

БРЕМЯ СЕМЬИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в современных условиях, является методологическое и инструментальное обеспечение разработки и практической реализации эффективных программ психосоциальной реабилитации, позволяющих в максимальной степени учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей и интересов ребенка, выходящих за ограничения исключительно психофармакологического лечения и монодисциплинарных моделей помощи детям и подросткам с психическими расстройствами [2–4, 7, 8, 17, 25].

Специфической особенностью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в детско-подростковом возрасте является то значение, которое придается роли семьи и вовлечению родителей в лечебно-реабилитационный процесс, поскольку семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника его поддержки в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства [4, 5, 7].

В ряде работ было показано, что наличие психического расстройства у ребенка оказывает серьезное негативное влияние на семью в целом и на других лиц, участвующих в лечении и уходе за ним, оказании таким пациентам эмоциональной поддержки, предоставлении им помощи в повседневной жизни [6, 12, 14, 17, 28]. Это входит в понятие бремени семьи, члены которой нередко имеют лишь ограниченный доступ к информации и ресурсам, в которых нуждаются [2, 6, 8, 16].

К этому следует добавить экономические потери, ухудшение физического здоровья, иногда разрыв семейных отношений, нередко – взаимоотношений с родственниками, друзьями, сокращение других социальных контактов, а также негативные переживания, связанные с испытываемым дистрессом, чувством беспокойства, собственной вины, стыда, страха и растерянности, что постулируется в качестве основного препятствия для раскрытия психосоциального родительского ресурса в процессе оказания помощи таким семьям [5, 11, 17, 21].

Также во многих случаях на первый план выступает фактор «стигмы»: члены семей не хотят быть связанными с психиатрическими учреждениями и могут испытывать чувство неловкости, раскрывая факт наличия в семье психически больного ребенка и обсуждая свои проблемы в государственном учреждении. У некоторых из них был определенный негативный опыт взаимодействия с психиатрическими службами, и родители опасаются вновь подвергнуться подобным переживаниям. К тому же часть из них может быть пессимистически настроена, считая, что им «ничто не поможет». Подобные опасения и пессимистическую настроенность часто разделяют и пациенты [1, 3, 7, 16, 18–20, 27].

По данным ряда авторов, 84–90% родственников больных испытывают трудности в домашней обстановке из-за поведения больного. Нередко это оказывает отрицательное влияние на симптоматику, уровень социального функционирования ребенка и на результаты проводимых лечебно-реабилитационных вмешательств [5, 18, 22].

В рамках холистического подхода к личности психически больного ребенка, определяющего необходимость развития мультидисциплинарных моделей психосоциальной реабилитации, имеет место отчетливая тенденция к поиску интегративных показателей и параметров, влияющих на клиникосоциальный прогноз и социальное функционирование детей и подростков с психическими расстройствами в значимых сферах жизнедеятельности с учетом фактора развития [3, 4, 7].

Одним из наиболее перспективных направлений исследований в данном отношении, но, до последнего времени, недостаточно учитываемого специалистами, занимающимися вопросами охраны психического здоровья детей и подростков, представляется рассмотрение бремени семьи как одного из ключевых факторов, влияющих на эффективность психосоциальной реабилитации и, в конечном счете, на обеспечение наиболее благоприятных условий для психосоциального развития детей и подростков с психическими расстройствами как основной цели психореабилитационных вмешательств у детей [5].

Впервые термин «бремя семьи» («family burden») был введен в 1946 году американским социологом Mary Bosworth Treudley, которая занималась исследованием реакций семьи в связи с наличием у одного из ее членов, особенно у детей, тяжелого психического заболевания. В результате она определила бремя семьи как комплекс негативных последствий, связанных с заботой о психически больном члене семьи [28].

В дальнейшем началось изучение семей, для которых психически больной представлял психологическую и экономическую проблему. D.Kriesman и V.Joy [22] проанализировав более 50 публикаций, пришли к следующему выводу: практически все исследователи сообщают о «чувстве вины и стыда», возникающего у родственников при диагностировании психического расстройства. Родные стремятся скрывать сам факт наличия в семье психически больного, испытывая страх перед тем, что кто-либо узнает о болезни родственника. Очевидно, что это может приводить к развитию комплекса неполноценности, чувства ущербности не только у самого больного, но и в большей степени у его родственников [22].

В 90-х годах появились работы отечественных исследователей, где было показано, что кризисная ситуация, связанная с переживанием близкими факта заболевания, проявляется, в частности, в повышении тревоги и нервно-психического напряжения у членов семьи. Так, в исследовании Т.В.Солохиной и соавт. обнаружено, что качество жизни у 80% родственников психически больных существенно снижалось, что было связано с рядом обстоятельств: непониманием состояния больного; незнанием как помочь в остром периоде болезни и как ухаживать за психически больным; отказом больных принимать лекарства или посещать врача; неудовлетворенностью существующей системой социальной поддержки, финансовыми проблемами, ухудшением собственного здоровья, ограничением социальных контактов [9].

В то же время, проведенные за последние десять лет исследования показали, что если удовлетворяются потребности членов семей в информации, клинических рекомендациях и поддержке, то улучшаются и результаты терапии у пациентов [2, 12, 13, 15]. В настоящее время среди факторов, влияющих на динамические показатели семейного бремени, выделяют как стрессоры, непосредственно связанные с пациентом, так персональные и социальные ресурсы семьи, среди которых наибольшее значение придается наличию социальной поддержки [16, 17, 23, 24].

Дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями, с чем связаны выраженные социальные потери и бремя семьи. К тому же, по данным некоторых авторов, семьи с больными детьми преобладают в категории имею-

щих наиболее высокие показатели семейного бремени (более чем у 55% изученных семей) [16]. В этих семьях исследователи выделяют наличие специфических психосоциальных проблем, таких как гиперболизация тяжести состояния ребенка, сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации, что должно учитываться при проведении психосоциальной терапии и находить отражение в содержательной стороне модулей психосоциальной работы с семьями, направленной на снижение семейного бремени [5, 6]. Тем самым создаются условия для раскрытия и усиления родительского ресурса, способствующего решению задач психосоциальной реабилитации через компетентное ответственное участие в реализации индивидуального лечебно-реабилитационного плана, что связано с формированием адекватных представлений о болезни и соответствующих навыков совладания со стрессом и навыков взаимодействия с больным ребенком [4, 6, 7].

Результаты ряда исследований на контингентах взрослых больных свидетельствуют о том, что среди пациентов, чьи семьи были охвачены психосоциальной работой, гораздо реже развивались рецидивы, уменьшалось количество повторных госпитализаций по сравнению с теми, кто получал только стандартную медикаментозную помощь. Кроме того, было отмечено улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [2, 11, 12, 15, 18, 24, 27].

Учитывая вышесказанное, семейное бремя рассматривается нами как имеющий самостоятельную значимость проблемный аспект помощи детям, что влечет за собой необходимость его изучения и учета при разработке мероприятий по психосоциальной работе с семьями, направленных на его снижение и повышение уровня социального функционирования у детей с расстройствами шизофренического спектра.

С целью изучения специфического профиля и выраженности семейного бремени в психосоциальном контексте и его влияния на социальное функционирование и социальную дезадаптацию детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра для определения мишеней психосоциальных вмешательств было проведено комплексное обследование 140 больных детей и подростков и их родителей (матерей).

Возраст детей составил от 8 до 17 лет (средний возраст $13,9 \pm 3,5$). По критериям МКБ-10 у 65 (46,4%) детей была диагностирована шизофрения, у 36 детей (25,7%) – шизотипическое личностное расстройство, у 21 ребенка (15,0%) – шизоаффективное расстройство, у 18 детей (12,9%) – биполярное аффективное расстройство.

У 41 человека (29,3%) этап течения заболевания оценивался как острый, у 69 (49,3%) – приближался к подострому, у 30 (21,4%) заболевание имело хро-

ническое течение. По поводу впервые возникшего приступа болезни лечились 28 больных. Средняя длительность заболевания составила $3,8 \pm 1,6$ года.

Средний возраст матерей составил 36,8 года (от 24 до 58 лет). Большинство из них имели высшее образование (69,5%), остальные – средне специальное образование (30,5%). Работали 60% матерей, из них по специальности – 51,7%, остальные – не по специальности, на работах, требующих меньшей квалификации, но дающих возможность выполнять ее в домашних условиях, постоянно находясь рядом с больным ребенком. Около 72% семей были полными, остальные – неполными, ребенок воспитывался только матерью, отцы, как правило, не принимали участия в его воспитании и лечении, в ряде случаев ограничивались лишь материальной помощью.

Для оценки бремени семьи была использована русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ) [10].

Опросник оценивает пределы, в которых родители подвержены влиянию особых требований, связанных с заботой о психически больном ребенке, и содержит 21 вопрос, которые разделены на три блока, оценивающих степень выраженности объективной и субъективной сторон бремени семьи. Ответы оцениваются по степени выраженности по 5-балльной шкале, чем выше балл, тем сильнее выраженность бремени.

Первый блок вопросов (вопросы с 1-го по 10-ый) относится к оценке объективного бремени. Объективное бремя включает в себя семейные отношения, отношения с коллегами на работе, взаимоотношения с соседями, материальное положение, финансовые и экономические вопросы. Второй блок вопросов (вопросы с 11-го по 15-ый) оценивает субъективные внешние проявления такие, как обида, злость, раздражение, смущение родственников в связи с заболеванием ребенка, стремление скрыть это от окружающих. Третий блок вопросов (вопросы с 16-го по 21-ый) затрагивает субъективные внутренние чувства родственников. К ним относятся чувство собственной вины в заболевании ребенка, усталость, беспокойство и напряжение, тревога, семейные проблемы в связи с заболеванием ребенка.

Оценка уровня социального функционирования детей и подростков проводилась с помощью детской шкалы оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale, D.Shaffer и соавт.). Преимуществом этой шкалы является обобщенная оценка уровня функционирования и социальной адаптации, учитывающая влияние как клинических, так и психосоциальных факторов [26].

Негативные психосоциальные ситуации оценивались с использованием Zкодов 4-ой оси многоосевой классификации психических расстройств в детском возрасте (ВОЗ, 2003). Оценка психического состояния пациентов проводилась с помощью адап-

тированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении – PANSS.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программ Statistica for Windows 6.1, MsExcel 2007.

Обобщенный показатель семейного бремени в семьях детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра составил 13,44 балла, практически приближаясь к максимальным значениям, что является свидетельством в пользу крайней степени загруженности родителей проблемами ребенка.

В исследовании не было выявлено статистически значимых отличий в показателях семейного бремени в зависимости от основных социально-демографических показателей, таких как пол, возраст ребенка и родителей, возраст начала заболевания с некоторой тенденцией к повышению уровня бремени у больных детей на начальных этапах формирования расстройств шизофренического спектра.

При сопоставлении семейного бремени с обобщенной оценкой психического состояния детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра по PANSS (средний балл $92,0 \pm 4,7$) не было установлено статистически значимых корреляций между выраженностью симптоматики и уровнем семейного бремени. В качестве возможного объяснения полученных результатов можно предположить, что одним из наиболее значимых факторов в плане влияния на уровень семейного бремени является восприятие родителями самого факта наличия психического расстройства шизофренического спектра у ребенка, то есть их субъективная оценка возможных последствий.

Полученные результаты оценки профиля бремени по шкале CGSQ в группе родителей детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра, представлены на рис. 1.

Показатели объективного бремени колеблются от 3,95 до 4,68, в среднем 4,25 балла. Наибольшие значения были получены в ответах на вопросы, касающиеся ухудшения семейных отношений (4,68 балла)

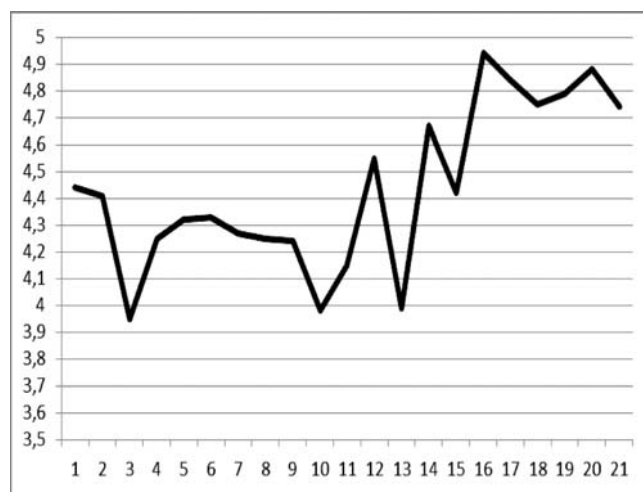


Рис. 1. Профиль бремени по шкале CGSQ в семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра (n=140)

и взаимоотношений с соседями (4,33 балла) и коллегами на работе (4,53 балла). Более половины матерей отметили финансовые и экономические трудности (4,31 балла), возникшие после заболевания ребенка. Субъективное внешнее бремя составило от 4,00 до 4,82, в среднем 4,36 балла. Наибольшие отмеченные матерями значения наблюдались по субшкалам раздражение (4,45 балла), злость, обида (4,59 балла), стремление скрыть заболевание ребенка от окружающих (4,82 балла), в том числе, и от родственников.

Обобщенная балльная оценка субъективного внутреннего бремени отчетливо превышала показатели по другим доменам семейного бремени – от 4,68 до 4,98, в среднем 4,83 балла. Практически 90% матерей отмечали чувство собственной вины в возникновении психического нарушения у ребенка (4,75 балла), тревогу и беспокойство за его будущее (4,98 балла), семейные проблемы в связи с заболеванием ребенка (4,80 балла).

Таким образом, в семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра, отмечается высокий уровень семейного бремени, профиль которого характеризуется выраженными баллами как объективного, так и субъективного бремени, показатели последнего нередко приближаются к максимальной оценке.

При сопоставлении полученных показателей семейного бремени с проведенной оценкой общего функционирования детей по CGAS с преобладанием выраженных, реже умеренных, степеней социальной дезадаптации (от 30 до 42 баллов, средний балл $37,3 \pm 6,3$), было установлено наличие отрицательной корреляционной связи ($r = -0,463$, $P = 0,005$), что свидетельствует об отрицательном реципрокном влиянии повышения показателей семейного бремени с тенденцией к снижению уровня социального функционирования у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Профиль негативных психосоциальных ситуаций у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра на основе использования Z-кодов 4-ой оси многоосевой классификации психических расстройств в детском возрасте (ВОЗ, 2003) представлен на рис. 2.

Среди негативных психосоциальных ситуаций, выявленных у обследуемого контингента детей, наиболее часто (статистически значимо) встречались аномальные отношения в семье, касающиеся конфликтных отношений между взрослыми Z 63,8 (66,8%), социальной депривации Z 62,5 (61,3%), негативных отношений в семье Z 61,2 (61,3%), гиперопеки Z 62,1 (74,2%). Несколько реже отмечались напряженная ситуация в школе Z 55,8; 55,7 (46,0%), конфликты со сверстниками Z 55,4; 56,4 (45,6%), завышенные требования, предъявляемые к детям Z – 62,6 (35,3%), недостаточность эмоционального тепла Z – 62,4 (38,0%). Большинство детей находилось под влиянием нескольких неблагоприятных психо-

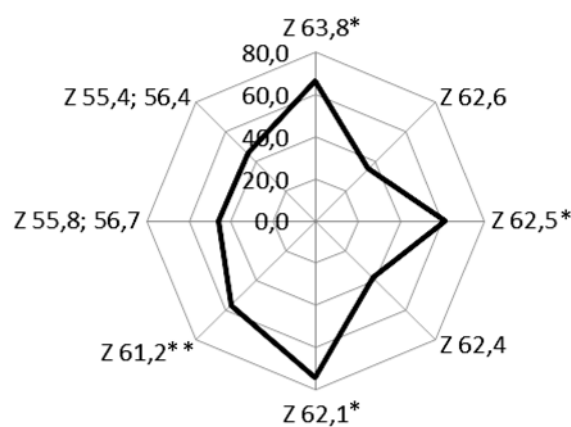


Рис. 2. Негативные психосоциальные ситуации у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра ($n=140$)
Примечания: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

социальных ситуаций в сферах взаимоотношений в семье, со сверстниками и в школе с тенденцией к повышению уровня семейного бремени при наличии трех и более аномальных ситуаций ($r = 0,479$, $P = 0,004$). Подобная генерализованность проблем, по-видимому, является характерной особенностью профиля негативных психосоциальных ситуаций для данной категории больных.

Таким образом, высокий уровень выраженности и тотальность семейного бремени в семьях детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, оказывающего негативное влияние на уровень социального функционирования детей и опосредованно связанный с наличием негативных психосоциальных ситуаций, диктует необходимость его выделения в качестве самостоятельной «мишени» психосоциальных вмешательств и учета данного интегративного динамического параметра при построении индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ (модулей) и разработке мероприятий по психосоциальной поддержке семьи, направленных не только на информирование членов семьи о заболевании ребенка, но и на повышение уровня социального функционирования и качества жизни детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

В более широком аспекте, психосоциальная терапия с родителями, направленная на снижение семейного бремени, должна стать неотъемлемым компонентом психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами, что представляется важным в плане мобилизации имеющихся ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи, повышения «динамической устойчивости» данной категории детей по отношению к основным факторам риска психосоциальной дезадаптации и обеспечения наиболее благоприятных условий для психосоциального развития детей и подростков с психическими расстройствами как основной цели психосоциальной реабилитации в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров В.В., Иовлев Б.В., Корман Т.А. Клинико-психологические аспекты исследований родственников больных шизофренией // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. 2009. № 2. С. 9–13.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
3. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–15.
4. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011. Т. 21, № 3. С. 5–10.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К. Групповая психосоциальная мультисемейная терапия с родителями детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра: пилотное исследование // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012. Т. 22, № 1. С. 71–76.
6. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Влияние групповой психосоциальной терапии с родителями на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012. Т. 22, № 3. С. 43–47.
7. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // *Российский психиатрический журнал*. 2012. № 3. С. 4–12.
8. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 356 с.
9. Солохина Т.Д., Шевченко Л.С., Сейку Ю.В. и соавт. Качество жизни родственников психически больных // *Журнал неврологии и психиатрии*. 1993. № 6. С. 42–60.
10. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman B. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance // *J. Emotional Behav. Dis.* 1997. Vol. 5. P. 212–222.
11. Cardin V.A., McGill C.W., Falloon I.R.H. An economic analysis: costs, benefits, and effectiveness, in family management of schizophrenia / I.R.H. Falloon, J.Hopkins (Eds.). Baltimore: University Press, 1986.
12. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatr.* 2005. Vol. 44, N 9. P. 872–887.
13. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2000. Vol. 26. P. 5–20.
14. Dreier M.P., Lewis M.G. Support and psychoeducation for parents of hospitalized mentally ill children // *Health Soc. Work.* 1991. Vol. 16, N 1. P. 11–18.
15. Falloon I.R.H., Held T., Coverdale J.H. et al. Psychosocial interventions for schizophrenia: a review of long-term benefits of international studies // *Psychiatr. Rehab. Skills.* 1999. P. 268–290.
16. Foldemo A., Gullberg M., Ek A.C., Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia // *Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol.* 2005. Vol. 40, N 2. P. 133–138.
17. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder // *Bipolar Dis.* 2002. N 4. P. 254–262.
18. Gibbons J., Horn S., Powell J. Schizophrenic patients and their families // *Br. J. Psychiatry.* 1984. Vol. 144, N 1. P. 70–77.
19. Goldberg-Arnold J.S., Fristad M.A., Gavazzi S.M. Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need // *Family Relations.* 1999. Vol. 48, N 4. P. 411–417.
20. Jewell T.C., Downing D., McFarlane W.M. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia // *J. Clin. Psychol.* 2009. Vol. 65. P. 868–878.
21. Klaus N., Frista M.A., Malkin C., Koons B.M. Psychosocial family treatment for a ten-year-old with schizoaffective disorder // *Cogn. Behav. Practice.* 2008. Vol. 15. P. 76–84.
22. Kriesman D., Joy V. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature // *Schizophr. Bull.* 1974. Vol. 1, N 10. P. 34–57.
23. Leff J. Working with the families of schizophrenic patients // *Br. J. Psychiatry.* 1994. Suppl. 23. P. 71–76.
24. McFarlane W.R., Lukens E.P., Link B. et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995. Vol. 52. P. 679–687.
25. Miklowitz D.J. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view // *Development Psychopathology.* 2004. N 16. P. 667–688.
26. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1983. Vol. 40, N 11. P. 1228–1231.
27. Schene A.H., van Wijngaarden B., Koeter M.W.J. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress // *Schizophr. Bull.* 1998. Vol. 24. P. 609–618.
28. Treudley M. Mental illness and family routines // *Mental Hygiene.* 1946. N 15. P. 407–418.

БРЕМЯ СЕМЬИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова

В статье показана выраженность и специфический профиль семейного бремени с использованием шкалы CGSQ, установлено его статистически значимое влияние на уровень социального функционирования и социальную дезадаптацию детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра при сопоставлении показателей субъективного и объективного бремени с показателями общего функционирования детей в контексте имеющихся негативных психосоци-

альных ситуаций. Обоснована необходимость учета семейного бремени как самостоятельного интегративного параметра при разработке модулей психосоциальной терапии с родителями и мероприятий по психосоциальной поддержке семьи.

Ключевые слова: семейное бремя, социальное функционирование, психосоциальная терапия, родители, дети и подростки, расстройства шизофренического спектра.

THE FAMILY BURDEN IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS

E. V. Koren, T. A. Koupriyanova

The article points to pronounced and specific family burden profiles shown by the CGSQ scale and demonstrates their significant influence on the level of social functioning and social maladjustment in children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders. In the course of investigation, the authors compared the parameters of subjective and objective burden with the parameters of general functioning in the contexts of cur-

rent negative psychosocial situations. They conclude that the family burden should be considered as an individual integrative parameter to be taken into account in the development of psychosocial treatment modules for parents and other interventions aimed at family support.

Key words: family burden, social functioning, psychosocial treatment, parents, children and adolescents, schizophrenia-spectrum disorders.

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

Куприянова Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: anna_gorbunova@list.ru