АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

(Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)

2007 (7), № 1

Москва. 2007

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)

Главный редактор Н. М. Иовчук

Редакционная коллегия:
Т. А. Басилова, С. А. Игумнов, И. В. Макаров, В. Д. Менделевич, Л. Е. Никитина, И. М. Никольская, А. А. Северный (зам. Главного редактора), Е. О. Смирнова, В. С. Собкин, Н. К. Сухотина, С. Н. Чистякова, И. К. Шац, Ю. С. Шевченко, А. М. Щербакова, Э. Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)

Ответственный секретарь Л. Ю. Данилова

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

ISBN 5-94668-004-7

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2007

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке ООО «Актавис»

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ[1]

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета. Автор более 70 научных работ в области психологии слепоглухих, клинико-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, соавтор учебных пособий: «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Основные области исследований: история и методология специальной психологии, диагностическая и консультативная помощь детям и взрослым с множественными нарушениями развития и их семьям.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией психологических проблем реабилитации НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации Республики Беларусь. Член **АДПП**, Ассоциации европейских психиатров и Московской психотерапевтической академии. Автор более 110 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, профессор Московского психолого-педагогического университета, член Правления **АДПП**. Автор более 110 научный статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования. Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Автор более 70 научных и учебно-методических работ, в том числе монографии «Психозы у детей», соавтор учебника «Детская психиатрия», монографии по организационной эволюции системы психиатрической помощи. Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы и шизоформные расстройства у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, научный руководитель Реабилитационного центра для наркозависимых «Надежда». Автор более 300 научных публикаций, 17 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврозология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврозология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

---

[1] Новый состав Редколлегии утвержден на отчетно-перевыборной конференции Ассоциации детских психиатров и психологов 07.04.06 г.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, зав. Центром проблем дополнительного образования и детского движения ГНИИ семьи и воспитания РАО, член Исполкома Общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы" - ДИМСИ, член Международной федерации сеттльментов и социокультурных центров (IFS), член Правления **АДПП**. Автор более 55 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальная педагогика в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства.

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ, доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Автор более 100 печатных работ, из которых 4 - монографии в соавторстве, в том числе первая отечественная монография по психологическим защитам у детей. Автор оригинальной технологии выявления психологической защиты у детей и подростков и метода диагностики и коррекции личности ребенка и системы его отношений с помощью серийных рисунков и рассказов. Сфера научных интересов: общая психология, медицинская психология, психология развития, психологическое индивидуальное и семейное консультирование.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образования РФ, президент **АДПП**. Автор более 180 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМИРНОВА, доктор психологических наук, зав. лабораторией психологии дошкольников Психологического института РАО, член Правления **АДПП**. Автор более 150 научных публикаций, в том числе монографических:: Учебник психологии ребенка; Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрасте; Развитие игры для детей дошкольного возраста; Особенности общения дошкольников; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (в соавторстве); и др. Совместно с сотрудниками разрабатывает новые направления в отечественной психологической науке: педагогика раннего возраста, общение и развитие детей раннего возраста. Основные направления исследований - детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, действительный член РАО, директор Центра социологии образования РАО. Автор более 250 научных публикаций, в том числе 11 монографий: Старшеклассник в мире политики; Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи. Эмпирическое исследование; Подросток 90-х: Движение в зону риска; Социология семейного воспитания: дошкольный возраст; Подросток: виртуальная и социальная реальность; и др. За вклад в отечественную науку награжден медалью К. Д. Ушинского, лауреат премий Президента РФ. Основные направления исследований: детская и возрастная педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА, доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ психиатрии Росздрава. Автор более 120 научных публикаций, в том числе 2 коллективных монографий. Основные области исследований: экологическая психиатрия, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста.

СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ЧИСТЯКОВА, доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент РАО, зав. Центром социально-профессионального самоопределения молодежи Института общего среднего образования РАО. Автор более 120 научных публикаций, в том числе Учебно-методического комплекта «Твоя профессиональная карьера», монографии «Технология профессионального успеха» и др. Основные направления исследований: педагогическое сопровождение социально-профессионального самоопределения школьников, комплексная профессиональная диагностика и консультирование школьников, повышение педагогического мастерства учителя, психолого-педагогические основы профессиональной ориентации молодежи.

ИГОРЬ КОНСТАНТИНОВИЧ ШАЦ, доктор медицинских наук, директор Центра медико-психологической помощи ребенку и семье НИИ промышленной и морской медицины МЗСР РФ, председатель Санкт-Петербургского отделения **АДПП**. Автор более 30 печатных работ по вопросам психических расстройств у детей и подростков с онкологическими заболеваниями, психофармакотерапии детского возраста, интеллектуальных расстройств у детей и взрослых, психозов в детском и раннем подростковом возрасте. Разработал концепцию школы для больных и ослабленных детей. Сфера деятельности: детская и подростковая психиатрия, семейная психотерапия при тяжелых психических и соматических заболеваниях у детей, психологические и психиатрические аспекты соматических заболеваний у пациентов различного возраста.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования, психиатр высшей категории, сертифицированный психотерапевт. Председатель Московского отделения **АДПП**, заместитель председателя Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН, президент Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, член редколлегии журнала «Социальная и клиническая психиатрия», Таврического журнала психиатрии, заместитель главного редактора журнала «Права ребенка». Автор и соавтор книг: Психокоррекция: теория и практика; Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом; Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС); Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, профессор Московского городского психолого-педагогического университета. Член **АДПП**. Автор более 30 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Основные направления исследований и деятельности: становление личности ребенка, оставшегося без попечения родителей; подготовка к самостоятельной жизни воспитанников детских домов и школ-интернатов; проблемы семейного жизнеустройства детей-сирот; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью; вопросы семейного воспитания детей с нарушениями в развитии.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, президент общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков». Автор 120 публикаций и 5 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования – «аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и проективный тест «Возраст. Пол. Роль.». Соавтор методов групповой психотерапии «Теплые ключи» и аналитико-системной семейной психотерапии. Основные области исследований: психосоматические соотношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей и подростков.

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

О. Н. Игнатьева, Г. В. Козловская, Т. П. Клюшник, Л. Г. Кузьменко
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТИМОМЕГАЛИЕЙ…… 9

Э. В. Самарина
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ВОСПИТАННИКОВ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ……... 18

Н. А. Воронин
ОСОБЕННОСТИ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ……. 27

Л. А. Троицкая
ЭПИЛЕПСИЯ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ…… 37

А. М. Щербакова
ФОРМИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ-СИРОТ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕМЬЕ И РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ – ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПРОИЗВОДСТВА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА…….. 44

В. С. Собкин, Д. В. Адамчук
ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ВРЕМЕННЫЕ РЕСУРСЫ И СТРУКТУРА СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ……. 56

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина, З. Х. Горбунова, И. Ю. Мальфина, З. И. Цику
МЕСТО АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В РАМКАХ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА……... 67

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ)…….. 71

А. А. Коваль-Зайцев, Н. В.Зверева, Н. В. Симашкова
ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ТЕСТА ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАНО НАЧАВШЕЙСЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ……. 82

Н. Я. Семаго
ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И АНАЛИЗА СТРУКТУРЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГРУППЕ ДЕТЕЙ…… 90

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ БЕХТЕРЕВ (1.02.1857-24.12.1927)
К 150-летию со дня рождения…..……... 97
В. М. Бехтерев
ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ…… 98

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

С. А. Игумнов
ОСОБЕННОСТИ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МИНСКА……... 108
В. А. Морозов
«НОВОЕ ЗАВТРА»: ТРЕНИНГОВАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАКТА В БЕСЛАНЕ……. 112

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИКРОПСИХИАТРИИ»
(28 марта 2007 г., Москва, НЦ психического здоровья РАМН)

Л. А. Бенько, И. А. Преображенская, Г. Г. Буторин, Н. Е. Буторина
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА……. 115
И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова, А. Г. Кизева, В. И. Бондарь, А. В. Фалеев
ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ…….. 116
И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина, З. Х. Горбунова, И. Ю. Мальфина, М. В. Шелудько
ПРОГРЕСС В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА….. 117
Н. Л. Горбачевская, В. Ю. Воинова, Ю. Б. Юров, С. Г Ворсанова
РОЛЬ ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМАЛЬНЫХ ФОРМ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ……. 118
Малинина Е.В.
РЕГРЕССИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА…….. 119
А. О. Прокофьев, Т. А. Строганова
ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ ВОСПРИЯТИИ ИЛЛЮЗОРНОЙ ФИГУРЫ ДЕТЬМИ 3-6 ЛЕТ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА…….. 121
Л. С. Рычкова, Т. А. Смирнова, А. М. Косов
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С СЕМЬЕЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ…… 122
Т. В. Самсонова, Е. А. Боброва
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА……. 123

О. М. Филькина, Е. А. Воробьева, Л. А. Пыхтина, Н. В. Долотова, О. С. Широкова, Е. А. Матвеева
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВОСПИТАННИКА ДОМА РЕБЕНКА……... 124
О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. А. Воробьева
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2 - 9 ЛЕТ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ…….. 126
О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Т. Г. Шанина
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ…….. 127
О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Т. Г. Шанина
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС……... 128
Ю.С.Шевченко, Корнеева В.А.
ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ–СИРОТАМИ……. 129

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

С. Э. Медведев
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)…… 131

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЮРИЯ СТЕПАНОВИЧА ШЕВЧЕНКО……... 140
В. М. ВОЛОШИН (НЕКРОЛОГ)…….. 142
ПАМЯТИ БОРИСА ЗИНОВЬЕВИЧА ДРАПКИНА……... 143

Материалы для публикации в журнале **«ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»** направляются с **адресными реквизитами автора** (для последующей высылки ему экземпляра журнала с публикацией) -

1) электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес: <**acpp@online.ru**> либо

2) почтой **на дискете и с бумажной распечаткой** по адресу: **123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук.**

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

О. Н. Игнатьева, Г. В. Козловская, Т. П. Клюшник, Л. Г. Кузьменко

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТИМОМЕГАЛИЕЙ

Российский университет дружбы народов, НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Тимомегалия (стойкое увеличение вилочковой железы) является патогномоничным симптомом лимфатико-гипопластического диатеза [1-5]. Вилочковая железа находится в тесной взаимосвязи с органами иммунной, нейроэндокринной и центральной нервной системы, координируя их работу с помощью тимических гормонов по принципу взаимообратной связи [6-11]. В связи с этим синдром тимомегалии характеризуется выраженным полиморфизмом проявлений. Дети с тимомегалией отличаются характерным фенотипом, специфическими иммунологическими, гормональными, неврологическими и поведенческими расстройствами [11-14]. В то же время особенности психического развития таких детей изучены недостаточно.

Анализ научной информации и наблюдение за детьми с тимомегалией позволили сформировать гипотезу о том, что дети со стойко сохраняющейся тимомегалией отличаются определенными нарушениями психомоторного развития неспецифического, а, возможно, и специфического характера.

В период с 2003 по 2005 гг. под наблюдением находились 90 детей (мальчиков – 61, девочек – 29) в возрасте от 2 месяцев до 3 лет с клинически установленным диагнозом тимомегалии (основная группа) и 25 здоровых детей (мальчиков - 13, девочек - 12) того же возраста (контрольная группа). Помимо этого были прослежены ретроспективно 154 ребенка с тимомегалией в возрасте от 3 до 5 лет, из них 64 девочек и 90 мальчиков. Средний возраст 3+0,9 лет. Ретроспективная группа детей с тимомегалией включена в исследование с целью уточнения частоты выявления особенностей состояния здоровья их близких родственников. Распределение групп по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение наблюдавшихся детей по полу и возрасту

Возраст	Группы детей					
	Основная		Группа сравнения		Ретроспективная	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
2 – 12 мес	40	15	7	6	-	-
4 – 24 мес	21	14	6	6	24	36
3- 6 лет	-	-	-	-	40	54
Всего	61	29	13	12	64	90
Итого	90		25		154	

В ходе данного исследования использовались следующие методы: соматоскопический, антропометрический, генеалогический, психопатологический, психологический, неврологический, иммунологический и статистический. Работа проводилась на клинической базе кафедры детских болезней РУДН в Морозовской детской городской клинической больнице г. Москвы. Иммунологические исследования были проведены в лаборатории нейронаук НЦПЗ РАМН. Диагноз тимомегалии устанавливался на основании ультразвукового исследования тимуса и/или рентгенографии грудной клетки в прямой проекции.[15,16]. Оценка нервно-психического и локомоторного развития осуществлялась с помощью многоуровневой тест-системы «ГНОМ»[21], позволяющей распределить обследуемых детей по трем группам: 1 (здоровые дети) - показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов; 2 (группа риска) КПР 80-89 баллов; 3 (группа патологии или нарушения психического развития) КПР ниже 80 баллов. У детей с тимомегалией в сыворотке их крови определяли концентрацию аутоантител к фактору роста нервов, фермент эластазы и ее ингибитора - α-антитрипсина. Перечисленные показатели имеют непосредственное отношение к нервно-психическому развитию ребенка, т. к. изменения их концентраций являются индикатором процесса психической дезинтеграции (или повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера) [17-20]. Генеалогический метод использовался при углубленном изучении семейного анамнеза детей с тимомегалией. Биометрическая обработка результатов исследований проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики. Количественный и качественный анализ полученных результатов позволил сделать выводы по всем выбранным направлениям исследований.

В наследственности обследованных детей была выявлена отягощенность по психопатологическому и соматическому факторам. Соматическая отягощенность составила 94,5% основной когорты. В ее структуре превалировали онкологические (20%), сердечно-сосудистые (18,8%), аллергические и аутоиммунные (17,7%), бронхо-легочные (16%) заболевания. Эндокринная патология (диабет I-го и II-го типа, заболевания надпочечников, щитовидной железы и др.) встречались в семьях 14% пациентов. Кожные заболевания, такие как псориаз, экзема, витилиго и другие, составили 13,3%. Циррозы печени встречались в семьях 4,1% пациентов, туберкулез – в 2,2%. Обращала на себя внимание большая частота феномена «внезапной смерти»: внезапная (скоропостижная) смерть имела место у 10,2% кровных родственников.

Второе место в патологической отягощенности семейного анамнеза занимали нарушения психики – 78,3%. В их структуре преобладали патохарактерологические особенности личности родителей и прародителей, число которых составило 24,5%. Они были представлены шизоидными (шизотипальными) чертами личности в степени акцентуации – 60%, а также психастеническими – 17%, невротическими – 13% и истерическими чертами – 10%. Значительное место занимал хронический алкоголизм – 12,7%. Шизофрения и другие психозы составили 8,6%, случаи умственной отсталости - 3,3%. Грубые (брутальные) расстройства поведения в виде убийств и самоубийств составили 4,5%. Сенильные психозы – 3%.

Соматический статус обследованных детей отличался гетерогенностью.

Фенотипически дети поделились на два типа: 1. 87% детей соответствовали конституциональному типу «лимфатико-гипопластический диатез» [8]. 2. Остальные дети (13%) соответствовали нормотипу.

Особое место в обеих фенотипических группах занимали стигмы дизэмбриогенеза и врожденные пороки развития, которым чаще других были подвержены мягкие ткани лица и лицевого скелета – 33%, конечностей- 12,4%, сердечно-сосудистая система – 7,7%, кишечный и урогенитальный тракты – 3,5%, кожа – 2,8%.

По неврологическому профилю дети с тимомегалией поделились на три группы. В первую группу вошли дети с выраженными неврологическими расстройствами, во вторую - дети с «мягкими» проявлениями неврологической симптоматики, в третью – с единичными локализованными неврологическими признаками. Первая группа (43%) имела четкие и стабильные неврологические знаки в виде резидуальных проявлений гипоксически-ишемической энцефалопатии и сторонних гемипарезов. Вторая группа (39%) обнаруживала нелокализованные, мягкие транзиторные неврологические знаки, описанные S. Mednick в 1980 г. и Н. В. Горюновой в 1995 г., в виде флюктуирующего мышечного тонуса (от резкой гипотонии до мягкого гипертонуса с гемисторонней дистонией и с циркадностью проявлений), а также преходящие неврологические симптомы. Известно, что подобные нелокализованные неврологические знаки являются маркером эндогенных психических заболеваний, в частности шизофрении [22]. Третья группа (18%) была наиболее благополучной в неврологическом отношении и характеризовалась редкими неврологическими стигмами.

По состоянию психического здоровья у большинства детей с тимомегалией обнаруживались те или иные психические отклонения. Вся когорта разделилась на 4 подгруппы:

– с шизоидными чертами, в которую вошли 46 детей (51 %);

– с чертами повышенной возбудимости (с синдромом гипервозбудимости) – 30 детей (33 %);

– с чертами гипертимности – 9 детей (10 %);

- относительная норма – 5 детей (6 %).

Дети первой подгруппы (с шизоидными чертами) отличались вялостью темперамента, флегматичностью, малой или пониженной психической активностью. Эмоциональная сфера была дефицитарной, с отсутствием или существенной слаженностью эмоционального резонанса. Отмечались субдепрессивные настроения, особенно после пробуждения. У них страдала сфера общения в системе «мать-дитя», запаздывало появление ответной улыбки (с 3-го-4-го месяца - 49% обследуемых), и они позже начинали гулить (с 4-го-5-го месяца - 58% обследуемых). Система социальных контактов с окружающими отличалась сниженной дифференциацией «своих» и «чужих». отсутствовало «чувство дистанции», не выявлялась реакция изучения незнакомца, недоверия или страха перед ним, равно как и перед незнакомой обстановкой.

Задерживалось и отличалось определенной спецификой становление активной речи. Большинство детей данной подгруппы (67,4%) начинало говорить к 2,5–3 годам (в основном мальчики – 72,4%). Формирующаяся речь была дислаличной и дисграмматичной. Дети пропускали и не выговаривали со-

гласные, искажали слова. Часто дети предпочитали объясняться звуками, подкрепляя их жестами, хотя по настойчивой просьбе могли выразить желаемое в словесной форме. Также у детей данной подгруппы отмечался феномен «псевдоглухоты», проявлявшийся отсутствием ответной реакции на обращение к ним, будь то в ласковой форме или форме запрета, порицания, часто отмечались истероидные реакции с явлениями «эмоционального застревания» на отрицательных переживаниях. Их длительное время невозможно было вывести (отвлечь, утешить) из состояния плача, крика, так как они не реагировали ни на какие внешние раздражители.

Формирование навыков опрятности и самообслуживания у них запаздывало, отмечались энурез и энкопрез.

У части детей выявлялись нарушения пищевого поведения. В грудном возрасте отмечалось слабое или прерывистое сосание, беспокойное поведение у груди, ранний немотивированный отказ от груди. В дальнейшем такого рода отклонения трансформировались в слабость жевания, избирательность в еде, предпочтение только протертой или жидкой пищи, запоры. В более старшем возрасте имели место извращенные пищевые пристрастия: дети ели сырой лук, чеснок, горчицу, лимоны, корм для домашних животных, домашние растения, моющие и косметические средства.

Игровая деятельность часто была однообразной или вычурной. Дети предпочитали неигровые предметы: веревочки, бумагу, ткани, детали от сломанных игрушек и т. п. Также отмечался длительно сохраняющийся узкий круг любимых игрушек, не расширявшийся по мере взросления, несмотря на предлагаемые новые.

В динамике развития психомоторных навыков отмечалась скачкообразность с выпадением отдельных этапов или с опережением одних при запаздывании других. Например, сначала формировался поворот туловища, а затем удержание головы, овладевание ходьбой предшествовало ползанию и т. д. Отличительной чертой была также трудность в смене и приобретении новых поз при довольно хорошей их фиксации. При отсутствии парезов и формально сформированной по возрасту моторике дети отличались диффузной мышечной гипотонией и общим двигательным статусом, напоминающим синдром «вялого ребенка» [23]. Существенно страдала мелкая моторика: дети предпочитали захватывать предметы всей кистью, не могли ухватить мелких деталей двумя пальцами, не пользовались указательным жестом, в том числе по просьбе взрослого. Запаздывание приобретения статических и моторных функций сопровождалось их несовершенством, нарушением равновесия при стоянии и ходьбе, легкостью утраты приобретенных навыков после падений или заболеваний.

Дети данной подгруппы отличались бедностью мимики, даже в минуты оживления. Лицу их было чаще всего присуще безучастное либо сосредоточенно-напряженное, нахмуренное выражение, доходившее до маскообразности. У части детей наблюдались внезапные кратковременные периоды «застывания» с фиксацией взора.

Тип детско-материнской привязанности в этой подгруппе в большинстве случаев (62%) относился к ненадежно-избегающему (индифферентному), у 38% - к дезориентированному типу [24].

Неврологический статус детей характеризовался разнообразными нело-

кализованными неврологическими знаками. Степень тимомегалии в этой группе была наибольшая (III – у 44% и II – у 15% детей).

Анализ наследственной отягощенности в данной подгруппе показал высокий процент психопатологии: шизофрении, самоубийств, психопатий и др. – 82%, а также соматических заболеваний, преимущественно бронхолегочных, сердечно-сосудистых и аутоиммунных, составивших 26%. Довольно высокой в этой подгруппе оказалась отягощенность онкозаболеваниями, составившая 13%.

Таким образом, дети данной подгруппы по совокупности клинических проявлений были отнесены к шизотипическому диатезу с формирующимися шизоидными чертами личности. Фенотипически дети данной подгруппы в 88% случаев соответствовали лимфатико-гипопластическому диатезу, в 12% - нормотипу.

Дети второй подгруппы (гипервозбудимые) отличались большей психической активностью и повышенным эмоциональным фоном, равно как и повышенной физической активностью. Однако их деятельность была малопродуктивной, часто однообразной, с фиксацией на повторении одного и того же действия или представляла собой хаотичное переключение с одного вида деятельности на другой. Дети отличались повышенной отвлекаемостью, с трудом удерживали внимание на предлагаемом предмете, игровом действии. Но при этом игровые интересы у них были довольно разнообразны и больше соответствовали возрастной специфике, чем у детей 1-й подгруппы. Так же, как и в 1-й подгруппе, у них отсутствовали чувство дистанции, страх перед незнакомыми людьми и незнакомой обстановкой. У детей этой подгруппы встречались патологические привычки и навязчивые действия (13,5%). Высока была частота невротических расстройств, логоневрозов, ночных страхов (10,5%). Отмечались случаи снохождения, элементы нарушенного восприятия в просоночном состоянии (3%).

Эмоциональная сфера таких детей отличалась повышенной лабильностью, неадекватной силой реакции на внешние раздражители, эксплозивностью. У них нередко отмечались бурные реакции протеста (по типу «истерик»), а также дисфорические проявления. У 13% детей в поведении отмечались элементы агрессии: дети кусали, царапали и били родителей, домашних животных, других детей (часто без видимых причин или выражая таким образом свое недовольство). В индивидуальной игровой деятельности преобладали деструктивные тенденции: дети предпочитали ломать, кидать игрушки, даже если видели их впервые. Коллективная игровая деятельность страдала как по этой же причине, так и по причине повышенной конфликтности и неумения включаться в общий игровой процесс.

В целом данная подгруппа характеризовалась очевидной общей задержкой психического развития. Дети отставали в формировании моторных навыков, речи, социальных навыков и навыков самообслуживания.

Система «мать-дитя» в этой подгруппе в 76% относилась к типу ненадежной и амбивалентной привязанности (дети то не обращали внимания на уход матери, то бурно протестовали против этого. Реже встречалась двойственная (манипулятивная) привязанность (24%).

Неврологическая симптоматика у данной подгруппы детей была более

выраженной и носила типичный локализованный характер неврологических расстройств резидуально-органического типа. Тимомегалия в данной подгруппе соответствовала средней, второй степени (у 73% детей), а у 27%- первой.

Семейный анамнез этой подгруппы отличался преимущественно соматической отягощенностью (76%), в структуре которой превалировали сердечно-сосудистые заболевания, эндокринная патология, болезни желудочно-кишечного тракта и органов мочеполовой системы. Случаи психической патологии были редки и представлены в основном акцентуациями характера, эпилепсией, сенильными расстройствами.

Таким образом, психопатологически дети второй подгруппы расценивались как гипервозбудимые на фоне органического поражения ЦНС. В 61% случаев фенотип гипервозбудимых детей соответствовал лимфатико-гипопластическому диатезу, в 39% - нормотипу.

Дети третьей подгруппы имели черты гипертимности и внешне производили наиболее благоприятное впечатление. Психомоторное развитие у большинства шло в соответствии с возрастными сроками, а нередко и с опережением их. Они отличались хорошо сформированными навыками самообслуживания и отсутствием дефектов коммуникативной сферы. В общении со взрослыми дети не испытывали робости, смущения или боязни, даже при первичном знакомстве в условиях стационара. Они охотно вступали в диалог, часто инициируя его первыми, и вели себя непринужденно. Психическая активность была достаточно высокой, дети живо реагировали на внешние раздражители, активно включались в игровой процесс. В этой подгруппе не отмечалось задержек развития речевых функций и дислалий. Однако, у гипертимных детей оказался довольно высоким процент случаев разнообразных «видений» и страхов, чаще в вечернее и ночное время или в просоночном состоянии. Встречалась также боязнь темноты, громких звуков, грома (33%). Тип детско-материнской привязанности у 6 детей относился к «надежному», у 3-х - к «ненадежно избегающему».

В неврологическом статусе у четверых детей отмечались единичные нелокализованные неврологические стигмы. Тимомегалия у 3 детей соответствовала III степени, у 6 – II степени.

Наследственность у детей этой подгруппы в целом была относительно благополучной. Однако у родственников первой линии родства часто отмечались девиации поведения и депрессивные расстройства (4 случая). Из соматических заболеваний встречались сердечно-сосудистые и аллергические.

Таким образом, психопатологическое состояние детей расценивалось как гипертимное из группы шизотипальных расстройств. Фенотип детей третьей подгруппы отличался от присущего детям первой и, в меньшей степени, второй подгруппы «классического» фенотипа детей с синдромом тимомегалии. У 90% детей он соответствовал нормотипу, у 10% - лимфатико-гипопластическому диатезу.

В четвертую подгруппу вошли 5 детей, в поведении и развитии которых не было выявлено каких-либо существенных отклонений. Неврологический профиль этих детей характеризовался единичными локализованными неврологическими знаками, наследственность - невысокой соматической отягощенностью (преимущественно сердечно-сосудистыми заболеваниями). Фе-

нотипически трое из них соответствовали нормотипу и двое – лимфатико-гипопластическому диатезу. Тип детско-материнской привязанности во всех случаях относился к типу «В» - надежному.

Таблица 2

Частота (%) отклонений в состоянии здоровья детей с разными психическими типами

Признак	Основная группа				Контрольная группа
	Шизоиды	Гипервозбудимые	Гипертимные	Без отклонений	
Степень тимомегалии	III, II	II, I	III, II	I, II	-
Отягощенная соматическая наследственность	73,9	76,6	77,7	60	72
Отягощенная психическая наследственность	82,6	6,6	44,4	20	16
Локализованные неврологические знаки	4,3	86,6	11,1	20	20
Нелокализованная неврология	76	10	44,4	0	0
Стигмы дизэмбриогенеза и пороки развития	89,1	60	33,3	40	8
Лимфатический фенотип	93,4	73,3	88,8	60	8
Нормотип	6,5	26,6	11,1	40	92
КПР, баллы (ГНОМ)	80-85	85-90	90-100	95-100	95-110

Корреляционный анализ результатов клинического и иммунологического обследования детей раннего возраста с тимомегалией выявил определенные достоверные взаимосвязи отдельных показателей, в равной степени относящиеся как к нервно-психической, так и к эндокринной сферам.

Так, наибольшая отягощенность семейного анамнеза по психопатологическому фактору коррелировала с подгруппами детей шизоидов и гипертимиков, в то время как соматическая отягощенность превалировала в группе гипервозбудимых.

Степень увеличения вилочковой железы также обнаружила взаимосвязь с состоянием психического здоровья детей. В подгруппе шизоидных и гипертимных чаще отмечались II и III (т. е. наибольшие степени тимомегалии), у

возбудимых же в основном I и II. В 4-й группе у 4-х относительно здоровых детей отмечена I степень и у одного - II.

Лимфатико-гипопластический диатез часто встречался в подгруппе шизоидных и гипертимных детей и редко – у гипервозбудимых, но у них чаще, чем во всех остальных подгруппах, наблюдался нормостенический фенотип.

Неврологические знаки, как локализованные, так и нелокализованные, имели четкую зависимость от типа психических нарушений. В подгруппах шизоидов и гипертимных выявлялась в основном нелокализованная, мягкая и рассеянная симптоматика, в то время как гипервозбудимым была присуща более четкая и грубая.

Таблица 3.

Иммунологические показатели у детей с разными психическими типами

Фактор (ед. опт. пл.)	Основная группа				Контроль
	Шизоиды	Гипервозбудимые	Гипертимные	Норма	
а/ФРН	** 1,08±0,16	** 0,85±0,20	** 0,95±0,12	* 0,77±0,13	0,68±0,15
Эластаза	** 395±22,6	** 322±12,8	** 360±19,4	* 220±26,7	180±13,5
α1 а/трипсин	* 21±1,9	* 24±1,6	* 23±2,1	* 20±0,5	28±1,4

$p<0,05$ - *; $p>0,01$ - **

Клинико-иммунологические показатели выявили определенные связи между исследуемыми подгруппами. В подгруппе шизоидов были отмечены крайние колебания уровня антител к фактору роста нервов в сочетании с высоким уровнем эластазы при низком уровне ее ингибитора α-антитрипсина. В подгруппах гипертимных и возбудимых детей эти показатели, за единичными исключениями, соответствовали относительной норме. Выявленные клинико-иммунологические корреляции свидетельствуют об эндогенном механизме психических нарушений в первой и третьей группе детей с тимомегалией и экзогенном – во второй.

Выводы

1. Тимомегалия, являясь маркером своеобразного функционирования иммунной и эндокринной систем, одновременно указывает на наличие специфических особенностей нервно-психической сферы.

2. Развивающиеся при тимомегалии особенности нервно-психической сферы укладываются в два типа отклонений – эндогенного (шизотипальные расстройства) и экзогенного (церебрально-органические).

3. Степень увеличения тимуса в определенной мере обусловливает характер и тяжесть психических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Carr J. L. Status Thymico-limfaticus. J. pediatr. 1945; 27:1:1-43

2. Домбровская Е. А., Шеожев М. А. . Адаптационные возможности детей с тимико-лимфатическим состоянием при различных экстремальных ситуациях. Доклад на Всесоюзной конференции «Адаптация и проблемы общей

патологии». – 1974. – Т. 1. - С. 133-136.

3. Ивановская Т. Е. Гиперплазия вилочковой железы и статус тимико-лимфатикус у детей грудного возраста // Педиатрия, 1970. - № 1. - С. 22-29.

4. Попов М. С., Зайратьянц О. В. Клинико- морфологическая характеристика тимико-лимфатического состояния у подростков и взрослых // Архивы патологии. 1983 – т. 45. Вып. 6. – С. 60-67.

5. Маслов М. С. Учение о конституции и аномалиях конституции в детском возрасте. – Л., 1925.

6. Гриневич Ю. А., Чеботарев В. Ф., Никольский И. С. и др. Иммунобиология гормонов. - Киев.: Здоровье, 1989. – С.. 150.

7. Update on thymus and thimic disorders // The Finnish Medical Society Duodecum – 1999. Suppl. 2. – P. 34-39.

8. Кузьменко Л. Г., Тюрина Н. А. Синдром увеличенной вилочковой железы у детей / Под ред. М. И. Мартыновой. – М.: РУДН, 1993. – С. 200.

9. Ивановская Т. Е., Зайратьянц О. В. . Патология тимуса у детей. - СПб, 1996.

10. Домбровская Е. А. . Вопросы теоретической и клинической медицины . - Нальчик, 1973. – Выпуск 3. - С. 46-47.

11. Кузьменко Л. Г. Синдром увеличенного тимуса у детей первых лет. Дисс. доктора мед. наук. – М., 1988 г.

12. Зайратьянц О. В., Берестова А. В., Проскурнева Е. А. Клинико-морфологическая характеристика тимомегалии // Архивы патологии, 1985. – Т. 57. Выпуск 10. – С. 70-78.

13. Кузьменко Л. Г., Тюрин Н. А., Мазурин Н. А. Особенности анамнеза, соматического и нервно-психического статуса у детей первого года жизни с тимомегалией // Педиатрия. 1985, № 6.

14 . Мехтиева А. А. Невротические нарушения у детей раннего возраста при тимомегалии. Дисс. канд. мед. наук. – М., 1989.

15. Тюрин Н. А., Кузьменко Л. Г., Котлуков В. А. и др. Об оценке ширины сосудистого пучка на рентгенограммах детей разного возраста // Педиатрия. 1983, № 5. - С. 10-11.

16. Кузьменко Л. Г и др. Оценка величины вилочковой железы у детей первых лет жизни по данным ультразвукового сканирования // Педиатрия, 2002, № 6. - С. 110-112.

17. Козловская Г. В., Клюшник Т. П., Горюнова А. В. и др. Аутоантитела к фактору роста нервов у детей с различными формами психического дизонтогенеза и из группы высокого риска по шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии, 2000, № 3. - С. 50-52.

18. Клюшник Т. П. Аутоантитела к фактору роста нервов при нервно-психических заболеваниях и нарушениях развития нервной системы. Дисс. доктора мед. наук. М., 1997.

19. Родионов И. М. Фактор роста нервов, гипертрофия и деструкция симпатической системы в эксперименте. – М.: МГУ, 1996.

20. Доценко В. Л., Нешкова В. А., Ругнес Э. и др. Действие лейкоцитарной эластазы на высокомолекулярный кининоген плазмы крови человека в присутствии протеиназного ингибитора // РМАПО. Школа фармации, Университет г. Осло. «Периодика», вопросы медицинской химии, 2001, № 1.

21. Козловская Г. В., Баженова О. В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журнал невропатологии и психиатрии, 1995, № 5. - С. 48-52.

22. Козловская Г. В, Калинина М. А., Горюнова А. В. и др. Прогностические и диагностические предикторы шизофрении в раннем детском возрасте. Доклад на IУ съезде психиатров России. 15–18 ноября 2005 г. - С. 203- 204.

23. Горюнова А. В., Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении. Автореферат дисс. доктора мед. наук. М., 1995.

24. Микиртумов Е. Б., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. - С. 24-26.

Э. В. Самарина

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ВОСПИТАННИКОВ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Рязанский государственный университет им. С. А. Есенина (Рязань).

Одна из актуальных проблем изучения детской умственной отсталости в настоящее время – комплексное исследование выраженной умственной отсталости и понимание этого типа нарушенного развития как множественного нарушения. На преимущественно множественный характер нарушений при тяжелой умственной отсталости указывали такие ученые как Д. Н. Исаев, В. И. Лубовский, Е. М. Мастюкова [1, 2, 4] и др.

Дети с тяжелой и глубокой умственной отсталостью до 1993 г. не были включены в систему образования, так как считались «необучаемыми». Поскольку такой практики не было, в системе образования не стояло и задачи изучения состава данной категории детей. Многие годы эти дети были лишены квалифицированной психолого-педагогической помощи, хотя отечественная практика прошлых лет и опыт других стран показывают, что большинству из них доступны как элементы образования, так и разнообразные виды деятельности. В связи с принятием Россией Международной Конвенции о Правах Ребенка и других международных документов по образованию лиц с особыми потребностями произошли изменения и в Законе РФ «Об образовании», согласно которому «…государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для коррекции нарушений и социальной адаптации на основе социально-педагогических подходов». В специальные школы VIII вида стали поступать дети не только с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, имеющие множественные нарушения в развитии, но и дети с деменцией, аутизмом, различными, в том числе прогрессирующими формами психических заболеваний. Помимо интеллектуальных нарушений у этих детей часто наблюдаются сенсорные, двигательные, эмоциональные и поведенческие нарушения, требующие создания специально организованной среды, учитывающей их особенности.

Изменения в законодательстве позволили администрации г. Рязани в ответ на настоятельные просьбы о помощи семьям, имеющим детей с тяжелы-

ми нарушениями в развитии, принять решение о создании учреждения для обучения, воспитания и медико-социальной помощи этой категории детей. Такая школа-интернат № 3 «Вера» была создана в 1993 г., и к настоящему времени там проходят обучение около 140 детей с диагнозом умственной отсталости. Задачей данного исследования было изучение состава воспитанников этой школы за 12 лет наблюдений.

Воспитанники поступают в школу «Вера» по рекомендации областной ПМПК. В школу-интернат принимаются дети, которые по своему интеллектуальному развитию не могут посещать специальную (коррекционную VIII вида) школу. Это дети с тяжелой (умеренной и выраженной имбецильностью) умственной отсталостью и деменцией, возникшей на почве психических заболеваний.

Поскольку за одно обследование даже в самой высоко профессиональной комиссии невозможно изучить клинико-психологические особенности ребенка, одним из основных критериев, по которому определяется целесообразность обучения ребенка в школе для детей с выраженными интеллектуальными нарушениями, традиционно является клинический диагноз с описанием сопутствующих нарушений, если таковые выявлены в комиссии. После обследования большинство воспитанников поступает в пропедевтико-диагностический класс для динамического наблюдения в условиях коррекционного обучения. Учитывая выраженность и сложность нарушений, широкий возрастной диапазон начала обучения в школе-интернате (от 7 до 15 лет), глубокое отставание в социальном развитии подавляющего большинства детей, все воспитанники продолжали наблюдаться школьной ПМПК весь период нахождения в школе с целью определения абилитационного потенциала и прогнозирования возможной динамики развития каждого.

Все наши воспитанники имели диагноз «умственная отсталость» в соответствии с МКБ-10. В пояснении к классификации диагностическая формулировка связана с конкретным повреждающим агентом и хроногенным фактором, есть указания на сопутствующие расстройства. Определение глубины интеллектуальных нарушений принято связывать с результатами психометрического тестирования, выраженными в условных показателях IQ (отношения психического возраста к паспортному возрасту). Согласно инструкциям, глубина нарушений при тяжелой умственной отсталости определяется как умеренная или выраженная степень. Дети с умеренной умственной отсталостью (уровень IQ от 35-40 до 50-55) имеют большие интеллектуальные и адаптивные нарушения, чем дети с легкой умственной отсталостью. Ко времени зачисления в школу они могут общаться посредством одиночных слов и жестов, их умение обслуживать себя и моторные навыки соответствуют таковым у нормальных детей в возрасте 2-3 лет. Люди с тяжелой умственной отсталостью (уровень IQ от 20-25 до 35-40), имеют по крайней мере одну органическую причину отсталости, например, генетические дефекты, и получают диагноз в очень раннем возрасте вследствие значительной задержки развития и явных физических отклонений. Дети с глубокой умственной отсталостью (уровень IQ ниже 20-25), обычно получают диагноз в младенчестве вследствие выраженного отставания в развитии и врожденных пороков развития разных систем организма. В реальной практике степень нарушения интеллекту-

ального развития ребенка часто определяется «на глаз», и диагноз, поставленный ребенку в ПМПК, может уточняться или меняться в результате углубленной диагностики в школе. По нашим наблюдениям, принадлежность к той или иной нозологической подгруппе не всегда позволяет прогнозировать возможную динамику развития умственно отсталого ребенка. Часто диагноз, с которым ребенок приходит в интернат, нуждается в пересмотре. За время наших наблюдений диагноз умственной отсталости был снят или изменен на легкую степень у 20 воспитанников школы, и они смогли продолжить обучение в специальных образовательных учреждениях другого вида: 16 детей продолжили свое образование во вспомогательной школе (VIII вида); 2 ребенка после пропедевтико-диагностического класса школы «Вера» смогли учиться в школе для детей с тяжелыми речевыми нарушениями (V вида) и 1 ребенок был направлен в школу для глухих детей (I вида).

За 12 лет наших наблюдений нами были собраны сведения об обучении 125 воспитанников с выраженными интеллектуальными нарушениями в возрасте от 7 до 22 лет (75 мальчиков и 50 девочек). 48 (38,4%) из них имели диагноз умеренной умственной отсталости (шифр F71), 49 (39,2%) человек имели диагноз умственной отсталости выраженной степени (шифр F72); у 6 (4,8%) детей умственная отсталость была определена как глубокая (шифр F73); у 22 (17,6%) детей была установлена деменция, обусловленная психическими заболеваниями (шифр F20).

Для более тщательного изучения состава воспитанников нами были проанализированы данные о наличии у этих детей дополнительных нарушений и расстройств. Согласно полученным данным, практически у всех детей (124 из 125 воспитанников) были отмечены сопутствующие нарушения: моторики – 163 случая, зрения - 94, слуха - 4, речи – 23, эмоциональные расстройства – 66 случаев в различных сочетаниях. В качестве дополнительных нарушений при умственной отсталости, мы рассматривали только те нарушения, которые могли бы рассматриваться как нарушения в других системах организма, прямо не связанных с умственной отсталостью.

Так, к нарушениям моторной сферы воспитанников, по данным обследования невропатолога, хирурга, врача ЛФК мы отнесли следующие проявления:

- парезы (спастические и атонические) – 46 случаев;
- деформирующие костные дисплазии (нарушения строения скелета в целом, деформации позвоночника, грудной клетки, конечностей, суставов), контрактуры – 77 случаев;
- мышечные заболевания (атрофии, дистрофии, миотонии отдельных групп мышц) – 5 случаев;
- нарушения тонкой моторики, вызванные неврологическими синдромами (пирамидный, экстрапирамидный, двигательной неловкости) – 35 случаев;

Особенно часто у наших воспитанников встречаются нарушения скелета. Нам также было интересно сопоставить нарушения моторной сферы и клинический диагноз умственной отсталости у наших воспитанников.

Двигательные нарушения имеют все клинические группы наших воспитанников, множественный характер нарушений моторного развития особенно характерен для группы детей с глубокой умственной отсталостью (у 6 детей с этим клиническим диагнозом установлено 14 вариантов нарушений моторного

развития, в том числе парезы, нарушения скелета и мелкой моторики). Парезы и деформации скелета представлены также во всех клинических группах.

Двигательные нарушения у 8 воспитанников были диагностированы как ДЦП, и их можно было отнести к следующим формам (по классификации К.А. Семеновой, 1968): спастическая диплегия - 2 случая, двойная гемиплегия - 5 случаев, гемипаретическая форма - 1 случай в конечной (поздней резидуальной) стадии первой (6 случаев) и второй (2 случая) степени. Конечная стадия первой степени характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребенку самостоятельно передвигаться, овладевать письмом и некоторыми навыками самообслуживания, элементами трудовых операций. Конечная стадия второй степени характеризуются массивными множественными контрактурами, тяжелыми деформациями двигательного аппарата.

Сопутствующие умственной отсталости нарушения зрения (72 случая) представлены следующими нарушениями, которые мы объединили в четыре группы. У части детей выявлены нарушения зрительной функции, отнесенные к разным нозологическим группам.

Среди зрительной патологии чаще других встречались нарушения рефракции - 54 случая (наиболее часто астигматизм и амблиопия), миопия - 12 случаев, заболевания зрительно-нервного аппарата - 4 случая и 1 случай заболевания оптических сред.

Нарушения слуховой функции в виде нейросенсорной тугоухости разной степени выявлены у 4 детей, при этом слуховым аппаратом пользовалась только 1 девочка.

К речевой патологии мы не относили системные нарушения, в том числе сопровождающиеся дефектами произношения, характерные для всех умственно отсталых детей. 100% воспитанников нуждаются в логопедической коррекции. Выделить специфические речевые нарушения из структуры сложного дефекта при умственной отсталости наиболее сложная задача. Предположительно первичные нарушения речи, на наш взгляд, не входящие в структуру тяжелой интеллектуальной недостаточности, были установлены только у 26 «неговорящих» воспитанников, в том числе с анартрией и тяжелой дизартрией.

Расстройства эмоций диагностированы психиатром у 49 детей, в том числе у всех воспитанников с шизофренией, эпилепсией и психопатоподобным поведением.

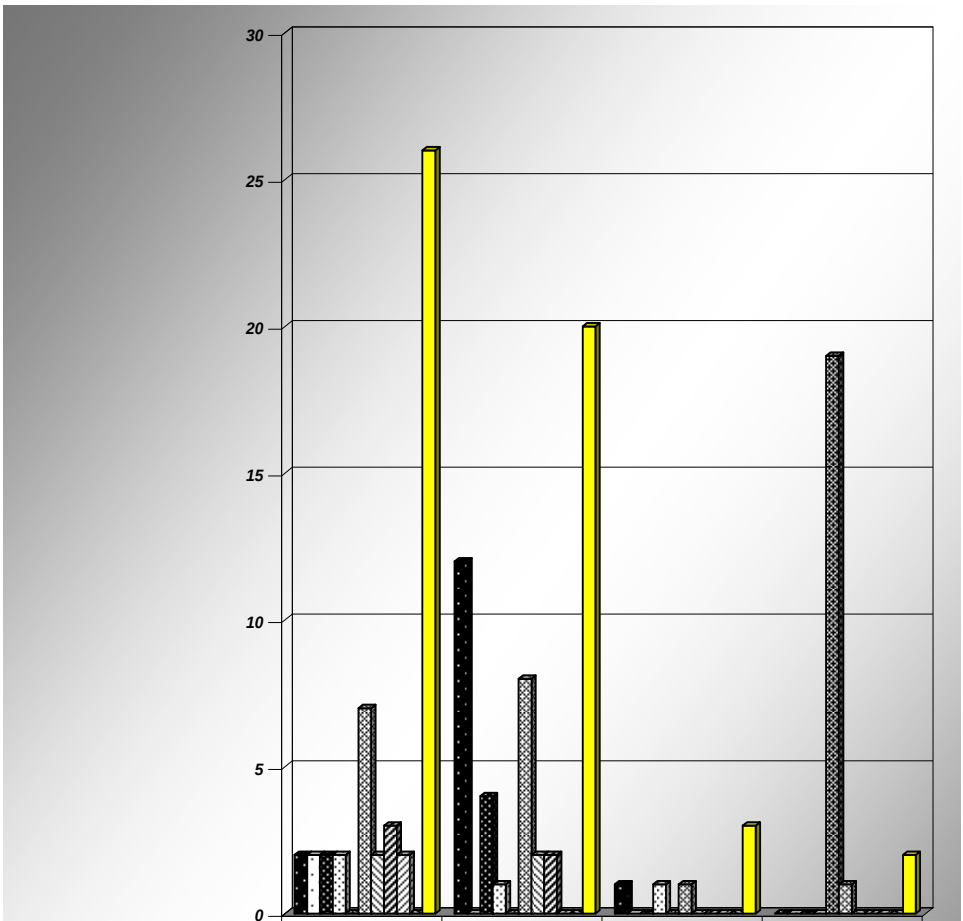
У части детей умственная отсталость сочеталась с недостаточностью нескольких анализаторов: моторики и зрения – 48 случаев, моторики, зрения и эмоций - 14, моторики, зрения и речи - 11, моторики и эмоций - 11, моторики, зрения, речи и эмоций – 5, зрения и эмоций – 4, речи и моторики - 3, моторики, слуха и зрения - 2, моторики, речи и эмоций – 1, моторики, зрения, речи и слуха – 1 случай. Сочетание двух и более нарушений присутствует у воспитанников каждой из определенных МКБ-10 клинических групп. Только у 1 ребенка не выявлено дополнительных нарушений. При этом в группе детей с умеренной и выраженной имбецильностью в большинстве случаев наблюдается сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения. У воспитанников с деменцией дополнительные нарушения усугубляются чаще всего

в сфере овладения моторными навыками и неадекватностью эмоциональных переживаний, в ряде случаев проявляясь аутистическим поведением.

Изучив дополнительные нарушения у наших воспитанников, и показав широкую представленность в структуре их дефекта множественных нарушений, мы обратились к изучению их этиологии.

Диаграмма 1.

Этиология сложных нарушений у воспитанников разных клинических групп.



	умеренная	выраженная	глубокая	деменция
с-м Дауна	2	12	1	0
с-м Шерешевского-Тернера	2	0	0	0
другие хромосомные	2	4	0	0
обменные	2	1	1	0
шизофрения	0	0	0	19
внутриутробная пат	7	8	1	1
хим и лекарственные интокс	2	2	0	0
наследственная уо	3	2	0	0
родовая травма	2	0	0	0
постнатальная инф	0	0	0	0
неясная	26	20	3	2

количество наблюдаемых случаев

Самую большую группу, 51 человек, составляют воспитанники, этиология интеллектуальных и других сопутствующих нарушений которых достоверно не установлена. Хромосомные аберрации диагностированы у пятой части (19%) всей выборки, 15% воспитанников имели диагноз шизофрении и шизофреноподобных расстройств, у 13% глубокие нарушения развития возникли вследствие внутриутробной патологии развития, у 4% характер нарушений не определен точно, хотя явно носил наследственный характер: их родители также являются умственно отсталыми.

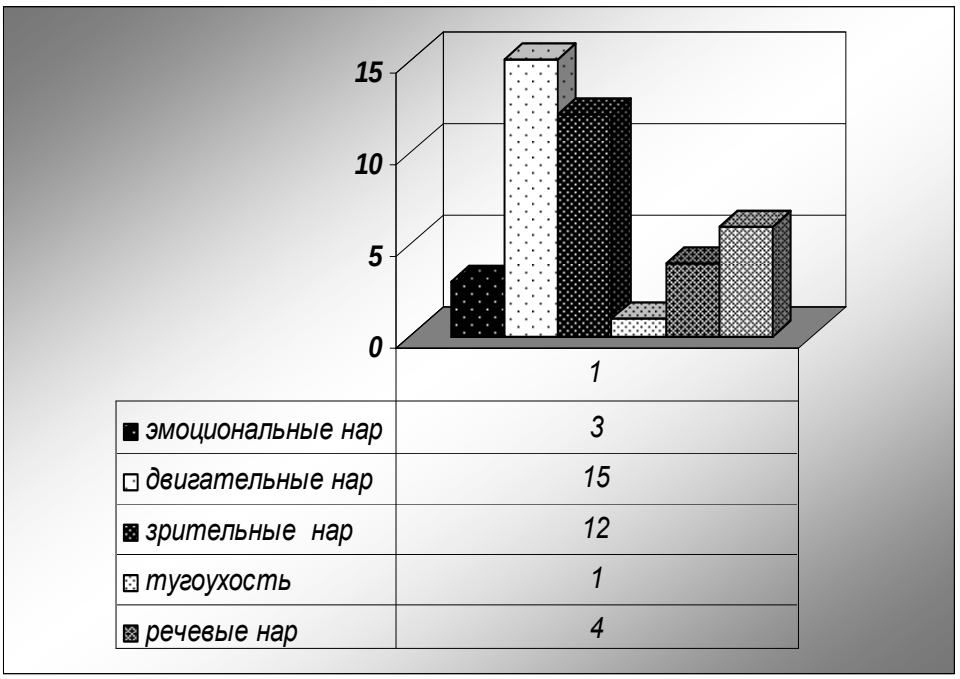
Очень часто в медицинских картах поступающих в школу детей были не указаны важные сведения для установления причин умственной отсталости. Традиционно описывались особенности течения беременности, родов и раннего развития, которые записывались со слов матери или других родственников, сопровождающих ребенка на ПМПК. Эти сведения собирались при первом знакомстве с ребенком и не были достаточно полными. Известно, что тяжелые переживания по поводу рождения больного ребенка вытесняют негативные воспоминания. Часто матери скрывали или не могли точно вспомнить, чем они болели во время беременности, как протекали роды, как развивался их ребенок, когда они впервые заметили отставание в его развитии. Это существенно осложняло сбор анамнестических данных о раннем развитии ребенка.

Не вызывали сомнения случаи установленных клиницистами хромосомных и обменных заболеваний, так как эти диагнозы были уточнены на основании данных объективных генетических исследований. Обычно в этих случаях мы имели точные данные и о состоянии всех систем организма. При аномалиях хромосом обычно имеет место сложный дефект: интеллектуальное недоразвитие сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и др. При различной степени выраженности сенсорных и двигательных нарушений, глубина интеллектуальной недостаточности в каждой выделенной по этиологическому признаку группе детей также была различной. Примером тому может служить распределение этиологических признаков внутри разных клинических групп. Так, среди 15 воспитанников с синдромом Дауна умеренная отсталость у 2 детей, выраженная – у 12, глубокие интеллектуальные нарушения - у 1 воспитанницы.

Мы проиллюстрировали распространенность сопутствующих нарушений на примере группы детей с синдромом Дауна, так как это заболевание чаще других встречается в популяции умственно отсталых и считается наиболее изученным. Внутри других клинических групп по этиологии множественные нарушения также разнородны по проявлениям, локализации и интенсивности.

Аномалии половых хромосом также сопровождаются сложными нарушениями: у 2 воспитанников синдром Шерешевского-Тернера; кроме умственной отсталости у 4 воспитанников нарушения эмоциональной сферы связаны с поломкой *X*-хромосомы; у 1 воспитанника - синдром Вильямса, сопряженный с нарушениями опорно-двигательного аппарата; еще у 1 девочки - синдром Жиля де ля Туретта, включающий в себя черты отставания и деменции. С точки зрения этиологии, все эти заболевания относятся к хромосомным нарушениям, сцепленным с полом, но проявляются они совершенно по-разному. У 2 воспитанников умственная отсталость возникла, по данным клиницистов, вследствие тяжелой родовой травмы.

Диаграмма 2. Множественные нарушения у воспитанников с синдромом Дауна



Неясная этиология представлена в разном соотношении во всех клинических (по МКБ-10) группах.

В раннем возрасте приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность разграничить крайне трудно, т. к. в этом случае наблюдаются одновременно явления отставания в развитии и распада сложившихся психических функций. Эти явления наблюдаются чаще всего при рано возникших прогрессирующих органических заболеваниях мозга. В большинстве случаев наши воспитанники имеют такую сложную структуру интеллектуального дефекта.

У 19 воспитанников этой группы интеллектуальный дефект в большинстве случаев связан с заболеванием шизофренией в раннем возрасте. Явления распада психики наблюдаются и у 19 воспитанников с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами. В большинстве случаев у наших воспитанников диагностирована простая форма шизофрении, детский тип, состояние дефекта. У 2 воспитанников этой группы диагноз и соответственно этиология нарушений носят не уточненный характер. У 2 воспитанников интеллектуальные нарушения связаны с заболеванием эпилепсией. Кроме того, у 1 воспитанницы в данное время вследствие обострения заболевания произошло тотальное ослабоумливание с полной утратой прежде имеющихся навыков.

Проанализировав состав воспитанников с различной степенью умственной отсталости с точки зрения этиологии возникших у них нарушений в развитии, мы отметили, что, несмотря на тяжелые проявления, этиология сложных нарушений воспитанников при умственной отсталости в большинстве случаев неясна и возможно обусловлена комплексом факторов.

Специалисты, занимающиеся изучением сложного дефекта отмечают о важном значении возраста ребенка, в котором возникают сенсорные нарушения. В случае с тяжелой и глубокой умственной отсталостью не всегда удается определить даже объективное состояние этих функций. Есть лишь основания полагать, что причины возникновения этих нарушений в большинстве носят врожденный и органический характер.

По соматическому состоянию дети с тяжелой умственной отсталостью также входят в группу высокого риска.

Социальная адаптация воспитанников осложняется тяжелыми соматическими заболеваниями, в том числе эндокринными 21 (17 - дисфункции щитовидной железы, 3 - гипофизарные нарушения, 1 - сахарный диабет) случай, сердечно-сосудистыми 14 (6 - врожденный порок сердца, 8 - кардиопатия) случаев, дыхательной системы - 37 (в основном ЛОР-патология) случаев, заболеваниями ЖКТ - 8 воспитанников. Среди воспитанников с тяжелой умственной отсталостью неясной этиологии диагностированы: кардиопатия - 2 случая, врожденный порок сердца - 2 случая, врожденная патология ЖКТ - 3 случая, эндокринопатия - 1 случай, гипофизарный субнанизм - 1 случай. Наличие множественных нарушений сенсорной и соматической сферы этих воспитанников и тяжесть их интеллектуального дефекта может свидетельствовать о поражениях ЦНС и внутренних органов в ранние сроки развития.

Сопоставление данных анализа состава воспитанников по этиологии, патогенезу, наличию сопутствующих нарушений в развитии позволяет нам наблюдать клинические проявления интеллектуальной недостаточности, выделять группы воспитанников, нуждающихся в постоянном наблюдении врачей разной специальности и своевременной медицинской помощи.

Наше исследование показало, что применение только клинических классификаций умственной отсталости в практике специального образования не отражает многообразия имеющихся у детей множественных нарушений, состояния их сенсорных и двигательных возможностей, поведенческих проявлений, учебных и других умениях и т. д. Сходные показатели адаптации и усвоения навыков демонстрируют дети разных нозологических групп, и, напротив, дети с одним диагнозом заметно различаются в показателях успешности. Поэтому при проведении диагностического обследования детей с множественными нарушениями важно соблюдать принципы комплексности, системности и динамического наблюдения. Медицинская диагностика является только первичным звеном в определении типа дизонтогенеза воспитанников в системе мероприятий психолого-медико-педагогической абилитации. Множественный характер нарушений требует комплексного и междисциплинарного подхода при описании типологии сходных состояний у этих детей.

Собранные нами данные позволили сделать следующие выводы:

- у данной категории учащихся кроме интеллектуальных много сопутствующих нарушений в развитии, которые разнообразны по этиологии, интенсивности проявления, влиянию на прогноз развития и эффективность коррекционной работы;

- в существующей классификации умственной отсталости по МКБ-10 присутствуют указания только на речевые, двигательные и поведенческие нарушения и не включены данные о сенсорных нарушениях.

Проведенный нами анализ продемонстрировал, что использование для квалификации интеллектуальных нарушений умственно отсталых воспитанников только медицинской классификации МКБ-10 не учитывает качественного своеобразия структуры дефекта и не может рассматриваться как наиболее адекватное при психолого-педагогической коррекции детей с умственной отсталостью. Для оказания квалифицированной психолого-педагогической помощи в рамках специальной (коррекционной) школы задача дифференциальной диагностики глубины интеллектуального дефекта ребенка с множественными нарушениями в развитии не является ключевой. Основной акцент диагностики должен быть направлен на решение коррекционно-развивающих задач, малоэффективное без знания сохранных возможностей воспитанников. Обучение, воспитание и социальная адаптация детей с сочетанием интеллектуальных, эмоциональных, сенсорных и двигательных нарушений определяют задачу подготовки специалистов соответствующей квалификации для работы с ними.

Психолого-педагогическая диагностика должна давать основания для другой дифференциации воспитанников школы, которая позволяла бы решать следующие вопросы:

- определение типа образовательного учреждения для данного ребенка (в нашем случае выраженные интеллектуальные и сложные нарушения в развитии, которые не позволяют воспитанникам обучаться в школе VIII вида для детей с легкой умственной отсталостью);

- подбор дифференцированных режимов абилитации для каждого ребенка с учетом состояния здоровья воспитанников: А – особо щадящий режим с интенсивной лекарственной терапией, В – режим неполной учебной нагрузки до полной компенсации психопатологической симптоматики, С - режим преимущественно психолого-педагогической коррекции;

- выявление ограничений со стороны сенсорных и двигательных систем для облегчения наиболее полной адаптации к различным учебным, бытовым, житейским ситуациям, с которыми будут встречаться наши воспитанники, находясь в школе-интернате.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб. : Речь, 2003. – 391 с.

2. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М. : Педагогика, 1989. — 100 с.

3. Маринчева Г. С., Гаврилов В. И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. — М. : Медицина, 1988. — 256 с.

4. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. — М. : Просвещение, 1992. —95 с.

Н. А. Воронин

ОСОБЕННОСТИ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Институт гармоничного развития и адаптации – «ИГРА» (Москва).

На современном этапе развития науки одним из актуальных вопросов изучения детей с отклоняющимся развитием является возрастающее количество случаев в детской популяции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), нередко становящегося серьезным препятствием на пути воспитательно-образовательного процесса и требующего разработок научно-исследовательского и прикладного характера.

Клиническую картину этого расстройства определяют, в первую очередь, избыточная двигательная активность и импульсивность в поведении, наряду с этим - общая двигательная неловкость, обусловленная статико-локомоторной недостаточностью, а также нарушения когнитивных функций (преимущественно внимания и памяти). По мнению ряда авторов, эти проявления в значительной степени связаны с недостаточностью организации, программирования и контроля психической деятельности и указывают на дисфункцию префронтальных отделов больших полушарий головного мозга как на наиболее вероятный фактор в генезе СДВГ [2]. В рамках современного нейропсихологического подхода СДВГ рассматривается как вариант нарушения управляющих (исполнительных) функций, организующих и направляющих поведение человека [8]. Так, наиболее специфичными клиническими проявлениями СДВГ являются трудности в осуществлении моторного контроля и недостаточная способность к оттормаживанию нерелевантного ответа [9]. У них наблюдаются сложности в выполнении заданий, требующих подключения исполнительных функций, в первую очередь, тормозного контроля и рабочей памяти [8]. Согласно общепринятому определению, рабочая память – это ограниченная способность удерживать в сознании информацию в течение нескольких секунд и манипулировать ею в контексте данной ситуации [11]. В известном смысле рабочая память является проявлением способности человека управлять своим вниманием и удерживать в его фокусе актуальные в данный момент образы сознания. Большинство авторов подчеркивает значимую роль этой способности в процессах восприятия, мышления, планирования и обучения [7]. С точки зрения J. M. Fuster, такая функция памяти, как удержание временной последовательности событий, обеспечивает индивиду субъективное ощущение времени, что создает основу для программирования и организации во времени собственного поведения [7, 10]. Дети с СДВГ в гораздо большей степени, чем здоровые дети, находятся под влиянием контекста ситуации, меньше опираются на внутреннюю репрезентацию цели. Они не способны в течение длительного времени удерживать в памяти полученную информацию, как это делают их сверстники, поскольку не всегда могут оттормозить непосредственную реакцию на внешнее интерферирующее событие (известно, что способность оттормозить доминирующий ответ является необходимым условием для активной работы с информацией, представленной в рабочей памяти). Эти дети часто с трудом могут перенести правила и навыки с одного задания на другое,

сходное с ним, могут испытывать трудности при структурировании материала, который необходимо запомнить. Помимо этого дети с СДВГ, как правило, медленно включаются в новое задание, демонстрируют более медленное формирование навыка реагирования на целевой стимул. Предполагается, что снижение скорости усвоения новой программы является еще одной из специфичных характеристик психической деятельности детей с СДВГ, непосредственно связанных с функцией рабочей памяти [3, 5, 7, 8].

Предлагаемое исследование было посвящено изучению процесса запоминания стимулов различных модальностей детьми с СДВГ в сопоставлении со здоровыми детьми. Цель работы состояла в выявлении отличительных особенностей процесса запоминания, характерных для группы детей с СДВГ, которые служили бы подтверждением предполагаемого нарушения у детей с этим расстройством функции рабочей памяти, как одной из исполнительных функций.

В эксперименте приняли участие 59 мальчиков, посещающих массовые образовательные учреждения (школа, детский сад). Выборка испытуемых состояла из двух групп: 1) контрольная группа (КГ) - 30 здоровых детей в возрасте от 6 лет 5 месяцев до 8 лет 2 месяцев, не имеющих каких-либо выраженных трудностей обучения или нарушений поведения; 2) экспериментальная группа (ЭГ) - 29 детей с диагнозом СДВГ в возрасте от 6 лет 7 месяцев до 7 лет 10 месяцев. Из экспериментальной группы были исключены дети, в анамнезе которых присутствовали диагнозы каких-либо сопутствующих нарушений, таких как речевые расстройства, хронические соматические заболевания, а также шизофрения, аффективная патология и др. Все испытуемые прошли полное нейропсихологическое обследование. Для дальнейшего исследования были использованы результаты выполнения ими трех методик, направленных на изучение памяти, - «Шесть слов», «Шесть фигур» и «Две группы по три слова». Для проведения проб использовались стандартные наборы слов и фигур [6]. В каждой из проб оценивалось: а) количество верно воспроизведенных стимулов (слов или изображений) в каждой из пяти попыток воспроизведения (от 0 до 6); б) количество стимулов, воспроизведенных в правильном порядке (от 0 до 6) за каждую из пяти попыток воспроизведения. Для статистической обработки полученных результатов был применен метод дисперсионного анализа с факторами повторных измерений. Фактором повторных измерений выступало повторное предъявление стимульного материала и его последующее воспроизведение ребенком, с уровнями фактора, соответствующими порядковому номеру попытки воспроизведения (1-4 – непосредственное воспроизведение, 5 – отсроченное воспроизведение). В качестве независимой переменной была взята принадлежность ребенка к той или иной группе (норма - СДВГ), в качестве зависимых переменных выступали: А) количество стимулов, соответствующих предъявленным, воспроизведенных в каждой из пяти попыток воспроизведения – показатели удержания объема запоминаемого материала; Б) количество стимулов, соответствующих предъявленным, воспроизведенных *в правильном порядке* в каждой из пяти попыток воспроизведения – показатели удержания порядка.

По результатам выполнения пробы «Шесть слов» было получено, что за каждую попытку непосредственного воспроизведения дети с СДВГ называют в среднем меньше слов, чем их здоровые сверстники. Тем не менее, статисти-

чески значимых различий в динамике запоминания обнаружено не было - ни в отношении удержания объема, ни в отношении удержания порядка слов. При сравнении среднего количества слухоречевых стимулов, названных испытуемыми за четыре попытки непосредственного воспроизведения, было показано, во-первых, что дети КГ воспроизводят в среднем значимо большее количество слов, чем дети ЭГ ($p<0,01$; рис. 1). Во-вторых, различия, достигающие уровня статистической значимости ($p<0,001$), присутствуют и между показателями объема и порядка внутри каждой из групп детей, то есть удержание правильного порядка слов для всех детей данного возраста представляет большую трудность, чем удержание их полного объема. Помимо этого, были выявлены значимые различия между группами, которые обусловлены тем, что снижение показателей удержания порядка относительно показателей удержания объема в группе детей с СДВГ выражено в большей степени, чем в контрольной группе. Эти различия можно считать одним из подтверждений нашей гипотезы о том, что способность к удержанию порядка стимулов в большей степени, чем удержание объема, страдает у испытуемых с СДВГ в сравнении с нормой.

Было обнаружено также, что при отсроченном воспроизведении все дети называют меньшее количество слов, чем при последней попытке непосредственного воспроизведения. В дальнейшем сравнивались «показатели забывания» - разница между максимальным количеством слов, воспроизведенных ребенком в какой-либо из попыток непосредственного воспроизведения (как правило, в последней), и количеством слов, воспроизведенных отсрочено. Здесь значимых различий между группами детей ни по показателям объема, ни по показателям порядка обнаружено не было - вероятно, вследствие большого разброса показателей. Тем не менее, можно говорить о тенденции к повышению «показателей забывания» в отношении порядка слов в ЭГ – при этом интенсивность «забывания» объема не превышает таковую в КГ.

При исследовании запоминания слов по методике «Две группы по три слова» были получены сходные результаты: дети с СДВГ воспроизводят в среднем меньшее количество слов, чем здоровые дети; при этом различия между группами испытуемых в динамике удержания объема и порядка слов отсутствуют. Новым фактом, выявленным по результатам выполнения этой пробы, было то, что если для *первой группы* слов различия между детьми КГ и ЭГ по средним показателям удержания объема и порядка были незначимы, то для слов *второй группы* средние показатели как удержания объема, так и порядка были значимо ниже в экспериментальной группе детей ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно). Традиционно этот факт интерпретируется как преобладающее влияние проактивной гомогенной интерференции на запоминание слухоречевого материала [1].

По результатам отсроченного воспроизведения по методике «2 группы по 3 слова» были выявлены значимые различия между КГ и ЭГ по «показателям забывания»: оказалось, что дети с СДВГ значимо более интенсивно «забывают» порядок слов ($p<0,01$), тогда как по «показателям забывания» объема группы испытуемых между собой не различаются.

Таким образом, по результатам выполнения двух методик, направленных на исследование слухоречевой памяти, можно видеть, что при запомина-

нии слов дети с СДВГ всегда воспроизводят меньшее их количество, чем здоровые дети. Наряду с этим и при непосредственном, и при отсроченном воспроизведении наблюдается менее эффективное, чем у здоровых детей, удержание порядка слов по сравнению с удержанием их объема. Также было отмечено, что следы памяти на слухоречевые стимулы у детей с СДВГ подвержены влиянию проактивной гомогенной интерференции, чего не наблюдается в группе здоровых детей.

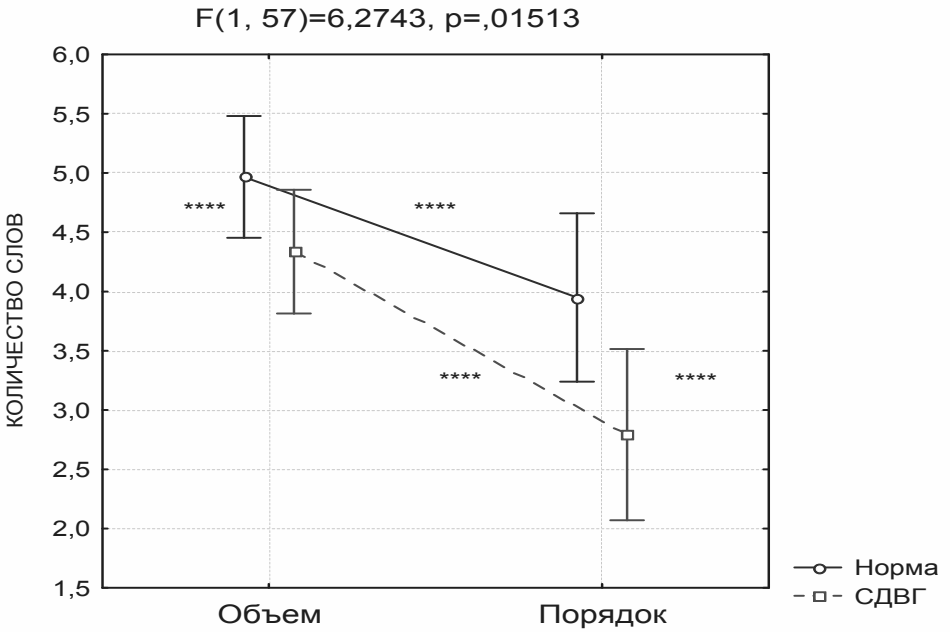


Рис. 1. Сравнение усредненных показателей удержания объема и порядка запоминаемых слов (ось ординат) здоровыми детьми и детьми с СДВГ. Различие в показателях удержания объема и порядка значимо больше у детей с СДВГ, чем у здоровых ($p<0,01$). Обозначена статистическая значимость различий по соответствующим показателям: **** - $p<0,001$.

Перейдем к рассмотрению особенностей запоминания зрительных стимулов детьми исследуемых групп. При выполнении методики «Шесть фигур» было обнаружено, что дети с СДВГ в среднем за четыре попытки непосредственного воспроизведения способны по памяти нарисовать меньшее количество фигур, чем здоровые дети ($p<0,001$; рис. 2, А). Различия в динамике удержания объема между испытуемыми двух групп приближаются к уровню статистической значимости [$F(3, 171)=2,2040$, $p=0,08941$]. При сравнении показателей удержания порядка фигур было снова показано, что дети с СДВГ способны воспроизвести по памяти в среднем значимо меньшее количество фигур в правильном порядке ($p<0,001$; рис. 2, Б).

Однако на этот раз были обнаружены значимые различия между детьми двух групп в динамике запоминания порядка фигур ($p<0,001$): как видно из рисунка (рис. 2, Б), здоровые дети с каждой новой попыткой воспроизведения вспоминали значимо большее количество фигур в правильном порядке.

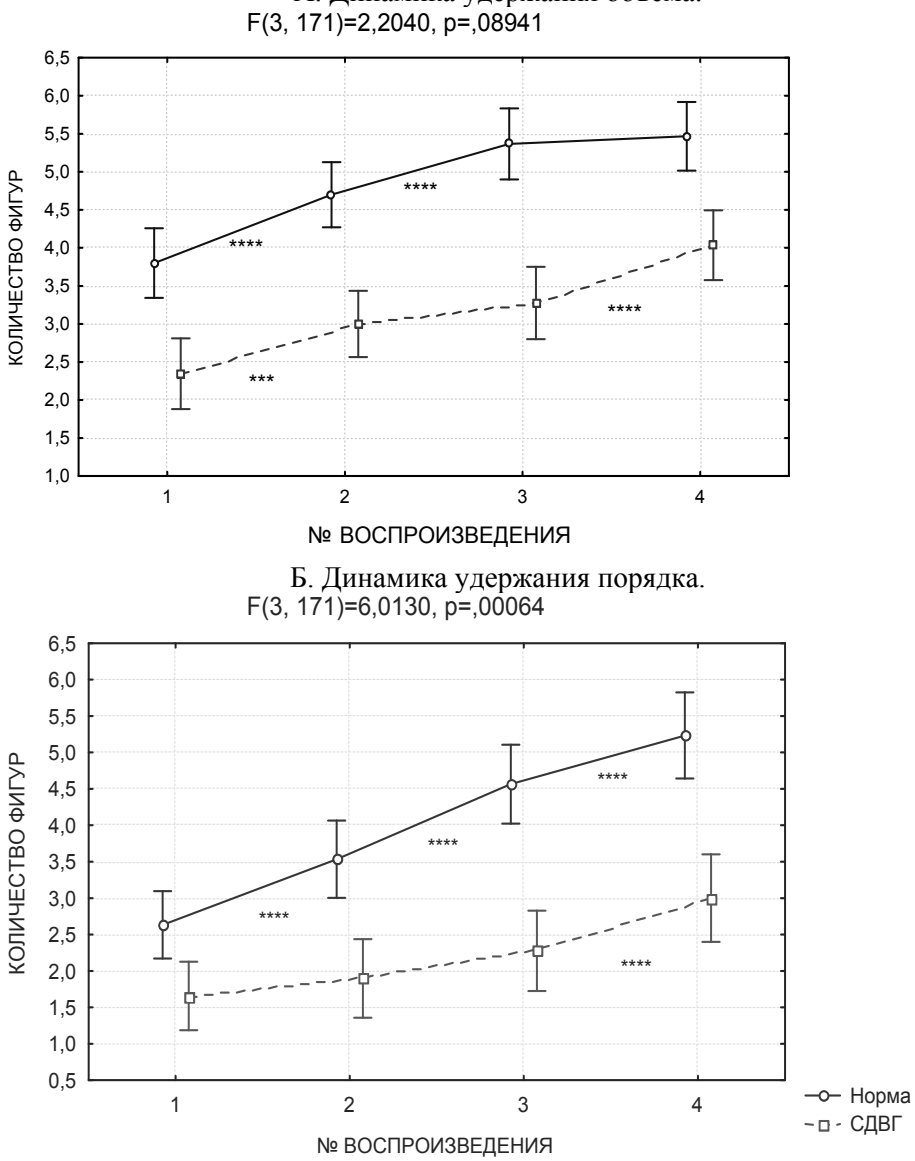


Рис. 2. Динамика удержания объема и порядка зрительных стимулов детьми контрольной группы и группы с СДВГ при выполнении методики «6 фигур». Количество фигур, соответствующих предъявленным (ось ординат), воспроизводимых детьми в каждую из четырех попыток непосредственного воспроизведения (ось абсцисс). Статистическая значимость различий:
**** - p<0,001, *** - p<0,005.

В то же время дети с СДВГ подобное увеличение показателя демонстрируют лишь во время последней попытки воспроизведения, тогда как за первые три попытки значимого увеличения показателя удержания порядка не происходило. Можно предполагать, что эта картина отражает именно замед-

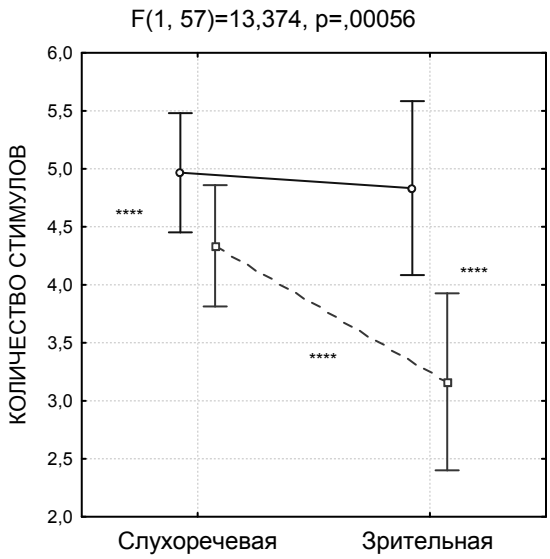
ление усвоения программы деятельности (в данном случае – правильного порядка фигур), которое, как считают некоторые исследователи, характерно для детей с СДВГ [5]. Наряду с этим было обнаружено, что для всех детей при запоминании стимулов зрительной модальности характерно менее эффективное воспроизведение их порядка по сравнению с объемом в среднем по четырем попыткам непосредственного воспроизведения.

Исследование отсроченного воспроизведения при выполнении методики «6 фигур» детьми ЭГ и КГ показало, что, во-первых, у всех испытуемых как показатели удержания объема, так и показатели порядка при отсроченном воспроизведении ниже, чем при последней попытке непосредственного воспроизведения. Во-вторых, у всех детей показатели удержания порядка фигур при отсроченном воспроизведении значимо ниже, чем соответствующие им показатели удержания объема. Различий между группами детей по интенсивности «забывания» объема и порядка, как в слухоречевой памяти, здесь выявлено не было – вполне вероятно, что это обусловлено крайне низким числом фигур, воспроизводимых детьми с СДВГ после задержки: из трех фигур, которые они в среднем способны припомнить при отсроченном воспроизведении, лишь две фигуры (в среднем) идут в правильном порядке (так называемый «эффект дна»). Следовательно, можно предположить, что ожидаемое - по аналогии со слухоречевой памятью - более интенсивное снижение показателей удержания порядка в группе детей с СДВГ не проявилось при запоминании зрительных стимулов просто вследствие крайне низкой эффективности воспроизведения по памяти этими детьми стимулов зрительной модальности.

После рассмотрения особенностей запоминания зрительных стимулов испытуемыми, перед нами встал вопрос: зависит ли эффективность запоминания стимулов от их модальности? Для ответа на него было решено сопоставить между собой результаты выполнения детьми ЭГ и КГ методик «шесть слов» и «шесть фигур». Такое сопоставление видится оправданным и целесообразным, поскольку эти две методики сходны по числу стимулов, предъявляемых для запоминания, а также по самой схеме предъявления и воспроизведения материала (четыре попытки непосредственного воспроизведения, затем одна попытка отсроченного воспроизведения без предъявления стимульного материала).

Как оказалось, в среднем здоровые дети с одинаковой эффективностью воспроизводят объем как слухоречевых, так и зрительных стимулов. Точно так же, отсутствуют какие-либо различия между модальностями и в отношении воспроизведения порядка стимулов детьми контрольной группы. Можно сказать, что для здоровых детей не имеет значения, в какой модальности предъявляются шесть стимулов для запоминания – в зрительной либо в слухоречевой. Иначе обстоит дело в группе детей с СДВГ. Здесь значимые различия между модальностями были обнаружены как в отношении удержания объема, так и в отношении удержания порядка стимулов (рис. 3, А, Б). Как видно, дети ЭГ хуже запоминают стимулы зрительной модальности, чем слухоречевой. Этот факт оказался неожиданным для нас, и он требует подтверждения в новых экспериментальных исследованиях.

А. Удержание объема



Б. Удержание порядка

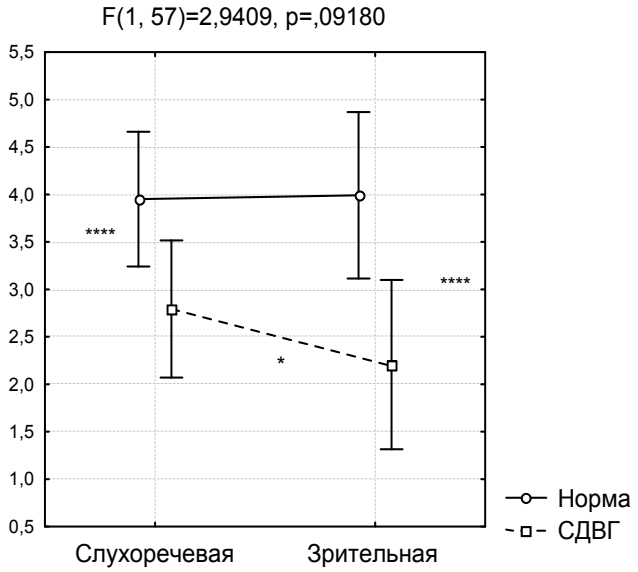


Рис. 3. Сопоставление средних показателей удержания объема и порядка для стимулов слухоречевой и зрительной модальностей. Отмечена статистическая значимость различий по средним показателям объема слухоречевой и зрительной памяти между группами детей, а также между модальностями внутри одной группы: **** - $p<0,001$, * - $p<0,05$.

Эта же особенность памяти у детей с СДВГ была выявлена и при исследовании отсроченного воспроизведения по методикам «6 слов» и «6 фигур». При сравнении «показателей забывания» обнаружилось, что они значимо более интенсивно «забывают» правильный порядок фигур, чем порядок слов ($p<0,01$). Как можно было ожидать, дети КГ подобных различий не демонст-

рируют. Более того, интересно отметить, что в отношении показателей удержания объема подобные различия между группами отсутствуют, то есть все дети одинаково интенсивно «забывают» объем как слухоречевых, так и зрительных стимулов. Получается, что при исследовании отсроченного воспроизведения у детей с СДВГ одновременно наблюдаются проявления двух слабых звеньев их памяти: с одной стороны, худшее удержание порядка по сравнению с объемом, а с другой – худшее запоминание зрительных стимулов по сравнению со слухоречевыми.

Последним в этом исследовании было проведено сравнение двух групп испытуемых по показателям удержания объема и порядка без влияния фактора модальности мнестических стимулов. Для этого были получены результаты каждой из четырех попыток непосредственного воспроизведения, усредненные между методиками «6 слов» и «6 фигур». Такое сравнение показало статистически значимые различия между контрольной и экспериментальной группами детей ($p<0,005$). Как показало плановое сравнение, группы детей различаются по динамике удержания порядка стимулов – дети с СДВГ демонстрируют более медленное, в сравнении со здоровыми детьми, увеличение показателя на протяжении первых трех попыток воспроизведения. Динамика удержания объема при этом одинакова в контрольной и экспериментальной группах детей.

Обсуждение результатов

Исследование памяти у детей ЭГ и КГ 6,5-8 летнего возраста слухоречевых и зрительных стимулов обнаруживает некоторые общие для них черты. Во-первых, как было показано, воспроизведение порядка стимулов слухоречевой и зрительной модальностей всеми детьми выполняется хуже, чем воспроизведение объема. То же соотношение показателей наблюдается и при отсроченном воспроизведении материала. Такие особенности памяти, по данным литературы [4, 6], в целом характерны для детской популяции исследуемого возрастного диапазона: формирование фактора избирательности памяти, в частности, способности к правильному воспроизведению порядка элементов, происходит наиболее активно именно в исследуемом нами возрастном периоде (6-8 лет), достигая достаточного уровня сформированности лишь к восьми годам.

На фоне указанных возрастных особенностей памяти дети с СДВГ демонстрируют также некоторые ее специфические характеристики, отличающие их от здоровых детей. Среди них, в первую очередь, следует выделить общее снижение количества запоминаемых стимулов. Заметим, что эта особенность отмечается как в слухоречевой, так и в зрительной памяти, а значит, с большой вероятностью может рассматриваться в качестве некоторой общей характеристики функции памяти у этих детей.

Второй особенностью процессов запоминания у детей с СДВГ является повышенная чувствительность следов памяти к интерференции. По литературным данным, для детей дошкольного и младшего школьного возраста умеренное влияние гетерогенной интерференции в сочетании с временной задержкой на эффективность воспроизведения стимульного материала является нормативным – при отсроченном воспроизведении допустимо снижение на два элемента показателей объема и порядка [6]. Такое снижение эффек-

тивности отсроченного воспроизведения стимульного материала по сравнению с непосредственным обнаружено и в нашем исследовании – как в контрольной, так и в экспериментальной группах детей. Однако различия между группами детей выступают при исследовании чувствительности следов памяти к гомогенной интерференции в слухоречевой модальности: у детей с СДВГ, в отличие от их здоровых сверстников, было отмечено влияние проактивной гомогенной интерференции. Такая особенность памяти у испытуемых с СДВГ соотносится с указаниями большинства исследователей на их неуспешность в учебной деятельности. Действительно, наличие разнообразных отвлекающих стимулов может значительно затруднять усвоение материала детьми с СДВГ, а также препятствовать удержанию и правильному выполнению инструкции учителя.

В нашем исследовании также было показано, что снижение показателей удержания порядка относительно показателей удержания объема памяти, которое наблюдается в КГ, в группе детей с СДВГ выражено в большей степени. Эти различия между ними присутствуют как при непосредственном, так и при отсроченном воспроизведении. Известно, что в норме способность запомнить все шесть элементов стимульного материала после четырех предъявлений оказывается сформирована уже к 5 годам, тогда как способность к запоминанию их порядка формируется позже - только к 7-8 годам [6]. Можно предположить, что картина запоминания, демонстрируемая детьми с СДВГ, отражает в целом задержанное по сравнению со здоровыми детьми формирование отдельных составляющих высших психических функций. Однако для проверки этой гипотезы потребуется отдельное исследование, посвященное возрастным особенностям памяти у детей с СДВГ.

Неожиданным было для нас обнаружение того факта, что стимулы зрительной модальности запоминаются детьми с СДВГ хуже, чем стимулы слухоречевой модальности. При этом было показано, что в контрольной группе детей отсутствуют различия в эффективности воспроизведения стимулов между этими двумя модальностями. Можно предложить два возможных объяснения этому факту. Полученная в нашем исследовании картина процессов памяти у детей с СДВГ в целом соответствует картине процессов памяти, описанной Ю. В. Микадзе при исследовании памяти у детей 6-10 лет «группы риска» с преимущественной несформированностью зрительной памяти. У них, помимо собственно дефицита зрительной памяти, также наблюдаются неустойчивость сохранения порядка стимулов и повышенная тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями в слухоречевой и зрительной модальностях. Говоря о распределенной локализации синдрома снижения зрительной памяти, автор предполагает существование функционального дефицита в работе структур правого полушария, наряду с недостаточностью функций передних отделов левого полушария [4].

В исследованиях зарубежных авторов [12] также предполагается возможная ассоциация СДВГ с нарушениями функций правого полушария. Об этом свидетельствуют, по их мнению, наблюдаемые у детей поведенческие нарушения, такие как не соответствующая ситуации аффективность в сочетании с избыточной реактивностью, отставание в формировании навыков социального взаимодействия, недостаточность зрительно-пространственного вос-

приятия. Ряд исследований с применением методов нейровизуализации указывают на возможное вовлечение структур правого полушария при СДВГ [13]. С другой стороны, в исследовании Обуховой Е.Ю. при оценке времени реакции на зрительные и звуковые стимулы было показано, что в условиях необходимости распределения внимания между зрительной и слуховой модальностями все исследованные дети 5-6 лет допускали большее количество пропусков именно целевых зрительных стимулов. Как предполагает автор исследования, это может быть связано с тем, что слуховой канал восприятия быстрее и легче вовлекает ресурсы внимания ребенка в условиях конкуренции стимулов слуховой и зрительной модальностей [5].

Можно предположить теперь, что те же особенности восприятия проявились и в нашем исследовании – в худшем воспроизведении стимулов зрительной модальности по сравнению со слухоречевой у детей с СДВГ. Тогда для того, чтобы объяснить отсутствие различий между модальностями стимулов у здоровых детей, можно в очередной раз выдвинуть предположение о том, что у детей с СДВГ наблюдается отставание в формировании, то есть соответствие более младшему возрастному периоду, различных компонентов высших психических функций – в данном случае отставание в формировании исполнительных операций внимания. Несомненно, такое предположение требует дополнительных экспериментально-психологических исследований.

Одна из гипотез нашего исследования состояла в том, что более медленное формирование навыка у детей с СДВГ может быть обнаружено также и при исследованиях процессов запоминания у этих детей. Предполагалось, что в экспериментальной группе детей динамика запоминания ряда стимулов на протяжении четырех предъявлений будет отличаться от таковой в контрольной группе. Действительно, различия в динамике между детьми имели место, однако только при запоминании порядка стимулов зрительной модальности. Видимо, сходная тенденция присутствует и в слухоречевой памяти, однако значимых различий в динамике удержания порядка в этой модальности обнаружено не было. Характерно, что различия в динамике удержания объема не были выявлены ни в зрительной, ни в слухоречевой модальностях: видимо, эта способность, как и в норме, у детей с СДВГ к 7 годам уже сформирована в достаточной мере, так что не требует привлечения дополнительных ресурсов внимания – в отличие от запоминания порядка стимулов. Таким образом, наша гипотеза о замедлении темпа запоминания ряда стимулов детьми с СДВГ – трудности включения в задание – подтверждается лишь отчасти. Можно ожидать, что если при использовании тех же методик исследования памяти увеличить количество предъявлений материала до 5-6 раз, различия в динамике запоминания между детьми с СДВГ и здоровыми детьми станут более очевидными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апчел В. Я. , Цыган В. Н. Память и внимание – интеграторы психики. Военно-медицинская академия. - СПб, 2004.

2. Заваденко Н. Н. , Суворинова Н. Ю. , Григорьева Н. В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы к фармакотерапии. –М., 1999.

3. Заваденко Н. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у

детей. – М., 2005.

4. Микадзе Ю. В. Дифференциальная нейропсихология формирования памяти в младшем школьном возрасте // Психологическая наука и образование, 1999. – № 2.

5. Обухова Е. Ю. Регуляция внимания у детей 5-7 лет. Дипломная работа под руководством Строгановой Т. А. и Ахутиной Т. В. - МГУ, 2004.

6. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений. – М. : «Академия», 2002.

7. Baddeley A. Working memory // Science, 1992, 255 - P. 556-559.

8. Barkley R. A. ADHD and the Nature of Self-Control. New York: The Guilford Press, 1997.

9. Barkley R. A. , Grodzinsky G. , DuPaul G. Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. // Journal of Abnormal Child Psychology, 1992, 20, 163-188.

10. J. M. Fuster. The Prefrontal Cortex (Second Edition). - Raven Press, New York, 1989.

11. Gevins A. S. , Smith M. E. Neurophysiological measures of working memory and individual differences in cognitive ability and cognitive style. // Cereb. Cortex, 2000, V10 N 9.

12. Hynd G. , Semrud-Clikeman M. , Lorys A. , et al. Corpus callosum morphology in attention-deficit hyperactivity disorder: morphometric analysis of MRI. // J. Learn. Disabil. , 1991, v. 24. - P. 141-146.

13. Voeller K. K. Toward a neurobiologic nosology of attention deficit hyperactivity disorder. // J. Child Neurol., , 1991, 6 Suppl: S. 2-8.

Л. А. Троицкая

ЭПИЛЕПСИЯ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Детская городская неврологическая поликлиника (Москва).

Нарушения речи при эпилепсии в детском возрасте многообразны, могут выступать в виде снижения или особого состояния фонемо-фонематического слуха, различных видов афазий или близких к ним расстройств, в виде снижения темпа речи и особого заикания, а также изменения других невербальных компонентов речи. [3, 5]. На первый план в структуре расстройств может выступать и собственно речевое нарушение, и эпилептическая болезнь как первичное заболевание. Возможны сочетания: 1) первичным в картине расстройств является нарушение развития речи, а эпилепсия возникает на изначально патологическом фоне как «сопутствующее заболевание»; 2) эпилепсия развивается на фоне нормального становления речевой функции ребенка, и возникающие нарушения речи рассматриваются как вторичные, или порождаемые эпилептическим процессом.

Данное сообщение посвящено анализу расстройств речи при эпилепсии у детей, поэтому обзор работ, где нарушения речи выступают как первичный дефект, будет кратким. Специалистами изучалась распространенность эпилепсии в популяции детей с нарушениями развития речи, выявлено, что

встречаемость припадков у детей с нарушениями развития речи составляет от 8% до 25% [5, 13, 15, 18, 23]. Нарушения импрессивной речи в виде словесной слуховой агнозии чаще, чем другие речевые расстройства у детей, сопровождаются эпилептическими припадками. Среди различных видов припадков, встречающихся в анамнезе у детей с нарушениями развития речи, наиболее часто упоминаются парциальные приступы, на втором месте по встречаемости (в 16% случаев) - инфантильные спазмы [13, 16]. Логопедические дефекты встречаются у детей, страдающих эпилепсией в сочетании с аутизмом. В группах детей, страдающих аутизмом, и детей с дисфазией без черт аутизма не было выявлено достоверных различий по частоте возникновения эпилепсии (соответственно 7% и 8%) при отсутствии других факторов риска. Аутизм как первичное нарушение общения не является дополнительным фактором риска развития эпилепсии у детей с нарушениями речи [22].

На своеобразие речевых расстройств как вторичного дефекта при эпилепсии у детей может влиять локализация очага поражения, время его возникновения, длительность существования, а также особенности компенсации. Обращение к этому типу сочетания эпилепсии и речевых расстройств невозможно без учета высокой пластичности мозга ребенка, особенно в раннем возрасте. [5, 7, 10]. Наличие структурных врожденных кортикальных или субкортикальных повреждений в доминантном полушарии у детей не обязательно будет проявляться в виде афазии, что характерного для взрослых с такой локализацией поражения. Мозг, получив повреждение на стадии развития, направлен на функциональную компенсацию дефекта, следствием чего может выступать более позднее появление лепета, коммуникативной мимики, простых слов и предложений. Есть мнение, что эта задержка является определенной платой за компенсацию структурного дефекта [11]. Имеется также связь между сроками межполушарного разделения речевых функций и спецификой нарушения речи при определенной локализации очага поражения. Исследования показали, что нарушения в левом полушарии вызывают значимо более тяжелое нарушение экспрессивной речи, чем в случае правостороннего повреждения, только после 18 месяцев жизни ребенка [11]. В работе отечественных исследователей [4], посвященной изучению нейрофизиологических механизмов афазии при эпилепсии, приводится подтверждение вышеприведенных выводов [11]. Кроме клинико-анамнестических данных, в пользу того, что нарушения речи у больных с эпилептической афазией являются непосредственным результатом эпилептической дисфункции, говорят и нейрофизиологические данные. Отмечается, что нарушение речи коррелирует не с частотой и тяжестью собственно эпилептических припадков, а именно с выраженностью эпилептической активности в височных долях.

Афазия является первым симптомом заболевания у 50% больных. Речевые нарушения развиваются, как правило, на фоне нормального предшествующего речевого развития (в 70% случаев до 6-летного возраста) и носят характер сенсомоторной афазии, сочетающейся со стойким расстройством артикуляции и синдромом словесной слуховой агнозии. Афазия носит постоянный характер и часто влечет за собой вторичные нарушения поведения. Нейропсихологическое исследование, проведенное M. Korkman et al., выявило наличие нарушения распознавания фонем у детей с данным синдромом, в

то время как распознавание звуков окружающей среды оставалось не так сильно затронуто [20]. Невозможность понимать устную речь, сопровождающуюся нарушениями артикуляции, и резкое снижение самостоятельной речи отмечает у таких детей M. Kaga [19]. Прогноз эпилепсии при синдроме Ландау-Клеффнера считается благоприятным. По достижении 15 лет у пациентов обычно регрессируют эпилептические пароксизмы и аномалии ЭЭГ. Вместе с тем, прогноз речевых нарушений не столь однозначен, об этом свидетельствуют наблюдения многих клиницистов. Среди 9 больных с синдромом Ландау-Клеффнера, обследованных J. F. Mantovani, W. M. Landau спустя 10-28 лет с момента заболевания, только у 3 отмечено полное восстановление речевых функций. В 2 случаях выявлены незначительные нарушения, а в 4 - умеренные [22]. В исследовании T. Deona et al. полное восстановление речи наблюдалось у 1 из 7 больных, обследованных через 13-28 лет с момента начала заболевания [14].

Длительная активность эпилептического очага у больных с резистентными формами эпилепсии может также приводить к компенсаторной перестройке функциональных связей между речевыми зонами. M. Kurthen et al. выявили наличие межполушарного разобщения моторной и сенсорной речевой функции у пациентов с длительно существующими сложными парциальными припадками [21]. В обследованной ими группе больных обнаружена как двусторонняя речевая доминантность, так и четкая межполушарная диссоциация экспрессивной и рецептивной речевой функции; существенно, что начало припадков или черепно-мозговая травма отмечались у всех больных в раннем возрасте. В тех случаях, когда эпилептические очаги располагались в височной доле, рецептивные функции были представлены в контралатеральном полушарии, та же ситуация складывалась и при поражении лобных отделов речевого центра. Эти данные свидетельствуют о том, что при возникновении ограниченного структурного или функционального поражения может происходить перемещение анатомически ассоциированных с этим очагом речевых функций в противоположное полушарие, а не в соседние зоны. Данное исследование подтвердило гипотезу о том, что в некоторых особых случаях передняя (экспрессивная) речевая зона может быть расположена в одном полушарии, а задняя (импрессивная) - в другом. Однако понятно, что такая пластичность мозга возможна только до определенного времени, и возникновение таких грубых нарушений после окончания периода становления речи (примерно до 7 лет) не может быть полностью компенсировано такими функциональными перестройками. На примере синдрома Ландау-Клеффнера D. Bishop оценивал выраженность речевых нарушений и их связь с судорожными состояниями. Опираясь на представление о существовании критического возраста формирования речевой функции, он полагал, что вопрос о том, какой механизм лежит в основе рассматриваемого синдрома, может быть решен на основе исследования зависимости тяжести и обратимости афазии от возраста, в котором она появилась [11]. Известно, что переобучение языку в позднем возрасте значительно труднее, чем в раннем возрасте, и в случае аналогичного морфологического поражения степень тяжести нарушений речи должна быть тем больше, чем позже развивается заболевание. Учитывая известную пластичность мозговых систем, возможно говорить о компенсаторном развитии речевых механизмов за счет сохранных отделов левого или пра-

вого полушария. В случае нейродинамического характера афазии исход ее должен быть тем хуже, чем раньше развивается заболевание. Проанализировав статистически все случаи, описанные в литературе, D. Bishop выявил тесную обратную корреляцию между возрастом начала заболевания и тяжестью разрушения речевой функции (чем в более раннем возрасте возникает заболевание, тем хуже прогноз), что говорит в пользу нейродинамического характера поражения. Очень интересным также оказалось его наблюдение, что, несмотря на то что большинство детей с возникшей эпилептической афазией было вынуждено жить и учиться в специальных школах-интернатах вдали от своего дома, как только у них по мере выздоровления возвращалась возможность говорить, они начинали говорить на том оригинальном наречии, на котором принято говорить у них на родине, даже если этот акцент сильно отличался от того, который был свойствен преподавателям из их интерната. Этот факт свидетельствует о том, что эти дети в процессе восстановления не были вынуждены заново учить язык, а просто восстанавливали ранее приобретенные навыки [11].

Существенное значение для оценки связи нарушений речи и эпилепсии имеют работы по изучению изменения невербальных компонентов речи, в частности, процесса распознавания эмоций по голосу. А. У. Тархан, И. М. Шлепаков применили этот подход для топической диагностики патологических очагов в головном мозге у больных с фокальной эпилепсией [6]. Было выявлено, что все пациенты с височной эпилепсией имели достоверно более низкие по сравнению со здоровыми людьми результаты по всем тестам. Оказалось, что у больных с невисочной локализацией также обнаружен тот или иной дефицит в распознавании эмоциональных и просодических характеристик голоса. Способность различать эмоции по голосу является преимущественно левовисочной функцией, а сравнивать просодические характеристики (частотные свойства, интонационные ударения) и неречевые звуковые комплексы - правовисочной. Во взрослой популяции правое полушарие является ведущим при распознавании эмоционально-просодических характеристик речи. M. Cohen et al. провели исследование рецепторных аспектов эмоциональной просодии у детей с правосторонней и левосторонней височной эпилепсией в возрасте от 6 до 11 лет [12]. И хотя не было установлено достоверной разницы результатов у детей с правой и левой локализацией очага по сравнению со здоровыми детьми, дети с правосторонним эпилептическим очагом показывали достоверно более низкие результаты. Эти данные указывают на то, что у детей, так же как и у взрослых, правое полушарие играет ведущую роль в распознавании эмоционально-просодических характеристик речи.

Ученые, занимающиеся проблемой соотношения эпилепсии и речевых нарушений, признают, что эпилепсия и речь находятся друг с другом в сложной взаимосвязи. С одной стороны, эта связь не является неожиданной, т. к. анатомические области, функционально связанные с речью (лобная и височная доли), одновременно являются наиболее эпилептогенными участками мозга. С другой стороны, существуют различные точки зрения на причинно-следственные отношения между возникновением эпилепсии и нарушениями речи. Анализ теорий возникновения нарушений речи при эпилепсии показывает, что все теории можно сгруппировать вокруг трех основных гипотез:

1) генетические факторы лежат в основе и возникновения эпилепсии, и

речевых нарушений;

2) нарушения речи и эпилепсия являются независимыми проявлениями одной мозговой патологии;

3) речевые нарушения являются следствием эпилепсии.

Одни ученые считают, что генетические факторы послужили причиной возникновения речевых нарушений, а также независимо вызвали повышенную предрасположенность к судорожным состояниям или собственно эпилепсию. Генетическая гипотеза не получила широкого подтверждения, более того приводятся данные, что частота судорожных припадков в анамнезе в группе детей с семейными формами нарушения речи ниже, чем в группе с неотягощенным по речи семейным анамнезом [14].

Другая распространенная точка зрения заключается в том, что существование повреждения мозга или его аномальное развитие приводит к возникновению речевых нарушений и эпилепсии, т. е. они являются независимыми проявлениями одной подлежащей мозговой патологии. Часть исследователей высказывается в пользу этой гипотезы, так, например, G. L. Holmes et al. считают, что эпилепсия является эпифеноменом подлежащего мозгового нарушения, который, в свою очередь, вызвал речевые нарушения [17]. Такой подход представляется оправданным в том случае, когда первичными признаются нарушения речи или эпилепсия рассматривается в рамках нарушения развития речи. N. Geschwind and A. M. Galaburda предложили теорию, согласно которой в результате более медленного развития левого полушария, по сравнению с правым, оно дольше подвергается воздействию неблагоприятных условий внешней среды, которые в свою очередь могут привести к аномальной мозговой доминантности или леворукости, специфическим речевым нарушениям, неврологическим заболеваниям, таким как эпилепсия, двигательные нарушения [цит. по 14].

Еще одна позиция опирается на предположение о том, что длительное существование постоянных эпилептических разрядов в определенной зоне приводит к нарушению функционирования нейрональных систем в данной зоне и, как следствие, к нарушению речевой функции. Обычно в таких случаях говорят о так называемой эпилептической энцефалопатии. В подтверждение этой точки зрения можно привести исследование приобретенных форм афазии, возникшие на фоне эпилепсии, где было показано, что речевые нарушения являются следствием нарушения функционирования нейрональных систем. [4, 11].

Резюмируя литературные данные по изучению нарушений речи при эпилепсии в детском возрасте, следует отметить мульти- и междисциплинарный характер проблемы. В решении диагностических задач, связанных с этой тематикой, принимают участие и клиницисты, и нейрофизиологи и психологи.

Традиции синдромного анализа и системно-динамической локализации высших психических функций, заложенные в отечественной нейропсихологии А. Р. Лурия [1, 2], позволяют по-новому подойти к исследованию, диагностике и коррекции нарушений речи у детей, страдающих различными формами эпилепсии. Собранный нами материал показывает значение и успешность применения нейропсихологического метода к изучению нарушений речи у детей при эпилепсии. Нами были обследованы 268 детей, страдающих эпилепсией, у 185 человек (69%) наблюдались речевые нарушения. Возраст детей составил от 1

года 9 месяцев до 16 лет (от 1 года до 3 лет – 45, от 3 до 7 лет – 85, старше 7 лет – 55 человек), средний возраст – 8,5 лет. В таблице представлены данные о наличии и вариантах нарушения речи у обследованных детей.

Таблица 1.

Характеристика речевой функции у детей, страдающих парциальной формой эпилепсии.

	С нарушениями речи		Без нарушений речи
	Абс. число	%	Абс. число
Задержка речевого развития	34	18,4	83
Общее недоразвитие речи	12	6,5	
Нарушение фонетико-фонематического слуха	106	57,3	
Снижение слухоречевой памяти	21	11,4	
Дизартрия	10	5,4	
Афазия	2	1	
Всего:	185	100	83

В работе использовались методы логопедической и нейропсихологической оценки нарушений речи, оценивался IQ (в тех случаях, когда это было возможно по возрасту и состоянию ребенка), изучались материалы истории болезни, данные параклинических исследований. Анализ всей совокупности данных показал наличие связи между парциальной формой эпилепсии и нарушениями речи, между тяжестью речевых нарушений и снижением интеллекта. На возникновение нарушений речи при эпилепсии наиболее сильно влияют следующие особенности клинического течения заболевания:

- дебют в возрасте до 1 года,
- наличие правосторонних парциальных припадков,
- лобнодолевая локализация эпилептического очага.

Факторами риска возникновения речевых нарушений у детей, страдающих парциальной формой эпилепсии, являются – мужской пол, наличие осложнений в течение беременности и родов, задержка раннего физического развития, выявление при КТ/МРТ-исследовании структурных нарушений коры или подкорковых структур головного мозга.

Для практической деятельности клинических психологов и врачей-эпилептологов разработаны критерии объективной психологической оценки речевого развития детей, страдающих эпилепсией, показана связь степени выраженности нарушения речи и тяжести заболевания. Нами предложены методы психологической и логопедической коррекции выявленных нарушений, способствующие уменьшению степени инвалидизации больных эпилепсией детей [8, 9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия А. Р. К учению об афазии // Журн. невропатол. и психиатр. - 1997. –Т. 97. - вып. 1. - С. 135-139.

2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. - М. :Изд. МГУ им. М. В. Ломоносова, 1973. – 374 с.

3. Мастюкова Е. М. ,Благосклонова И. К. Приобретенная детская афазия и эпилепсия // Журн. невропат. и психиатр. - 1989. - Т. 89 - № 6. - С. 53-56.

4. Мельничук П. В. ,Зенков Л. Р. ,Морозов А. А. и др. Нейрофизиологические механизмы афазии при эпилепсии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Т. 90. - вып. 6. - С. 34-40

5. Петрухин А. С. Эпилептология детского возраста. - М. :Медицина, 2000. – 622 с.

6. Тархан А. У., Шлепаков И. М. Исследование процесса распознавания эмоций по голосу для топической диагностики патологических очагов в головном мозге у больных фокальной эпилепсией – Сб. науч. трудов Ленинградского психоневрологич. ин-та, 1984, т. 109, - С. 91-98.

7. Темин П. А. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. - М. :Можайск – Терра, 1997.

8. Троицкая Л. А. Логопедические дефекты при эпилепсии // Ж. неврол. и психиатр. – 2005. - № 7.

9. Троицкая Л. А. Теории возникновения нарушений речи при эпилепсии // Педиатрия, 2005, № 4.

10. Усачёва Е. Л., Полонская Н. Н., Яхно Н. Н. Когнитивные и поведенческие нарушения у детей при эпилепсии // Неврологический журнал. – 1999. - №3 - С. 21-25.

11. Bishop D. V. M. Age of onset and outcome in “aquired aphasia with convulsive disorder” [Landau-Kleffner syndrome]. - Dev. Med. Child Neurol. - 1985 - vol. 27[6]. - P. 705-712.

12. Cohen M. ,Prather A. ,Town P. ,Hynd G. Neurodevelopmental differences in emotional prosody in normal children and children with left and right temporal lobe epilepsy. - Brain. Lang. - 1990. - vol. 38[1]. - P. 122-134.

13. Croona C. ,Kihlgren M. ,Lundberg S. ,Eeg-Olofsson O. ,Eeg-Olofsson KE. Neuropsychological findings in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. - Dev. Med. Child. Neurol. – 1999. - vol. 41[12]. - P. 813-818.

14. Deonna T. ,Peter C. ,Ziegler A. L. Adult folow-up of aquiered aphasia-epilepsy syndrome in childchood. Report of 7 cases. - Neuropediatrics. – 1989. - vol. 20. - P. 132-138.

15. Deonna T. ,Roulet E. ,Fontan D. ,Marcoz J. Speech and oromotor deficits of epileptic origin in benign partial epilepsy of childhood with rolandic spikes [BPERS]. Relationship to the acquired aphasia-epilepsy syndrome. – Neuropediatrics. – 1993. - vol. 24[2]. - P. 83-87.

16. Fedio P. &Mirsky A. F. Selective intellectual deficits in children with temporal lobe or centrencephalic epilepsy. //Neuropsychologia. - 1969. - Vol. 7. - P. 287-300

17. Holmes G. L. ,McKeever M. ,Saunders Z. Epileptiform activity in aphsia of childhood: An epiphenomenon? – Epilepsia. – 1981. – vol. 22. – p. 631-639

18. Jayacar P. ,Seshia S Electrical status epilepticus during slow-wave sleep: a review/- J. Clinical Neurophisiol. - 1991 –vol. 8- p. 299-311

19. Kaga M. Language disorders in Landau-Kleiffner syndrome. – J. Child. Neurol. – 1999 –vol 14 {2} – p. 118-122

20. Korkman M. ,Granstrom M. L. ,Appilqvist K. ,Liukkonen E. Neuropsichological characteristics of five children with the Landau-Kleffner syndrome: dis-

sociation of auditory and fonological discrimination. - J. Int. Neuropsychol. Soc. – 1998. - vol. 4[6]. - P. 566-575.

21. Kurthen M,Helmstaedter C,Linke DB,Solymosi L,Elger CE,Schramm J. Interhemispheric dissociation of expressive and receptive language functions in patients with complex-partial seizures: an amobarbital study. - Brain. Lang. - 1992 - vol. 43[4]. - P. 694-712.

22. Mantovani J. F. ,Landau W. M/ Aquired aphasia with convulsive disorder: course and prognosis – Neurology- 1980- vol. 30, p. 524-530.

23. Tassianari C. ,Bureau M. ,Dravet C. ,et al. Epilepsy with continuous spikes and wives during sleep,in Manelis J. B. E. ,Loerber J. N. ,Dreifuss F. E. (eds.): The XV11 Epilepsy International Symposium. – New York,Raven Press, 1989, p. 359-363.

А. М. Щербакова

ФОРМИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ-СИРОТ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕМЬЕ И РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ – ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПРОИЗВОДСТВА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В 1991 году дети-сироты и дети, лишенные родительского попечения, составляли 1% детского населения, а в 2000 году – почти 2%, то есть за 10 лет осиротение детей возросло в 2 раза. Постоянный рост количества детей, оставшихся без попечения родителей, побуждает искать не только способы помощи этим детям, но и прежде всего пути профилактики сиротства как социального явления. Важнейшим направлением профилактики сиротства мы считаем работу по предупреждению отказов от выполнения родительской роли: будь то отказ от ребенка при его рождении, пренебрежение родительскими обязанностями или жестокое обращение с ребенком вплоть до создания угрозы его здоровью и жизни. Эмпирические данные позволяют говорить о том, что значительная часть (по некоторым свидетельствам, до 80%) матерей, отказывающихся от новорожденных, являются выпускницами детских домов. Среди родителей, не осуществляющих должный уход за детьми или жестоко обращающихся с ними, также велика доля лиц из числа бывших воспитанников детских домов и школ-интернатов. Таким образом, очевидной становится необходимость разработки и реализации специальных программ по формированию у воспитанников образовательных учреждений для детей-сирот полоролевых представлений и по подготовке их к семейной жизни и выполнению родительской роли. Обоснование, отбор содержания и методическое обеспечение таких программ должны основываться на результатах анализа основных положений психологии взросления, а также на данных экспериментальных исследований.

Важнейшим условием обеспечения достаточного уровня готовности подрастающего поколения к решению задач самостоятельного жизнеустройства, в том числе и реализации родительской роли, является семья - источник и опосредующее звено передачи ребенку социально-исторического опыта, и,

прежде всего, опыта эмоциональных и деловых взаимоотношений между людьми. Нарушение с самого раннего возраста условий, необходимых для полноценного психического и социального развития ребенка, препятствует формированию у него способностей, обеспечивающих достижение им подлинной взрослости, приводит к ряду «социальных вывихов», которые проявляются в невладении навыками продуктивного общения, моральном и материальном иждивенчестве, конфликтности системы требований к мужественности и женственности, слабой ориентированности на будущее, особой нормативности. Современная образовательная практика не обеспечивает предупреждение таких «социальных вывихов» у детей-сирот, что приводит к неуспешности их попыток самостоятельного жизнеустройства, в частности, в роли супруга, родителя.

Усвоение и присвоение (принятие) ценностей и социальных ролей взрослых во многом обеспечивается через идентификацию, которая является одним из главных механизмов социализации индивида и преобразования его в личность. В процессе идентификации субъект идентификации осуществляет преимущественно подсознательное психическое уподобление объекту идентификации (модели). Идентификация приводит к поведенческим последствиям – подражанию действиям и переживаниям объекта идентификации, интериоризации его ценностей и установок. В исследованиях зарубежных и отечественных психологов в первую очередь указывается на значимость идентификации ребенка с родителями, которая начинается уже с конца младенческого периода развития. «Так или иначе идентификация оказывается важнейшим процессом, лежащим в основе всей группы феноменов субъективного уподобления и связывания, точнее, важнейшей психической деятельностью, идущей навстречу социальным влияниям, формирующим самосознание» [14]. Таким образом, основным условием развития личности является включенность ребенка в человеческие отношения и человеческое общение. Семья предоставляет ребенку разнообразные поведенческие модели, на которые он будет ориентироваться, приобретая свой собственный социальный опыт.

Воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей, в условиях интернатного учреждения искажает процесс его ролевой социализации.

Стереотипы женского и мужского поведения входят в самосознание через опыт общения и идентификацию с представителями своего пола. Свою половую принадлежность ребенок из семьи устанавливает рано: на протяжении дошкольного детства он усваивает многие поведенческие формы, интересы и ценности своего пола. Дошкольники-сироты хорошо знают о своей принадлежности к полу, стремятся утвердить себя как мальчика или девочку и в этом они мало отличаются от детей, воспитывающихся в семье. Однако их половая идентификация имеет свои качественные отличия. Если дети в семье идентифицируются с родителями, с близкими родственниками и со сверстниками, то дети, лишенные родительского попечительства, идентифицируются, прежде всего, со своими сверстниками, то есть мальчиками и девочками из группы [9]. Смутное представление о различиях полов, о будущей половой роли в семье затрудняют формирование эталонов, гендерных стереотипов и нормативных ориентаций.

Отсутствие нормальных для обычного ребенка контактов (семья, друзья,

соседи) приводит к тому, что образ их социальной роли создается на основе противоречивой информации, получаемой ребенком из различных источников. Ребенок, оставшийся без родительского попечения, не имеет возможности наблюдать и испытывать по отношению к себе со стороны взрослого чувство любви, признание ценности. Поэтому высока вероятность того, что в будущей семейной жизни выпускник детского дома (школы-интерната) не сможет адекватно относиться к своим детям. Описаны случаи, когда отказ от ребенка наблюдается последовательно в нескольких поколениях одного рода: например, бабушка была воспитанницей детдома, в детских домах провели все детство ее дети, а теперь и ее внуки разбросаны по интернатам [6]. Исследование представлений сирот-учащихся ПТУ о своем будущем выявило неприятие для себя роли супруга и/или родителя (там же). Большинство родителей, проявляющих жестокость по отношению к своим детям, имели собственный негативный детский опыт (сами испытали насилие, отвержение в своей семье, были сиротами). В исследовании матерей-отказниц [1] показано, что в основе отказа от ребенка лежит кризис, вызванный конфликтом мотивационно-потребностной сферы, обусловленным проблемой принятия женщиной своей материнской роли. Независимо от типа личности матерей-отказниц для них характерен неблагополучный анамнез – мать в детстве была объектом отвержения или испытывала дефицит любви со стороны собственной матери. Таким образом, воспитанники и выпускники учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, являются группой риска по отказу от детей вследствие несформированности полоролевых представлений и неготовности к выполнению родительской роли.

Проиллюстрируем выдвинутые положения данными исследований, выполненных под нашим руководством. Целью исследования А. Кудрявцевой (2005) было выявление представлений о семье и детско-родительских отношениях у детей-сирот младшего школьного возраста. В исследовании принимали участие дети-сироты как имевшие опыт воспитания в семье (дети, отобранные у родителей по решению суда), так и с рождения воспитывавшиеся вне семьи. Сопоставление этих групп испытуемых дало возможность увидеть значение опыта семейных взаимоотношений в формировании интересующих нас представлений. Важно отметить, что среди сирот были дети с нормальным интеллектом и их умственно отсталые сверстники. Кроме того, к исследованию были привлечены умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье. Сравнение данных с учетом уровня умственного развития позволило уточнить роль интеллектуального фактора в формировании представлений о семье и детско-родительских отношениях.

Прежде всего, важно было выяснить общие представления о семье, имеющиеся у различных групп детей. Адекватным признавался ответ, дающий определение семьи, в котором указывалось на присутствие в ней детей, а также выделялся такой признак, как наличие эмоциональной связи между членами семьи. Кроме того, ожидалось, что дети могут раскрыть значение детей для родителей и рассказать про обязанности родителей по отношению к детям.

Табл. 1.

Особенности представлений детей-сирот о семье.

Параметры	Умственно отсталые сироты, не имеющие опыта развития в семье (%)	Умственно отсталые сироты, имеющие опыт развития в семье (%)	Сироты с нормальным интеллектом, имеющие опыт развития в семье (%)	Умственно отсталые дети из семей (%)
1. Возможность дать определение понятию «семья»	0	16,7	16,7	41,7
2. Наличие представлений о хорошей семье	16,7	25	25	75
3. Выделение эмоциональной связи (любви) как важнейшей характеристики семьи	16,7	16,7	25	58,3
4. Понимание значения и роли детей	8,3	16,7	8,3	41,7
5. Понимание родительской роли	0	33,3	8,3	50

Обсудим представленные данные. Воспитанники учреждений для детей-сирот, как имеющие, так и не имеющие опыта воспитания в семье, пытаясь определить понятие «семья», давали следующие ответы:

- перечисляли названия членов семьи (в различных комбинациях);
- указывали на то, что это некое множество людей: «когда все вместе»; «когда все вместе живут в одном доме» (вопрос: «Группа – это семья?», ответ: «Да»); «это когда много людей»; «это когда есть дети» (вопрос: «Интернат – семья?», ответ: «Да»);
- «семья – это родители» (частый ответ детей-сирот с нормальным интеллектуальным развитием);
- в отличие от умственно отсталых детей, воспитывающихся в семье, у детей-сирот всех групп встречались лишь единичные указания на то, что главный признак семьи – это чувство любви между ее членами.

Рассказывая о том, какую семью можно считать хорошей, умственно отсталые сироты (и имевшие опыт воспитания в семье, и «отказные») говорили о следующем: «Наверное, все семьи хорошие», «Хорошая семья - это когда все в сборе», «В хорошей семье все живут хорошо», «У меня была хорошая семья, меня сюда просто отдали, чтоб учиться, а потом домой заберут». При этом умственно отсталые сироты утверждают, что именно они имеют хорошую семью: «У меня хорошая семья», «У меня дома хорошая семья», «У меня с папой хорошая семья, а с мамой – не знаю, она к нам не приезжает». Дети-сироты с

нормальным интеллектуальным развитием чаще всего утверждают, что хорошую семью не видели нигде. Интересно, какие источники сведений о хорошей семье называют дети: телевизор (мультфильм «Биттлборги», сериал «Беверлихиллз», фильм «Бетховен»), поездки за границу (в Канаду, в Италию: «Там мы играли в сегу, нас хорошо кормили, мы ездили в бассейн»), единичные выезды в гости («Хорошая семья у тети Маши из студии, я к ней домой ездила»), наблюдения («К Тане папа приезжает, он очень добрый. У них хорошая семья»), посещения зоопарка («семья обезьян»). В отличие от приведенных примеров, умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье, дают распространенные описания хорошей семьи: «В хорошей семье папа воспитывает детей, помогает им и маме. А мама обо всех заботится, убирается в доме, всем завтрак готовит. Если кто-то заболел, за ним ухаживают. В хорошей семье все живут долго и счастливо, любят друг друга и никого не обижают». «В хорошей семье все хорошо живут, дружно, помогают друг другу, не ссорятся, не ругаются. Там родители любят своих детей, дети себя хорошо ведут и не делают так, чтобы родителям было плохо». Умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье, могут признавать несовершенство своей семьи («Хорошая семья у моих подруг. У меня тоже хорошая семья, но у меня нет мамы, а у них есть, поэтому их семьи лучше»). Такие ответы почти не встречаются у детей-сирот, которые склонны вытеснять факт неблагополучия своей семьи: «Помню маму, что она добрая и вежливая, все время с папой ссорилась. Папа ушел от мамы, то есть она его выгнала, потому что он ее не слушался. У меня хорошая семья. Правда, папа от мамы ушел, но они скоро помирятся».

Говоря об отношении родителей к детям, умственно отсталые сироты, не имеющие опыта воспитания в семье, утверждают, что все родители любят своих детей. Мы предполагаем, что в таких ответах проявляется неспособность данной категории сирот осознать свою жизненную историю в контексте родительски-детских отношений. В то же время часть умственно отсталых детей, какое-то время воспитывавшихся в семьях, признает, что родители могут не любить своего ребенка (себя они не имеют в виду). Практически все дети-сироты, признающие, что не все дети любимы своими родителями, вину за это возлагают на ребенка: «Тех, кто балуется, не любят», «Всех любят, кроме бандитов». Почти все умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье, в своих ответах отмечали, что есть «плохие» родители, не любящие своих детей, бросающие их (отдающие в интернат, детский дом). Дети-сироты таких ответов не давали.

Понимание предназначения детей было также различным в разных группах испытуемых. Умственно отсталые дети-сироты, не имеющие опыта воспитания в семье, не смогли взглянуть на отношение к детям с точки зрения родителей. Фактически они отвечали на вопрос, что нужно детям: «Дети нужны, чтобы им деньги давать; чтоб покупать им вещи; чтоб приезжать к ним; чтоб их из интерната забирать». Мы видим, что для детей этой группы пребывание в интернате отдельно от семьи воспринимается как естественное положение вещей. Дети-сироты, имевшие опыт воспитания в семье (как умственно отсталые, так и с нормальным интеллектуальным развитием) чаще всего отвечают: «Я не знаю, зачем нужны дети». По нашему мнению, в таких ответах отражается то, что дети оказываются неспособными объяснить себе

ситуацию, сложившуюся в их жизни. С другой стороны, практически все умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье, отвечали: «Дети нужны для того, чтобы помогать родителям; дети нужны, чтобы в семье было весело и чтобы помогать родителям, когда они станут старше; чтобы родителям веселее было; чтоб они радовались, глядя на детей; чтоб им не скучно было; чтоб дети выросли и помогали им в старости». Таким образом, «домашние» дети, несмотря на интеллектуальную недостаточность, могут «примерить» на себя роль родителя, в отличие от детей, оставшихся без попечения родителей.

Характер ответов на вопрос, для чего нужны родители, также зависел от наличия или отсутствия у детей опыта пребывания в семье. Умственно отсталые дети-сироты, с рождения воспитывавшиеся в сиротских учреждениях, давали следующие ответы: «Не знаю, для чего нужны родители», «Мама нужна, чтоб родить ребенка и приезжать к нему в интернат, папа нужен, чтоб с мамой приезжать», «Мама нужна, чтоб забирать детей из интерната, чтоб они побыли дома немного и опять вернулись в интернат; папа нужен, чтобы тоже забирать детей и работать». Такие ответы еще раз подтверждают, что для детей данной категории ситуация воспитания ребенка отдельно от семьи воспринимается как данность. Дети-сироты, имевшие опыт воспитания в семье, независимо от уровня интеллектуального развития, в своих ответах ориентировались на функциональные характеристики роли родителей, или затруднялись в ответах (чаще всего по поводу роли отца): «Мама нужна, чтобы ухаживать за детьми, мыть, одевать. А папа не знаю, зачем нужен», «Мама нужна, чтоб она кормила, одевала. Папа нужен, чтоб быть строгим и ругаться».

Приведем пример высказываний одного ребенка-сироты с нормальным состоянием интеллекта, имеющего опыт воспитания в семье:

«Семья – это мама, папа, дочка, сестра. Мама нужна, чтобы кормить и следить за дочкой, папа нужен, чтобы уважать детей. Я помню своих родителей. Моя мама была очень хорошая. Не знаю, зачем родителям нужны дети. Родители любят всех детей, только тех, кто балуется, не любят. Да, у меня дома хорошая семья».

Мы предположили, что характер представлений детей-сирот о семье уточнит выполненный ими рисунок семьи. Рамки настоящего сообщения не позволяют привести развернутый анализ результатов выполнения этого задания, обратим внимание лишь на то, что адекватный возраст членов семьи дети могут определить в зависимости от наличия опыта пребывания в семье и независимо от уровня интеллектуального развития. Также следует обратить внимание на то, что дети-сироты, никогда не воспитывавшиеся в семье, могут дать образ семьи без детей. С другой стороны, некоторые дети-сироты, имевшие опыт развития в семье, не включают родителей в рисунок семьи. Во всех группах детей-сирот присутствовали рисунки неполных семей.

В группе умственно отсталых детей, воспитывающихся в семье, ни один ребенок не изобразил неполной семьи, хотя некоторые дети живут в таких семьях. Возможно, это связано с тем, что они имеют большой опыт общения с другими семьями и представляют себе семью с идеальной точки зрения. В данной группе все дети адекватно представляют себе семейные роли, а в возрастных рамках членов семьи ориентируется 83,3% детей (это напрямую связано с их ориентацией на свой опыт жизни в семье при рисовании).

Таблица 2.

Анализ рисунка семьи.

Параметры/ Категории детей	Умственно отсталые сироты, не имеющие опыта развития в семье (%)	Умственно отсталые сироты, имеющие опыт развития в семье (%)	Сироты с нормальным интеллектом , имеющие опыт развития в семье (%)
1. Адекватные представления о возрастных рамках каждого члена семьи	16,7	66,7	66,7
2. Рисунок семьи без детей	16,7	0	0
3. Рисунок семьи без родителей		8,3	8,3

После статистической обработки результатов (с использованием критерия χ^2 на уровне значимости α=0,05) можно заключить, что умственно отсталые дети-сироты, не имеющие опыта жизни в семье, не имеют адекватных представлений о возрастном статусе членов семьи. Также можно сказать, что дети-сироты с нормальным интеллектом изобразили наибольшее количество неполных семей, и это отличие является статистически значимым.

Изучение воспоминаний сирот о прошлом показало следующее. Среди умственно отсталых детей-сирот, не имеющих опыта жизни в семье, наибольший процент детей (различие является статистически достоверным) из всех групп имеет выдуманные воспоминания о прошлом, чтобы объяснить свое пребывание в детском доме. Эти дети не принимают того факта, что у них никогда не было семьи, поэтому они придумывают, что когда-то у них были любящие родители и они жили в семье, но потом родители умерли, т. е. отказались от них не по своей воле, а просто так сложились обстоятельства. По остальным параметрам не выявлено статистически значимых различий между группами.

Также в исследовании использовался стимульный материал к Детскому апперцептивному тесту (CAT), но проводили мы его в соответствии с разработанной нами процедурой. Необходимость разработки авторской процедуры обусловлена тем, что дети-сироты практически не дают рассказов по картинкам, чего требует стандартное задание. Мы предлагаем детям раскладывать картинки в две стопки: слева те, которые вызывают активные отрицательные переживания («не нравятся»), а справа те, которые воспринимаются положительно или нейтрально. Затем мы просим детей прокомментировать свой выбор: объяснить, почему та или иная картинка была отложена в соответствующую стопку. По нашему представлению, сам факт неприятия той или иной картинки дает информацию о круге тех ситуаций и отношений, которые являются значимыми и остро переживаются ребенком. Комментарии детей позволяют уточнить содержание переживаний. Кроме того, по нашим наблюдениям, ситуация выбора облегчает детям высказывание: стремясь обосновать свое решение, они дают содержательные и развернутые ответы. В таблице приведены данные по картинкам, которые дети наиболее часто откладывали в стопку «не нравятся».

Табл. 3.

Темы, наиболее отрицательно воспринимаемые детьми-сиротами.

Параметры	Умственно отсталые сироты, имеющие опыт развития в семье	Умственно отсталые сироты, не имеющие опыта развития в семье	Сироты с нормальным интеллектом, имеющие опыт развития в семье	Умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семьях
1 место (по числу отрицательных выборов)	H10 (Ребенок, лежащий на коленях у взрослого человека. Обе фигуры с минимумом выразительных черт. Фигуры расположены на переднем плане в ванной комнате).	S10 (Беременная кошка с большим животом и кривым фартуком).	H4. (Мать идет с корзинкой. У нее на руках находится маленький ребенок. Ребенок постарше едет сзади на велосипеде).	H7 (Вампир гонится за ребенком).
2 место (по числу отрицательных выборов)	S10 (Беременная кошка с большим животом и кривым фартуком).	A7 (Тигр с обнаженными клыками и когтями, прыгающий на обезьяну) и A10 (Щенок, лежащий на лапах взрослой собаки в туалете).	H7. (Вампир гонится за ребенком).	H10 (Мальчик, лежащий на коленях у взрослого мужчины в ванной комнате).

Как отмечено выше, сравнивалось количество отрицательных выборов картинок. В результатах этой методики также наблюдаются различия между группами. В группе умственно отсталых детей-сирот, имевших опыт жизни в семье, большинство отрицательных выборов пало на картинку H10, которая связана с темой туалета, причем во многих детских рассказах возникает тема агрессии (дети говорили, что взрослый бьет или обижает ребенка). На втором месте стоит картинка S10, изображающая беременную кошку. При этом в комментариях детей тема беременности не возникает, они говорят о том, что «кошка противная», «обожралась» и т. п. Мы предполагаем, что дети вытесняют факт беременности, так как в результате нее появляются дети, которых родители бросают на произвол судьбы.

В группе умственно отсталых детей, с рождения воспитывавшихся вне семьи, эта картинка занимает первое место. Второе место в этой группе раз-

делили 2 картинки: карточка А7, изображающая тигра, прыгающего на обезьяну, и карточка А10, связанная с темой туалета, причем многие дети говорили, что взрослый либо наказывает ребенка, либо хочет его ударить. То есть эти дети также воспринимают взрослого как враждебную по отношению к ребенку фигуру.

В группе детей-сирот с нормальным интеллектуальным развитием наибольшее количество выборов пало на картинку Н4, на которой изображена мама, несущая на руках ребенка, а другой ребенок едет сзади на велосипеде. В своих комментариях дети замечают, что второй ребенок (на велосипеде) тоже хочет, чтобы мама понесла его на руках (то есть, они испытывают сильную потребность в родительской ласке и заботе и в то же время чувствуют ее недостижимость). Второе место в данной группе занимает картинка Н7, на которой изображен вампир, гонящийся за маленьким мальчиком. Все дети подмечали, что вампир хочет обидеть малыша.

У умственно отсталых детей, воспитывающихся в семье, наибольшее число негативных выборов совершено относительно картинки Н7 (вампир гонится за мальчиком), а на втором месте – картинка Н10, где нарисован взрослый, держащий на коленях ребенка, причем почти все дети сообщали, что взрослый бьет своего ребенка, то есть они также воспринимают взрослого как враждебную фигуру.

Таким образом, негативное переживание страха в ситуации нападения на слабого (Н7|А7), ощущение беспомощности перед взрослым и ожидание насилия с его стороны (Н10|А10) характерно для детей всех групп независимо от условий воспитания и уровня интеллектуального развития. Специфическим для детей-сирот является неприятие образа беременности (S10) и негативные переживания ситуации родительски-детского взаимодействия (Н4).

Подводя итоги описываемого исследования, можно сделать следующие выводы.

Понимание эмоциональной связи как основы любой семьи присутствует только у 16,7% умственно отсталых детей-сирот, как имеющих, так и не имеющих опыт воспитания в семье, и у 25% детей-сирот с нормальным интеллектуальным развитием. Среди умственно отсталых детей, воспитывающихся в семье, такую характеристику выделяют 58,3% детей. Различие между детьми-сиротами всех групп и детьми, проживающими в семьях, является статистически достоверным.

Адекватное понимание роли и значения ребенка в семье показали не более 16,7% испытуемых из числа детей-сирот всех рассматриваемых категорий, в то время как умственно отсталые дети, воспитывающиеся в семье, дали 41,7% адекватных ответов. Адекватными признавались такие ответы, в которых учитывалась специфика семейных отношений (например, «дети нужны, чтобы помогать родителям, когда вырастут»). Неадекватными считались ответы, в которых были учтены интересы только одной стороны (например, «дети нужны, чтобы покупать им гостинцы»). Итак, дети-сироты, не имеющие опыта жизни в семьях, и сироты с нормальным интеллектом не понимают значения и роли ребенка в семье (это статистически значимые различия). Также во всех группах присутствуют и качественные различия в представлениях о предназначении детей. В группе умственно отсталых сирот, не воспи-

тывавшихся в семье, большинство испытуемых отвечают, что не знают, зачем нужны дети. Аналогичные ответы дали испытуемые из числа детей-сирот с нормальным интеллектуальным развитием, имеющие опыт воспитания в семье. В группе умственно отсталых детей-сирот, также имевших опыт воспитания в семье, большая часть испытуемых ответила, что дети нужны для того, чтобы родители приносили им гостинцы и ухаживали за ними. Такие различия в ответах испытуемых мы объясняем следующим. Умственно отсталые дети-сироты, не знавшие родительского попечения, не могут (вследствие умственной недостаточности, с одной стороны, и отсутствия необходимой информации, с другой) сформировать соответствующие представления. Их нормально развивающиеся сверстники-сироты, на наш взгляд, не могут соотнести имеющиеся у них представления со своим личным опытом ребенка, брошенного родителями на произвол судьбы. Иными словами, то, что они не дают ответа на вопрос о роли и значении детей в семье, связано не с непониманием данного вопроса, а с отказом углубляться в предложенную тему, имеющим защитный характер. Содержание ответов умственно отсталых сирот, имевших опыт воспитания в семье, продиктовано, на наш взгляд, стремлением заместить утерянные отношения с родителями материальными благами. Возможно, такое решение проблемы своих отношений с родителями умственно отсталыми сиротами связано с меньшей остротой интеллектуального и эмоционального конфликта, переживаемого их нормально развивающимися сверстниками при попытках осмыслить свой жизненный опыт.

Представления о хорошей семье у всех детей-сирот искажены. Некоторые дети отвечали, что их семья хорошая («У меня дома хорошая семья»), идеализируя ее, и тем самым принимая образец построения семьи, при котором возможен отказ от детей. Многие дети из интерната отвечали, что видели хорошую семью у своих товарищей, которых регулярно навещает один из родителей. При этом основой образца семьи также становится негативный пример, при котором дети воспитываются отдельно от родителей. В группе детей с нормальным интеллектом есть дети, которые некоторое время воспитывались в приемной семье. Эту семью они и ставят в пример в качестве хорошей. В группе воспитывающихся в семье умственно отсталых детей адекватные представления о хорошей семье выдвинули 75% испытуемых, причем многие из них подробно раскрыли это понятие и указали на родительскую любовь как основу такой семьи. Различия между всеми группами детей-сирот, с одной стороны, и группой «домашних» детей, с другой, в количестве адекватных характеристик хорошей семьи являются статистически значимыми.

Обобщив все полученные данные и проведя их статистическую обработку с использованием критерия χ^2 на уровне значимости α=0,05, можно выделить специфику представлений о детско-родительских и семейных отношениях у умственно отсталых детей-сирот, не имеющих опыта жизни в семье:

1. У таких детей наибольшее количество придуманных воспоминаний о своем прошлом с целью объяснения своего пребывания в детском доме. У детей-сирот других категорий такие воспоминания выявлены не были.

2. Такие дети не имеют адекватных представлений о возрастных рамках членов семьи, о роли родителей, в большинстве своем не понимают значение и роль ребенка в семье.

Также были выделены особенности представлений о семейных и детско-родительских отношениях всех детей-сирот (по сравнению с умственно отсталыми детьми из семей): большинство детей-сирот не имеют адекватных представлений о хорошей семье; не указывают на эмоциональную связь и любовь как основу любой семьи.

В группе детей-сирот с нормальным интеллектом были выявлены следующие особенности: большая часть детей данной группы имеет образ неполной семьи, а также заявляет о своем непонимании значения и роли детей в семье.

Умственно отсталые дети, живущие в семьях, имеют наиболее адекватные представления о детско-родительских отношениях и хорошей семье и понимают, что эмоциональная связь и любовь между родителями и детьми является основой семейных взаимоотношений.

Итак, по итогам исследования можно заключить, что у всех детей-сирот нарушено понимание семейных и детско-родительских отношений (по сравнению с умственно отсталыми детьми из семей), но у детей, не имеющих опыта развития в семье, они искажены намного больше, чем у детей, воспитывавшихся в семьях. Особого внимания заслуживает тот факт, что между представлениями о семье и детско-родительских отношениях умственно отсталых детей-сирот, имеющих опыт развития в семьях, и детей-сирот с нормальным интеллектом нет статистически значимых различий. Мы увидели, что уровень сформированности данных представлений не зависит от интеллектуальных возможностей детей. Именно опыт сиротства, отсутствие постоянных, значимых эмоциональных взаимоотношений между ребенком и взрослым обедняет и искажает представления о семье.

Сравнительное исследование представлений умственно отсталых подростков-сирот об идеальном образе представителя противоположного пола, выполненное под нашим руководством Е. Мироновой, показало следующее. Тогда как подростки из семей в мечтах о семье реализуют потребность в доверительных, близких отношениях, во взаимной любви, ответственности, заботе, для подростков-сирот семья в большей степени является элементом нормального социального статуса, иногда средством получения определенной выгоды. Кроме того, в отличие от своих сверстников, воспитывающихся в семье, подростки-сироты одной из значимых причин желания иметь в будущем семью называют стремление избежать страха одиночества, что понятно, если учитывать, что главным среди своих страхов эти подростки называют страх одиночества (95% ответов). Кроме того, выявлено, что девушки-сироты в большей степени, чем юноши, испытывают дефицит реалистичных представлений о том, как должны выстраиваться отношения между мужчиной и женщиной.

Можно предположить, что недостаточные и искаженные представления будут негативно влиять на последующую семейную жизнь выпускников учреждений для детей-сирот и на выполнение ими своей родительской роли.

Необходимость решения задачи формирования у детей готовности к семейной жизни и выполнению родительской роли не вызывает сомнения. С другой стороны, также очевидны проблемы, встающие на пути решения такой задачи. Главной проблемой является отсутствие у детей-сирот положи-

тельного образца идентификации, полной и эмоционально принимаемой модели семьи. Отсюда первым шагом в решении означенной задачи мы видим поиск материала для идентификации, отвечающего возможностям восприятия детьми-сиротами на различных возрастных этапах и в зависимости от уровня их интеллектуального развития. Следующей проблемой является соотнесение формируемых представлений о семье, роли родителей с личным опытом детей? Как быть с идеализацией собственной семьи, наблюдающейся, как мы показали выше, у значительной части детей-сирот? Разрушение защиты, используемой ребенком («Моя семья хорошая; мои родители хорошие»), с целью «поставить его перед реальностью», что часто практикуется, по нашим наблюдениям, сотрудниками учреждений, не поможет ему принять более продуктивную модель семьи. Тем не менее, сирота нуждается в помощи для того, чтобы осмыслить свою жизненную историю и сделать выводы, которые станут опорой в их дальнейшей самореализации. Наблюдаемое у части детей противоположное, обвиняющее отношение к родителям, неспособность простить их также являются препятствием для создания позитивных отношений с будущим супругом и детьми.

Отбор содержания программ формирования адекватных полоролевых представлений и семейных ценностей должен опираться на нормативные закономерности становления таких представлений, усвоения социальных ролей и ценностей. Кроме того, необходимо наличие условий, в которых можно было проводить такую работу, включая создание особой среды (уголки домашнего быта, игр в дочки-матери) и организацию специальных занятий: разъяснительных бесед, сюжетно-ролевых игр, тренингов.

К общим рекомендациям можно отнести следующие:

- Работу по формированию у детей-сирот представлений о семье, роли родителей, родительски-детских отношениях следует начинать как можно раньше.
- Необходимым условием осуществления такой работы является предоставление детям соответствующего образца (модели).
- Эффективность усвоения той или иной роли определяется возможностью использовать ее в реальной ситуации.
- В ходе образовательного процесса реальные ситуации моделируются в ролевых играх, тренингах и т. п.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брутман В. И. Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь // Материалы Всерос. научно-практ. конф. (Москва, 22–25 сентября 1998 г.). - М., 1998.

2. Грибанова Г. В. Межличностные отношения между взрослыми и детьми в условиях детского дома // Дефектология. - 1994, № 6. - С 13–18.

3. Голик А. А. Социальная психиатрия сиротства. – 2001.

4. Дементьева И. Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика. Сер. «Семья и воспитание». - М. : Гос. НИИ семьи и воспитания, 2000.

5. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е. А. Стребелевой. - М., 1998.

6. Зарецкий В. К. Дубровская М. О. Ослон. В. Н., Холмогорова А. Б. Пути решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. - 2002.

7. Комплексная помощь семье с приемным ребенком / Под ред. А. М. Щербаковой. - М., 2002.

8. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. - 1984.

9. Мухина В. С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. – 1989, № 1.

10. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Дети без семьи. - М. : Педагогика, 1990.

11. Программа социально-психологического развития детей для образовательного учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей // Социальная защита детства. Вып. 3. - М., 2000.

12. Профилактика социального сиротства / Под ред. А. М. Щербаковой. – Боровичи, 2004.

13. Социально-психологическая карта воспитанника образовательного учреждения для детей-сирот // Социальная защита детства: Вып. 3. - М., 2000.

14. В. В. Столин. Самосознание личности. - М., 1983.

15. Щербакова А. М., Москоленко Н. В. Формирование социальной компетентности воспитанников специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Методические рекомендации // Дефектология, 2001, №№ 3, 4.

16. Эриксон Э. Теория личности. Психология личности. В 2-х томах. т. 1. - Самара, Бахрах, 1996.

17. Юдицева Н. Н. Основные тенденции социализации подростков интернатных учреждений для детей-сирот // Социальная защита детства. Вып. 3. - М., 2000.

В. С. Собкин, Д. В. Адамчук

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ВРЕМЕННЫЕ РЕСУРСЫ И СТРУКТУРА СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ[1]

Центр социологии образования РАО (Москва).

Досуг подростка. Досуг принято рассматривать как один из главных компонентов в общей структуре режима дня. Это то время, которым распоряжается подросток по своему личному усмотрению. Здесь, как правило, удовлетворяются его личные потребности и интересы. Поэтому при анализе структуры досуга особое значение имеют те виды активности (деятельности), через которые и реализуются соответствующие потребности и интересы. В этой связи изучение структуры досуга подростка, с одной стороны, выводит нас на понимание тех возрастных изменений, которые касаются мотивационно-потребностной сферы личности, ее направленности, а с другой, характеристика досуга (через значимость для подростка тех или иных видов деятельности) позволяет дать собственно социологическое описание тех поведенческих стилей, жизненных укладов, которые определяют культурное своеобра-

[1] Окончание. Начало см. в «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2006 (6), № 2.

зие подросткового возраста. Как правило, основным «индикатором» для характеристики *структурных* особенностей досуга выступает ценностная значимость (рейтинг, предпочтение) соответствующих видов деятельности.

Выше мы довольно подробно рассмотрели то время, которое отводится школьником на ночной сон и подготовку домашних заданий. Достаточно просто с учетом нормативов учебной нагрузки подсчитать и то время, которое занимает учеба в школе, а также ориентировочно оценить временные затраты на прием пищи и на дорогу в школу. Учет перечисленных временных затрат позволяет выявить тот резерв времени, который и определят досуг подростка в будние дни. С известной долей приближения ориентировочно в 7-м классе резерв свободного времени составляет 4,4 часа; в 9-м — 5,0; в 11-м — 4,9 часа. Распределение времени в режиме дня школьников разных возрастных групп приведено в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение времени в режиме дня (будние дни) у учащихся разных возрастных групп с учетом данных настоящего опроса и нормативов учебной нагрузки (часы).

	7-й класс юноши	7-й класс девушки	9-й класс юноши	9-й класс девушки	11-й класс юноши	11-й класс девушки
Сон	8,4	8,4	8,1	7,8	7,5	7,4
Домашнее задание	2,6	2,8	3,2	2,7	2,3	2,9
Гигиенические процедуры	0,6	0,7	0,7	0,8	0,6	0,8
Прием пищи	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Учеба в школе	4,7	4,7	4,8	4,8	5,0	5,0
Время на дорогу	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Школьные перемены	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Свободное время	4,6	4,2	4,0	4,7	5,4	4,8

Последняя строка в таблице фиксирует ресурс свободного времени, который подросток может тратить на различные виды занятий.

Как же содержательно используется этот временной ресурс? Ответ на данный вопрос, характеризующий структуру досуга, мы можем получить, проанализировав предпочтения учащихся относительно занятий различными видами деятельности в свободное от учебы время (см. табл. 3). Как видно из приведенных в таблице данных, наиболее значимым видом деятельности в свободное от учебы время является «общение с друзьями». На это указали 63,4% респондентов. Данный результат вполне предсказуем, поскольку в период подростничества принципиальное значение приобретает именно интимно-личностное общение со сверстниками [1, 13].

Таблица 3.

Предпочтение занятий различными видами деятельности в свободное от учебы время (%).

Варианты ответов	Общее	Юноши			Девушки		
		7-й класс	9-й класс	11-й класс	7-й класс	9-й класс	11-й класс
Общение с друзьями	63,4	45,2	55,6	61,7	63,4	76,7	76,5
Просмотр телепередач	58,9	60,7	62,8	54,8	62,4	59,6	49,7
Общение с компьютером	38,8	56,8	56,9	54,8	28,6	22,6	16,7
Занятия спортом	32,8	39,1	42,1	50,7	24,7	22,6	22,8
Чтение книг	29,5	33,1	24,7	25,9	37,6	26,7	28,4
Прослушивание радио	28,8	14,8	21,5	23,9	22,3	44,2	44,9
Просмотр видео	24,3	31,0	34,5	21,6	19,0	20,5	17,6
Чтение газет, журналов	18,9	12,4	13,4	15,9	26,4	22,8	21,2
Посещение развлекательных заведений	17,7	10,3	14,4	16,4	11,2	22,1	32,7
Занятие домашним хозяйством	12,6	10,3	7,7	6,1	21,1	15,6	12,0
Посещение образовательных курсов и репетиторов	9,0	3,2	6,7	16,4	4,7	8,7	17,4
Посещение театров	7,8	3,9	2,7	4,6	9,6	11,0	14,4
Посещение концертов	6,9	3,7	5,2	7,5	8,4	7,4	9,5
Посещение факультативов, кружков	6,7	6,7	4,8	5,5	11,5	7,0	3,8
Совершение путешествий, экскурсий	6,6	3,7	3,6	2,9	11,4	7,7	9,5
Посещение музеев, выставок	6,0	7,7	2,7	2,3	11,5	5,5	5,0
Работа, зарабатывание денег	4,8	4,7	6,3	10,7	0,8	3,3	5,2
Общение со взрослыми	3,9	4,1	3,8	2,9	3,9	4,6	3,2
Занятия туризмом	3,8	2,8	4,4	4,6	2,2	3,9	5,4

Второе по значимости место в структуре досуга занимает «просмотр телепередач» (58,9%). При этом следует заметить, что, по материалам наших предыдущих опросов, в среднем на ежедневные телепросмотры школьники тратят 2,3 часа в будние дни (причем около 60% уделяют им более двух часов в день). Поэтому просмотр телепередач, занимающий значительную часть ежедневного временного ресурса в свободном времени школьника, следует рассматривать как важную стилеобразующую компоненту проведения досуга. Как видно из таблицы, подростки придают высокую значимость и целому ряду других видов деятельности: «общение с компьютером» (38,8%), «занятия спортом» (32,8%), «чтение книг» (29,5%), «прослушивание радио» (28,8%), «просмотр видео» (24,3%), «чтение газет и журналов» (18,9%), «посещение развлекательных заведений» (17,7%), «занятия домашним хозяйством» (12,6%) и «занятия на образовательных курсах и с репетитором» (9,0%).

С целью более детального анализа гендерных и возрастных различий нами был предпринят специальный факторный анализ, приведенных в табл. 3 данных. Для этого использовался метод главных компонент с последующим вращением Varimax Кайзера. В результате факторного анализа были выделены следующие три фактора, описывающие 95,0% общей суммарной дисперсии.

Структура первого биполярного фактора **F1** (47,6%) «экстраверсия, потребление — интроверсия, достижение» выглядит следующим образом:

Посещение театров	.97
Общение с друзьями	.93
Прослушивание радио	.91
Посещение концертов	.81
Чтение газет, журналов	.81
Совершение путешествий, экскурсий	.81
Посещение развлекательных заведений	.78
Общение с компьютером	-.99
Занятия спортом	-.88
Просмотр видео	-.79

Данный фактор, на наш взгляд, весьма содержателен и позволяет выделить по меньшей мере два семантических параметра, которые характеризуют специфику деятельностей, сгруппировавшихся на его противоположных полюсах. Во-первых, можно заметить, что одним из отличительных моментов для занятий, определяющих отрицательный полюс, является их «индивидуальный» и «непубличный» характер, и, напротив, значительное число деятельностей, определяющих содержание положительного полюса, ориентировано на различные формы коммуникации и общения («общение с друзьями», «просмотр театральных спектаклей», «посещение развлекательных заведений», «экскурсии»). Условно эту оппозицию между полюсами можно охарактеризовать в терминах «интроверсия—экстраверсия». Второй момент, на который следует обратить внимание, связан с тем, что деятельности, группирующиеся на отрицательном полюсе (спорт, общение с компьютером) в большей степени ориентированы на *достижение результата.* Более того, если учесть, что значительное время в общении с компьютером у подростка занимают компьютерные *игры* (и в этом смысле в спорте также выражено *игровое начало*), то вслед за Й. Хейзингой, можно рассматривать отрицательный полюс как полюс, фиксирующий стремления к реализации агонистических установок на борьбу, проти-

воборство. Противоположный же, положительный, полюс определяют деятельности, в большей степени ориентированные не столько на достижение результата, сколько на потребление. Таким образом, вторая содержательная оппозиция, характеризующая данный фактор, может быть задана через противопоставление «потребление—достижение».

Анализ размещений по оси данного фактора показывает, что на его положительном полюсе разместились девушки 7-х, 9-х и 11-х классов (координаты соответственно: 0. 3, 1. 0, 1. 3), а на отрицательном юноши 7-х, 9-х и 11-х классов (координаты соответственно: -1. 1, -0. 8, -0. 7). Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что данный фактор четко дифференцирует своеобразие ценностных ориентаций в организации структуры досуга у юношей и девушек. Если девушки при проведении досуга ориентированы на занятия, предполагающие непосредственное общение, то среди юношей более выражены установки на выбор деятельностей, носящих, условно говоря, «интровертированный» характер. Если девушки более ориентированны на занятия, которые не предполагают достижение результата, то для юношей значимы те занятия, где могут быть реализованы установки на борьбу, соревнование, достижение результата (агонистическое начало). На наш взгляд, подобные различия в особенностях проведения досуга юношей и девушек достаточно важны для понимания своеобразия гендерных различий в подростковой субкультуре.

Второй биполярный фактор **F2** (38,5%) «контролируемость, духовность — неконтролируемость, прагматизм» определяют следующие виды занятий:

Чтение книг	.95
Посещение факультативов, кружков	.94
Посещение музеев, выставок	.92
Занятия домашним хозяйством	.76
Туризм	-.88
Работа, зарабатывание денег	-.65

Положительный полюс данного фактора в целом определяет круг тех деятельностей, которые ориентированы на культурное развитие. Причем в данном случае основное отличие этих деятельностей состоит в том, что они предполагают большую индивидуализацию интересов по сравнению с теми, которые сгруппировались на положительном полюсе предыдущего фактора F1. В этом отношении положительный полюс фактора F1 можно с определенным основанием рассматривать как установку на «массовую культуру», в то время как в факторе F2 положительный полюс характеризует ориентацию именно на индивидуальный выбор («духовность»). Причем важно подчеркнуть и то, что содержащийся на положительном полюсе фактора F2 набор деятельностей явно нормативно одобряем с позиции взрослых. Это позволяет считать, что здесь проявляются установки, характеризующие особую активность как тип поведения «контролируемого взрослым». Заметим, что этот вывод об оценке данного типа поведения как «контролируемого взрослым» подтверждается и при сопоставлении положительного и отрицательного полюсов фактора F2. Действительно, на отрицательном полюсе группируются деятельности, которые не предполагают контроля со стороны взрослых (в этом отношении «туризм» можно рассматривать и как своеобразную метафору для проявления установки «выхода из домашнего круга», «ухода из дома»). Причем подобный выход за

рамки домашнего круга характеризуется и сменой ценностных установок, которые проявляются в прагматической ориентации («зарабатывание денег»). Таким образом, в целом данный фактор можно задать через оппозицию: «контролируемость, духовность—неконтролируемость, прагматизм».

Для понимания смысла данного фактора важно обратить внимание на то, что с высокими значениями на его положительном полюсе разместились девочки (1. 9) и мальчики (0. 3) 7-х классов. На отрицательном полюсе разместились учащиеся 9-х и 11-х классов (юноши 9-х и 11-х классов, соответственно: -0. 8 и -0. 4; девушки 9-х и 11-х классов, соответственно: -0. 4, -0. 6). Это позволяет сделать вывод о том, что данный фактор дифференцирует возрастные различия между учащимися 7-х классов и более старшими возрастными группами школьников. Суть этих различий заключается в переходе при организации досуга от занятий, контролируемых взрослыми, к таким формам проявления активности, которые осуществляются вне их непосредственного контроля, т. е. самостоятельно. Причем подобный переход, повторимся, связан с актуализацией прагматических установок. В этом отношении мы сталкиваемся здесь со своеобразным проявлением феноменов расширения социальной среды подростка и чувства взрослости. Наглядно размещение учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов в пространстве факторов F1 («экстраверсия, потребление—интроверсия, достижение») и F2 («контролируемость, духовность—неконтролируемость, прагматизм») приведено на рисунке 4.

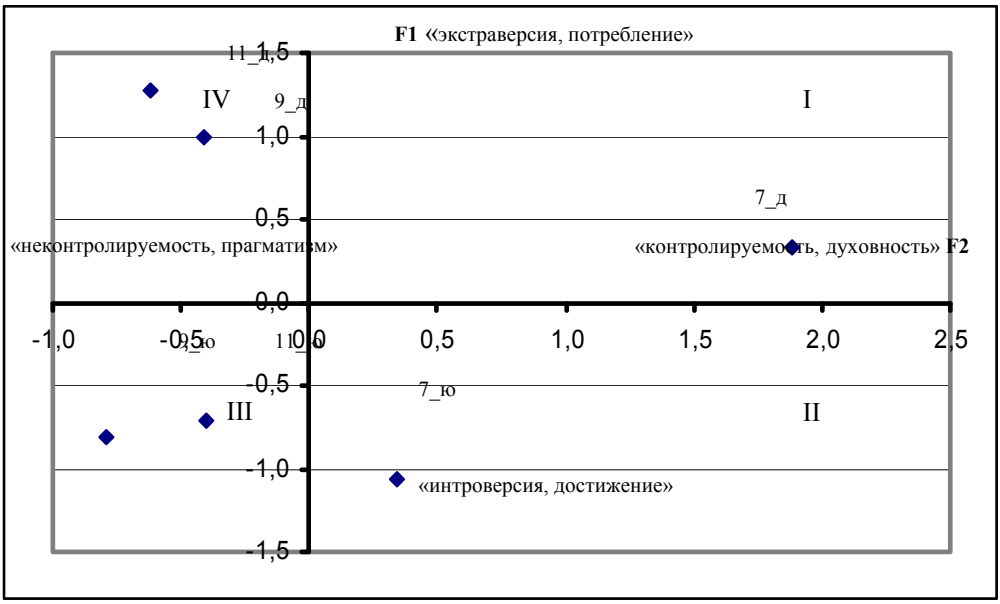


Рис. 4. Размещение юношей и девушек 7-х, 9-х и 11-х классов в пространстве факторов F1 («экстраверсия, потребление—интроверсия, достижение») и F2 («контролируемость, духовность—неконтролируемость, прагматизм»)

Как видно из представленных на рисунке данных, на всем возрастном этапе от 7-го до 11-го класса сохраняется дифференциация между структурой досуга у юношей и девушек относительно тех деятельностей, которые определяют структуру фактора F1 («экстраверсия, потребление—интроверсия,

достижение»). При переходе в 9-й класс и у юношей, и у девушек явно меняется характер предпочтений в организации структуры досуга относительно тех деятельностей, которые определяют фактор F2 («контролируемость, духовность—неконтролируемость, прагматизм»). Таким образом, и у юношей, и у девушек на этапе перехода в старшее звено школы при организации своего досуга начинают доминировать прагматические ценностные ориентации с явно выраженной установкой на независимость от взрослых.

И, наконец, последний биполярный фактор **F3** (8,9%) «образование—совместный семейный досуг» достаточно прост по своей структуре:

Посещение образовательных курсов, занятия с репетитором	.74
Общение со взрослыми	-.94
Просмотр телепередач	-.68

Как мы видим, положительный полюс данного фактора характеризуют деятельности, связанные с получением дополнительного образования. По сути дела, здесь фиксируется проявление установок, связанных с подготовкой в вуз. Объединение же на отрицательном полюсе таких деятельностей, как просмотр телепередач и общение со взрослыми, можно охарактеризовать как фиксацию на досуг, где ценностно значимо общение в семейном кругу.

Анализ особенностей размещения учащихся по оси данного фактора дифференцирует ценностные установки в организации досуга учащихся 11-х классов от школьников 7-х и 9-х классов. Так, у юношей-одиннадцатиклассников значение по оси фактора F3 равно 1.5, у девушек-одиннадцатиклассниц — 0.7. Учащиеся же 7-х и 9-х классов у юношей имеют отрицательные значения по оси данного фактора, соответственно: -0.6, -0.7; у девушек — 0.1 и -1.1. Таким образом, для учащихся 11-х классов в структуре досуга оказывается значимой деятельность по подготовке в вуз, в то время как для более младших школьников ценностно значимо семейное общение. На наш взгляд, само объединение этих деятельностей на разных полюсах одного фактора позволяет высказать предположение не только о значимости подготовки в вуз на этапе окончания школы, но и о том, что дополнительные занятия, связанные с поступлением в вуз, ценностно «конкурируют» в общей организации структуры досуга именно с семейным общением. В этой связи интерес представляет и сопоставление размещений учащихся в пространстве факторов F2 и F3, поскольку оно позволяет зафиксировать своеобразный конфликт, связанный с переживанием чувства взрослости на рубеже 9-го класса. Так, с одной стороны, здесь актуализируются установки на выход из-под контроля взрослых (фактор F2), а с другой, ценностно-значимым остается общение в семейном кругу (фактор F3).

При рассмотрении структуры досуга особый интерес представляет анализ социокультурных факторов. Во-первых, следует отметить, что на структуру досуга школьников оказывают влияние общекультурные тенденции. Так, например, за последние десять лет структура досуга подростка претерпела весьма существенные изменения. В частности, сопоставление данных настоящего исследования с результатами опроса, проведенного нами в 1991 г. [9], показывает, что за эти десять лет существенно возросло число подростков, фиксирующих значимость общения с компьютером и просмотр телепередач в структуре досуга. Параллельно снизилась доля тех, кто указывает на значимость чтения книг и общения с друзьями (см. рисунок 5).

Приведенные на рисунке данные фиксируют, что подростковая культура

оказывается явно чувствительной к техноэволюционным процессам: в подростковую культуру стремительно входят информационно-компьютерные технологии, вытесняя такие традиционные формы проведения досуга, как чтение и общение с друзьями.

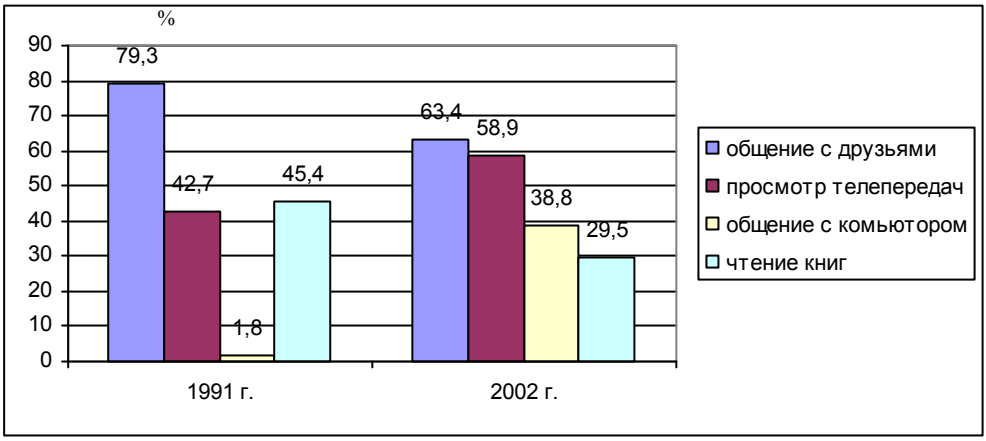


Рис. 5. Различия в структуре досуга подростка по опросам 1991 и 2002 гг. (%).

Во-вторых, проявляются достаточно явные различия в структуре досуга детей из семей с разным экономическим статусом. Анализ полученных результатов показывает, что подростки из более обеспеченных семей чаще фиксируют такие виды досуговой деятельности, как «общение с компьютером» и «занятия спортом», чем дети из малообеспеченных семей, соответственно: 48,3% и 31,1% (p=.001); 38,7% и 27,9%, (p=.03). Таким образом, здесь, мы фиксируем явное влияние процессов социальной дифференциации и экономического неравенства на доступность для подростка определенных форм проведения досуга. Особенно это касается спорта и деятельности, связанной с новыми информационными технологиями. Заметим, что эти результаты подтверждаются и данными других наших исследований [10, 11].

И, наконец, в-третьих, весьма значимую роль в организации структуры досуга играет образовательный статус семьи. В этой связи показательно сравнение ответов подростков с высшим образованием обоих родителей с теми, чьи родители не имеют высшего образования. Виды занятий, относительно которых получены статистически значимые различия ответов подро

ни, явно проявляются в подростковой субкультуре.

3. Исследование со всей очевидностью показало, что девиации, связанные с поведенческими рисками, опасными для здоровья, явно деформируют режим дня школьника. Причем в целом ряде случаев мы зафиксировали практически прямо пропорциональную зависимость между «тяжестью» девиации и характером деформации в режиме дня подростка. В этой связи важно подчеркнуть, что именно организация культуросообразного жизненного уклада является тем педагогическим средством, которое позволяет предотвратить девиантные отклонения в поведении подростка. При этом жизненный уклад важно рассматривать не как «техническое средство», а именно как системообразующий фактор, определяющий психологические характеристики поведения и деятельности (ценности, цели, жизненные смыслы, потребности, мотивы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Избранные психологические труды. — М. : Международная педагогическая академия, 1995. —212 с.

2. Современная школа и здоровье детей. — М, 2002.

3. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. — «Дети до…» становятся все младше // Первое сентября. — 2003. — № 73 (1240).

4. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. Возрастные и гендерные особенности отношения подростков к спорту // Вопросы психологии. — 2005. — № 2. — С. 85-96.

5. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. Подростковая девиация: ценностные ориентации и жизненное самоопределение. // Труды по социологии образования. — М. : Центр социологии образования РАО, 2004. — Т. IX., вып. XV. — 444 с.

6. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. Подросток: отклоняющееся поведение и возрастной кризис // Начальная школа плюс до и после. — 2004. — № 3. С. 20-25.

7. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. Проявление отдельных видов девиации в подростковой субкультуре: возрастная динамика и гендерная специфика // Вопросы психологии. — 2004. — № 3. — С. 3-18.

8. Собкин В. С., Абросимова З. Б., Адамчук Д. В., Баранова Е. В. Подросток: нормы, риски, девиации. Труды по социологии образования. Том X. Выпуск XVII — М. : Центр социологии образования РАО, 2005. — 359 с.

9. Собкин В. С., Писарский П. С. Динамика художественных предпочтений старшеклассников. По материалам социологических исследований. — М. : Минобразование РФ, 1992. — 79 с.

10. Собкин В. С., Евстигнеева Ю. М. Подросток: виртуальная и социальная реальность. По материалам социологического исследования. Труды по социологии образования. Том VI. Выпуск X. М. : Центр социологии образования РАО, 2001 — 156 с.

11. Собкин В. С., Глухова Т. В., Подросток и художественная культура // Труды по социологии образования— М. : Центр социологии образования РАО, 2004. — Т. IX., вып. XV. — с. 259

12. Хейзинга Й. Homo ludens. В тени завтрашнего дня. — М. : Прогресс-Академия, 1992. —464 с.

13. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. — М. : Педагогика, 1989. — 560 с.

И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина, З. Х. Горбунова, И. Ю. Мальфина, З. И. Цику

МЕСТО АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В РАМКАХ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

Кафедра психиатрии ФПК ППС Кубанского государственного медицинского университета, Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1 (Краснодар).

Проблема детского аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии. В нашей стране отсутствует концепция подхода к реабилитации детей с данным расстройством. Нам представляется, что для достижения положительных результатов в этом направлении необходим системный подход, который, в частности, подразумевает интеграцию всех заинтересованных ведомств, специалистов, а также родителей этих детей. В каждом отдельном случае приоритет остается за специалистом в конкретной области и семьей аутиста. Необходимость именно такого подхода обусловлена рядом факторов и сложившейся ситуацией в нашей стране:

- широкий спектр расстройств аутистического круга;
- сложности дифференциальной диагностики, особенно ранней;
- отсутствие данных о распространенности аутистических расстройств в детской популяции;
- практическое отсутствие учреждений для реабилитации аутичных детей;
- отсутствие рекомендаций по оптимальному сочетанию психофармакотерапии, психологической, педагогической, логопедической коррекции и работы с родителями.

В связи с этим нам хотелось бы поделиться опытом работы с данным контингентом больных во внебольничных условиях при тесной интеграции детских психиатрических ведомств с педагогическими.

На 01.01.05 г. в Краснодарском крае зарегистрированы 339 детей с аутизмом и синдромом аутизма до 15 лет включительно, что составляет 4,2 на 10000 детского населения. У всех детей диагноз был верифицирован в условиях диспансерного отделения СКПБ № 1. 40% из общего числа составляют дети со значительным снижением интеллекта (IQ ниже 60 баллов).

В связи с выраженной социальной дизадаптацией до 95% детей–аутистов получают пенсионное пособие как инвалиды с детства. Относительно редко, по медицинским показаниям, дети обследуются и ведется подбор медикаментов в условиях детского отделения психиатрической больницы. В настоящее время наряду с другими медикаментами (в основном ноотропного ряда) 79 детей принимают рисперидон (рисполепт), 16 кветиапин (сероквель), 13 флупентиксол (флюанксол) в амбулаторных условиях с положительной динамикой состояния (у всех родителей получено информированное согласие на прием данных медикаментов). Имея катамнез от 1 месяца до 6 месяцев (кветиапин и флупентиксол) и до 1 года и более (рисперидон), мы отметили значительное уменьшение негативной симптоматики, прежде всего аутистических проявлений и относи-

тельно хорошие показатели социализации этого контингента больных.

В связи с тем что группы детей, принимающих кветиапин и флупентиксол малочисленны и недостаточна длительность их катамнеза, в данной работе мы проанализировали только влияние рисперидона на психическое состояние детей с аутизмом. Длительность приема от 1 месяца до 1,5 лет; дозы от 0,25 мг до 1 мг в сутки, в один или два приема, причем основная масса детей принимает препарат без корректоров, демонстрируя его хорошую переносимость. Имеется большое количество публикаций о применении рисперидона у взрослых больных с психотическими расстройствами различного генеза как в нашей стране, так и за рубежом. Препарат эффективен в отношении как позитивных симптомов, так и негативных, кроме того положительно влияет на когнитивные функции больных. Эти качества рисперидона особенно привлекательны при лечении детского типа шизофрении и аутизма, т. к. негативная симптоматика и когнитивный дефицит присутствуют у большинства больных с этими расстройствами. Однако имеются единичные публикации по лечению рисперидоном психозов в детском возрасте, и практически отсутствуют сообщения о лечении детского аутизма в амбулаторных условиях.

В задачи данной работы входили подбор адекватной дозы, наблюдение за динамикой симптомов у аутичных детей, посещающих специализированные группы МОУ НШДС № 214 г. Краснодара. Сделана попытка проанализировать качество реабилитации детей с аутизмом при применении комплексного (системного) подхода.

На 01.01.05 г. школу-сад № 214 посещают 68 детей с аутизмом, из них 55 городских детей и 13 из сельской местности: имеются 6 классов (с 1 по 4), где обучаются 33 человека (10 детей – по V11 виду, 23 – по V111 виду школьной программы); дошкольные группы посещают 35 детей.

Группу наблюдения составили 22 ребенка (19 мальчиков и 3 девочки), обучающихся в школе-саду № 214 (14 детей - дошкольники от 4 до 6 лет; и 8 – школьники от 7 до 10 лет), принимающих рисперидон под наблюдением детского психиатра КПД. В образовательном учреждении с детьми в индивидуальном режиме ведется педагогическая, психологическая и логопедическая коррекция по специальным методикам, используемым в работе именно с аутичными детьми.

Индивидуальный режим подразумевает следующие варианты для дошкольников: а) посещение 2-часовых индивидуальных занятий от 1 до 5 раз в неделю; б) посещение группы для детей-аутистов от 3-4 часов до полного дня; в) посещение группы для детей с тяжелыми нарушениями речи или для детей с ЗПР.

22 человека, получающие рисперидон, регулярно посещают детского психиатра (при первичном назначении медикамента каждую неделю, при необходимости чаще, в дальнейшем 1-2 раза в месяц), который производит коррекцию дозы и назначает препараты метаболического действия. Психический статус детей отражается в соответствующей медицинской документации. Периодически, не реже 1 раза в квартал, на ребенка из школы-сада предоставляется психолого-педагогическая характеристика, т. е. имеется обратная связь с педагогами. С родителями ребенка проводится работа и обучение как педагогами специализированного учреждения, так и врачами-психиатрами.

Рисперидон назначался в оптимальной для данного возраста дозировке

(0,01-0,06 мг/кг в сутки), причем в первую неделю - доза минимальная (0,01 мг/кг в сутки) для определения переносимости препарата. Все дети данной группы принимают рисперидон без корректоров.

Психическое состояние детей с аутизмом до назначения терапии рисперидоном характеризовалось прежде всего аутистическими нарушениями: отсутствием потребности в общении, замкнутостью, отгороженностью, избирательностью или полным отсутствием контактов, эмоциональным отчуждением. У большинства детей наблюдались различные по проявлениям и по степени выраженности нарушения речи или полное ее отсутствие. В игре дети предпочитали неигровые предметы: веревочки, палочки, пузырьки, крышки от кастрюль, бутылки, инструменты, или же дети не использовали коммуникативные свойства игрушек, в основном раскладывая их в определенном порядке. У детей присутствовали страхи контактов с незнакомыми или определенными взрослыми и детьми, страх всего нового, смены обстановки, громких и тихих звуков, прикосновений, высоты, замкнутых пространств и т. д. Почти все дети проявляли избирательность в еде.

Гиперкинетический симптомокомплекс и стертые фазно-аффективные расстройства, нарушения засыпания и сна имели место у большинства детей. Психопатоподобные нарушения проявлялись в виде агрессивности, повышенной возбудимости. Кататонические расстройства проявлялись негативизмом, манежным бегом, эхопраксиями, стереотипиями и яктацией. У всех детей отмечаются нарушения психического развития – задержка, неравномерность развития отдельных функций или сниженный интеллект.

Следует отметить, что в первые дни приема препарата в минимальных дозах у 5 детей отмечались побочные явления (возбуждение, сонливость, гипертермия). Эти побочные действия рисперидона не потребовали отмены препарата и редуцировались самостоятельно, без назначения корректоров.

Улучшение состояния наблюдалось у всех детей, причем у большинства в первые 10-14 дней лечения. В первую очередь уменьшилось эмоционально-двигательное возбуждение, улучшились показатели сна и упорядочилось поведение. В дальнейшем (от двух до трех месяцев), что поначалу было отмечено только родителями, а затем и педагогами в образовательном учреждении, улучшились межличностные контакты как с близкими в семье, так и с детьми и педагогами, а также активность, целенаправленность, интерес к игровой деятельности и к занятиям. Нивелировались колебания настроения в течение суток, проявлявшиеся эмоциональной лабильностью с легкой сменой аффекта от слезливости к веселости, гневливостью, истериками, страхами. Пятеро детей на фоне приема рисперидона впервые стали посещать образовательное учреждение – период адаптации прошел относительно быстро и мягко.

Положительная динамика наиболее отчетливо и последовательно наблюдалась у самых младших детей из группы с относительно сохранным интеллектом, которые принимали рисперидон в течение 6 месяцев и более (7 человек). Улучшение невербального контакта – взгляд в глаза, улыбка, радость при встрече, попытки привлечь внимание (берет за руку, подает игрушку для совместной игры, книгу, чтобы прочли определенный рассказ или стих, самостоятельно вставляет кассету в магнитофон для просмотра мультфильма и т. д.). Следующим этапом идет улучшение вербального контакта -

происходит постепенный набор слов, которые ребенок употребляет относительно определенных конкретных предметов, людей, действий. Качественно иное состояние – это появление фразы, - сначала как комментария к действиям и событиям, а в дальнейшем как средства коммуникации.

Вариантом положительной динамики для ребенка 4 лет может служить следующая характеристика педагога: при работе с «коробкой форм» пользуется зрительным соотнесением; с минимальной помощью ранжирует предметы по величине, соотносит и называет основные цвета и геометрические фигуры; самостоятельно составляет разрезные картинки из 2-3 частей; стремительно накапливает активный словарный запас, пользуется фразой, охотно идет на контакт с детьми и взрослыми; принимает участие в «ролевых играх».

Дети с интеллектуальным снижением усваивают программу восьмого уровня, динамика на фоне лечения медленная. Работа с преподавателем зависит от интереса к заданиям (чаще нестойкого), уровня работоспособности. Невербальные задания даются гораздо легче, вербальный контакт затруднен в связи с недоразвитием речи и частым отсутствием интереса к общению.

Важным показателем положительной динамики состояния детей с аутизмом является расширение контактов и интересов вне дома и специализированного образовательного учреждения – посещение театра, цирка, выставки, супермаркета или пребывание в санатории соматического профиля совместно с обычными детьми. Причем дети школьного возраста не только с интересом смотрят, например, спектакль, но затем по инициативе родителей или собственной отвечают на вопросы по содержанию, делятся впечатлениями.

Именно на фоне приема рисперидона (и других атипичных нейролептиков) у детей с аутизмом в первую очередь улучшаются все формы общения, а это дает толчок к активизации познавательной и игровой деятельности, возможность усваивать программу образовательного учреждения.

Таким образом, по нашему убеждению, только комплексное воздействие (психофармакотерапия, психолого-педагогическая коррекция в специализированном учреждении, работа с членами семьи) на различные проявления аутизма с максимально раннего возраста ребенка дает значимую стойкую положительную динамику и возможность ребенку в будущем адаптироваться в семье, образовательном учреждении и обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. – Аутизм в детстве. – Москва, «Медицина», 1999. С. 237.

2. Козловская Г.В., Калинина М.А. – Отдаленные результаты применения рисполепта в лечении шизофрении и раннего детского аутизма у детей.// Социальная и клиническая психиатрия. - 2001, т. 11, вып. 3. - С. 65-68.

3. Козлова И.А., Буреломова И.В., Горюнова А.В. и др. Опыт применения препарата рисполепт при шизофрении детского возраста // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001, т. 101, № 7. – С. 35-38.

4. Козловская Г.В., Калинина М.А. – Эффективность рисполепта у детей в пролонгированном (в течение 2 лет) лечении шизофрении и раннего детского аутизма // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003, № 1. – С. 32-35.

5. Харитонов Р.А., Пушков В.В., Яковлева Ю.А. и др. Эффективность препарата рисполепт при лечении психических нарушений у детей // Психиатрия. -2003, № 6. – С. 51-56.

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ)[1]

Международный университет «Дубна» (Дубна Московской обл.), Российская медицинская академия последипломного образования МЗСР РФ, Агентство социально-психологического развития «Путь» (Москва).

Упорядочение активности и отреагирование агрессии

Восстановление активности служило эффективным средством преодоления детской депрессии. Вместе с тем, оно нередко сопровождалось актуализацией симптоматики, которая ранее не наблюдалась именно вследствие общей заторможенности ребенка. Появлялись *хаотические, мало целенаправленные действия, деструктивные и агрессивные проявления*. У большинства детей, уровень активности которых на момент обращения не был снижен, подобное поведение наблюдалось сразу.

В связи с этим, ***на втором этапе работы*** центральное место занимало *структурирование и упорядочивание активности ребенка*. Этой цели служило постепенное увеличение количества правил и ограничений (например: «поиграл – убери за собой игрушки; только после этого можно переходить к другому занятию»). С одними детьми переход к этому этапу совершался уже к середине первого сеанса, с другими – на втором, третьем или четвертом сеансе. Детям, состояние которых исходно характеризовалось высокой активностью, правила и ограничения задавались уже с самого начала психокоррекционной работы. Значительное место уделялось *отреагированию агрессии*. Детям предлагались такие занятия, как:

- фехтование надувными мечами и дубинками;
- удары по боксерской груше или по картонной коробке;
- прокалывание воздушных шариков;
- игры со «страшилками» и с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга);
- марширование, топанье ногами;
- создание рисунков с агрессивным содержанием;
- разрывание бумаги или картона и т.п.

Эта работа проводилась, по возможности, в отдельном помещении. Мы тщательно следили за тем, чтобы *агрессия не направлялась непосредственно на другого человека*. Так, даже при фехтовании разрешалось ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку. Обычно отреагирование агрессии сопровождалось громкими звуками, что было полезно также для преодоления *акузофобии* (боязни громких звуков), имевшейся у большинства детей. Каждое занятие по отреагированию агрессии завершалось *сеансом релаксации* (уставшие походники или солдаты ложились на отдых).

Проиллюстрируем прохождение разных этапов психокоррекции на примере работы с **Дамиром, 7 лет**.

[1] Окончание. Начало см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2006 (6), № 2.

Параллельно с занятиями в Центре Дамир проходил в поликлинике амбулаторное лечение по поводу осколочного ранения в живот. Это, наряду со стрессом, испытанным во время пребывания в качестве заложника, было одной из причин его подавленного настроения и глубокой пассивности. Во время первого визита Дамир отказывался от общения с другими детьми и с психологом. Наиболее характерными особенностями его действий были стереотипия и стремление к упорядочению пространства. Когда он находился в игровой, туда принесли коробки с разноцветными плюшевыми зайцами, присланными бесланским детям в качестве гуманитарной помощи. Зайцы разных цветов лежали вперемешку. Дамир по собственной инициативе стал их разбирать: он доставал из коробки очередного зайца и неторопливо относил его в противоположный конец игровой. Через полчаса все зайцы оказались сгруппированы по цвету: ряд зеленых зайцев, ряд фиолетовых, ряд голубых… Психолог использовал это для налаживания первых, пока еще поверхностных контактов Дамира с детьми. Когда группа других детей разыгрывала импровизированный кукольный спектакль, зайцы изображали зрителей. Дамир по предложению психолога усадил их так, чтобы им было удобнее «смотреть спектакль».

На следующем занятии Дамир был уже более активен. Он вместе с другими детьми украшал игровую, несколько раз ненадолго присоединялся к коллективным играм. Однако в целом его деятельность стала хаотичной и мало упорядоченной, что разительно отличалось от его поведения во время первого визита. Новый уровень активности был достигнут на третьем занятии, когда психолог организовал «шумовой оркестр»: трое детей, включая Дамира, стучали полыми пластмассовыми булавами по пустым коробкам, производя неимоверный шум. В связи с ярко проявившимися агрессивными импульсами мальчику были предложены также другие виды занятий по отреагированию агрессии. Несколько раз он сам просил отвести его в предназначенную для этого комнату. В этот период у Дамира очень интересно проявлялся внутренний конфликт между его эстетическими чувствами и невротической агрессией. Агрессивные импульсы побуждали его прокалывать воздушные шары, эстетические чувства – использовать их для украшения помещения. В итоге он, взяв в руки очередной шарик, лишь после долгих колебаний решался сделать с ним что-либо (иногда – проколоть, иногда – повесить на стену).

На последующих занятиях активность Дамира приобрела вполне упорядоченный характер. Ему по-прежнему была свойственна некоторая ригидность, но исчезла та ярко выраженная стереотипность, которая проявилась на первом занятии. Дамир стал содержательно общаться с другими детьми. Он по собственной инициативе стал привлекать к совместной деятельности детей, впервые приходящих в Центр, объяснял им правила поведения в игровой (запрет на драки и на выбрасывание игрушек из окна). Дамир готовил каждому уходящему домой ребенку наборы подарков (игрушки, альбомы, краски).

На этом этапе работы, как и на предыдущем, широко применялись различные формы *арттерапии*. Предпочтение отдавалось заданиям, требующим выполнения определенных правил. Например, практиковалось групповое рисование с передачей кисточки по кругу: каждый участник группы набирал краску, рисовал до тех пор, пока краска на кисточке не кончится, затем мыл

кисточку и передавал ее следующему участнику[2].

Программа социально-психологической реабилитации подростков

Как уже отмечалось, в результате теракта в Беслане психологическую травму получили не только заложники. Травмированным оказался практически весь город. Как одно из последствий этого, у бесланских подростков резко нарушился процесс становления личности, оказались утеряны жизненные перспективы и планы. Типичной для старшеклассников Беслана стала пассивная жизненная позиция, широко распространились рентные установки. Бесланское общество оказалось разделено на заложников и «не пострадавших». Между этими группами населения существует серьезная напряженность. На преодоление этих проблем направлена программа работы с подростками «Новое завтра», преследующая следующие цели:

- возвращение бесланским подросткам ощущения мирной жизни;
- преодоление пассивности и рентной установки;
- пробуждение у подростков социальной активности, направленной на благоустройство жизни в городе;
- преодоление разобщенности подростков.

Целевой группой программы являются не только прямые жертвы теракта, а *все старшеклассники города*.

На *предварительном этапе* работы была подготовлена команда тренеров – ведущих программы. Она состояла из шести московских и четырех бесланских специалистов (в том числе – сотрудников Центра психологической реабилитации детей и подростков). Подготовка проходила в форме тренингов и обсуждений на базе бесланского Центра и московского Института гармоничного развития и адаптации.

В феврале – марте 2005 г. был реализован *первый этап* программы: в горах, в 40 км от Беслана, проводилась *серия тренинговых марафонов*. Они были направлены на создание пространства, способствующего социальной самореализации подростков и молодежи. Всего за время первого этапа прошло четыре трехдневных потока, в каждом из которых участвовало по 60-70 человек. В общей сложности в тренингах приняли участие более 260 учащихся старших классов из всех средних учебных заведений Беслана (семь школ и профессиональное училище №8).

В процессе работы поток распределялся на четыре подгруппы так, чтобы в каждой были представлены учащиеся из разных учебных заведений. Благодаря этому в ходе тренинга устанавливались взаимоотношения в межшкольных группах. Занятия проводились двойками тренеров из Москвы и Северной Осетии, под руководством ведущего тренера А. Тагиева.

Ключевым словом первого дня программы было *«взаимодействие»*: ребята постигали умение работать вместе. *Результат* этого группового взаимодействия был следующей ступенью занятий: подростки готовили «новости Беслана из 2015 года», строили планы собственной жизни, будущего своего города. В итоге старшеклассники-участники программы предложили ряд социальных проектов, направленных на разрешение проблем, беспокоящих молодежь города. Например, были выдвинуты проекты проведения марафона

[2] Задание разработано Ю. А. Полуяновым.

здоровья, озеленения своими силами городского парка и т. п. Для каждого проекта был разработан конкретный план действий по его воплощению.

С наиболее активными участниками был проведен специальный дополнительный семинар-тренинг, направленный на подготовку их к работе с дошкольниками и младшими школьниками в качестве волонтеров.

Для оценки результатов тренингов использовались: включенное наблюдение; письменные отзывы участников программы; беседы с родителями, педагогами и школьными психологами. Кроме того, показательна была степень вовлеченности участников (на фоне остальных учащихся) в последующие проекты программы, а также в другие социально-психологические проекты, проводившиеся в Беслане.

В письменных отзывах участников просили описать свои ощущения и состояние до тренинга, в ходе тренинга и после него. Большинство участников, описывая свое состояние «до», отмечали скуку, эмоциональную пустоту и сложности в общении. Ощущения во время марафона характеризовались как «увлекательно», «весело», «содержательно», «полезно», «дружелюбно»; во многих отзывах отмечалось появление новых возможностей общения, умения справляться со своими эмоциональными состояниями и трудностями, повышение уверенности в себе.

После проведения первого этапа программы был отобран один из социальных проектов, разработанных школьниками во время тренинга. Он предусматривал проведение в центральном городском парке массового праздника, посвященного Дню защиты детей. Реализация этого проекта стала *вторым этапом* программы. Праздник прошел в городском Детском парке Беслана. За время праздника в парке побывало около 1000 взрослых и детей, которых принимали волонтеры-участники программы «Новое Завтра». Авторство, разработка, планирование и подготовка (дизайн, расклейка афиш, приглашение людей на участие) проводились самими подростками. Они также вели праздник: игры, конкурсы, занятия с детьми. В подготовке этого мероприятия приняло активное участие 50 выпускников первого этапа программы, в его проведении – более 100.

Таким образом, социальная инициатива и активность подростков, пробужденная проведенным тренингом, нашла свою практическую реализацию. В настоящее время участники программы «Новое завтра» активно и успешно работают в качестве волонтеров с дошкольниками и младшими школьниками в Центре психологической реабилитации детей и подростков, участвуют в других проектах.

Работа с семьей

Для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекционная работа с семьей в целом (*Юл, Уильямс*, 2001; *Allen, Bloom*, 1994). В результате травмы *нарушаются нормальные детско-родительские связи*, возникают симбиотические либо вынужденно дистанцированные отношения между ребенком и родителями. Эти два вида нарушений внутрисемейного общения нередко сочетаются друг с другом: в бытовом отношении наблюдается симбиотическая связь, в то время как эмоциональные контакты существенно ослаблены. При появлении дисфункциональных форм детского поведения ро-

дители ощущают свою некомпетентность и беспомощность и невольно способствуют закреплению у ребенка негативных поведенческих стереотипов.

Если психическую травму пережили и родители, и ребенок (что типично для массовых катастроф), то *темпы восстановления их психологического состояния существенно различаются*. Обычно дети быстрее возвращаются к нормальному эмоциональному уровню благодаря большей психической гибкости и адаптивным возможностям. Состояние родителей изменяется медленнее и препятствует нормализации психического развития детей. Несмотря на то, что родители озабочены оказанием помощи своим детям, недостаточная критичность к собственному психологическому состоянию нередко заставляет их самих избегать психологической помощи. В связи с этим специальное внимание следует обратить на привлечение родителей к работе над собственными психологическими проблемами и трудностями.

Особенно важна работа с семьями в тех случаях, когда *структура семьи нарушается вследствие гибели отца или матери.* При этом резко обрываются связи, функции умершего родителя не переходят к оставшемуся в живых. Наиболее тяжелой категорией являются мужчины-вдовцы, воспитывающие маленьких детей. Проявление каждодневной заботы о ребенке – непривычная для них функция. Их эмоциональное состояние может надолго оставаться очень тяжелым. Это усугубляется широко распространенным представлением о том, что обращение за психологической помощью унизительно для мужчины и свидетельствует о непростительной слабости. Часто большую нагрузку берут на себя прародители, которые, однако, не всегда физически способны к выполнению этой роли и также испытывают психическую травму.

Кратко опишем наш опыт организации *двухнедельной выездной программы семейной реабилитации* «Каникулы для детей Беслана». Реабилитационная работа проводилась в Германии через 9 месяцев после теракта, *в период летних школьных каникул*. В программу были включены дети, посещавшие Центр при поликлинике, со своими семьями. В реализации программы участвовали:

- московские психологи, работавшие в Беслане с сентября 2004 г.;
- бесланские психологи – сотрудники Центра психологической реабилитации;
- десять старшеклассников-волонтеров, учащихся бесланских школ, прошедших предварительную подготовку в рамках описанной выше программы «Новое завтра» (некоторые из этих подростков сами были заложниками).

Бесланские специалисты и старшеклассники не только участвовали в психологической реабилитации семей заложников, но в процессе этого и сами проходили необходимую им психологическую реабилитацию. Она включала элементы групповых тренингов, игровые методики, групповые и индивидуальные консультации. В качестве основы тренингов использовалась адаптированная под задачи работы программа «Дискавери» (автор Джин Беруби). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Оно достигается посредством преодоления ряда препятствий, физических и психологических трудностей, благодаря помощи и поддержке других (ведущего и группы в целом).

Старшеклассники работали с детьми, опекали их, способствовали соз-

данию чувства защищенности, поддержки, эмоционального тепла. Они вовлекали их в спортивную, игровую, творческую деятельность. В ходе программы подростки многое увидели, получили массу положительных и ярких впечатлений, общались с новыми людьми, попробовали себя в новой деятельности и новом качестве. У них появилось несколько иное восприятие мира и детей-заложников, с которыми велась работа. Некоторые отмечали новое ощущение своих возможностей и самих себя: «Мне было важно, что я не растерялась и защитила Иришку в трудной ситуации, при сложном спуске с горы на санях». Один из подростков признался, что в Беслане он боялся подходить к детям-заложникам и общаться с ними, так как ему казалось, что «душа у детей умерла в школе». После успешной работы он понял, что «они такие же дети и, оказывается, умеют смеяться и радоваться…».

Семьи заложников в течение нескольких месяцев проходили предварительную подготовку с использованием методов индивидуальной и групповой психотерапии. Необходимость такой подготовки определялась высоким уровнем психической травматизации семей. К сожалению, несмотря на длительную подготовку, к участию в программе не удалось привлечь ни одной семьи, в которой погиб кто-либо из родителей. Психологическое состояние овдовевших родителей было настолько тяжелым, что они не смогли выехать на реабилитацию за пределы Беслана. Некоторые из них, уже дав согласие на участие в программе, в последний момент все же не преодолели свои страхи и тревоги и отказались от поездки.

Первоначально (сразу после теракта) коррекционная работа проводилась с детьми в присутствии родителей. Уже на этом этапе можно было отметить некоторую положительную динамику изменения состояния родителей, мотивации к получению психологической помощи. Наблюдение за улучшением состояния детей стимулировало желание родителей продолжать занятия и формировало их внутренний запрос на дальнейшее консультирование по поводу проблем детей. Это способствовало изменениям и собственного внутреннего состояния родителей. Они начинали позволять себе первые положительные эмоции при виде играющих и радующихся детей, что позитивно влияло на них самих и активизировало их в воспитательном и социальном плане.

Перед началом реабилитационной программы с родителями были проведены встречи, во время которых им разъяснялись ее *цели*. Был заключен *контракт*, определявший необходимость и правила их *участия в групповой работе*. Это объяснялось важностью такой работы для их детей, а также для них самих. При этом были часты случаи, когда родители плакали при упоминании о пережитых событиях, отказывались от активного участия в терапевтическом процессе, объясняя свое нежелание болезненностью возвращения к воспоминаниям или отсутствием какой-либо необходимости в подобной работе. Заключение контракта с родителями было важным условием, которое задавало извне необходимость их участия в психотерапевтической группе.

Хотя симптомы психологического неблагополучия у родителей к моменту начала выездной программы несколько сгладились, их состояние было весьма неустойчивым, у многих отмечались признаки депрессии. Сами они, тем не менее, не всегда могли критично оценить степень выраженности своих психологических проблем. Ко времени начала программы дети находились в

гораздо лучшей эмоциональной форме, чем их родители. Состояние же родителей тормозило активность и дальнейшее восстановление детей.

В начале программы у родителей были серьезные проблемы общения с детьми. Родители считали, что будут заражать детей своими негативными переживаниями, и боялись контактов с ними. Повышенная тревожность и опасения родителей распространялись и на ребенка, что препятствовало его освобождению от собственных страхов. У многих родителей было ярко выражено *чувство вины* (особенно у матерей, которые потеряли других детей). Кроме того, поведение и состояние родителей во многом определялось нормативными *ожиданиями окружающих*, традициями траура.

Динамика состояния родителей начиналась с пассивного наблюдения за тем, как с детьми занимались психологи и подростки-волонтеры. При этом сами родители слабо общались со своими детьми, уделяли им мало внимания и были рады, что заботу о них взяли на себя другие. В групповой работе, особенно в первое время, родители были пассивны или даже оказывали сопротивление ведущим. Однако они не отказывались от участия в мероприятиях и прогулках.

По мере улучшения состояния родителей и повышения их активности у них возникали запросы на удовлетворение индивидуальных потребностей, не связанных непосредственно с реабилитационной программой. Например, в середине цикла большую организационную проблему стало представлять желание родителей совершить покупки в магазинах или получить незапланированные медицинские услуги. Удовлетворить и насытить все новые возникающие запросы оказалось невозможно. Оценивая опыт программы, можно рекомендовать предусмотреть вопросы такого рода при составлении контрактов с участниками и придерживаться четкого выполнения установленных правил.

В ходе программы произошло структурирование группы. Один родитель почти не участвовал в групповой работе, что иногда представляло серьезную проблему. Наиболее социально активные члены группы стали деятельно помогать ведущим в организационном плане и выступать в качестве носителей оценок («совесть группы»). Некоторые родители постоянно и с желанием помогали в организации деятельности детей, готовили с ними праздники и встречи.

Постепенно родители становились более активными, эмоциональными, оживленными, все больше участвовали в мероприятиях и занятиях. Групповые занятия обычно завершались тем, что каждая группа представляла остальным свои впечатления и переживания за день. Именно эти моменты обеспечили пробуждение творческой активности родителей. Вначале они выполняли задания только ради детей, но впоследствии сами стали радоваться этой деятельности, получать от нее удовольствие. Когда взрослые показывали детям сценки, пантомимы, зарисовки, они оживлялись, радовались и вместе с детьми заново проживали события дня.

Во второй половине программы родители смогли более активно включиться в совместную творческую деятельность с детьми («послание детям», построение общего «семейного дома»). Общение с детьми, их поддержка, совместное переживание новых впечатлений и событий программы меняло самовосприятие родителей, они проживали родительские роли в позитивном ключе, отношения с детьми становились более теплыми и близкими. Совместная творческая деятельность, опыт общения с природой, восприятия иной

культуры, других людей, – все это способствовало тому, что у родителей появлялась новая жизненная перспектива. Они начали чаще обращаться за советом к психологам, охотнее брали на себя родительскую роль, высказывали просьбы организовать семинар, посвященный тому, как воспитывать детей, переживших трагические события.

* * *

За время работы Центра при поликлинике г. Беслана первичную психологическую реабилитацию в нем прошли несколько сотен детей и подростков. Более 300 из них регулярно посещали Центр в течение нескольких месяцев, многие продолжают посещать его до сих пор.

Динамическое наблюдение за детьми, результаты их деятельности (в частности, рисунки) и отзывы родителей свидетельствуют о том, что состояние подавляющего большинства детей, с которыми проводилась психокоррекция, существенно улучшилось. У детей восстановился сон и аппетит. Повысилась и стала более упорядоченной активность, снизились проявления агрессии. Дети стали более открытыми, раскрепощенными, активными, творческими. Они смогли относительно спокойно обсуждать воспоминания, связанные с терактом, и приходить к конструктивным выводам и обобщениям. В основном, были устранены детские рентные установки, условная желательность болезненных симптомов, закреплявшая дисфункциональные поведенческие формы. Общение с родителями приобрело новые краски. Дети стали более устремлены в будущее, некоторые из них захотели иметь новых братьев и сестер.

Существенно улучшилось психологическое состояние родителей. Они усвоили новые модели конструктивного общения с детьми, повысили свою родительскую компетентность, начали с большим желанием и активностью выступать в роли родителей. В то же время они пока не готовы решать свои собственные индивидуальные проблемы с помощью психолога, хотя многие из них в этом нуждаются. У родителей появилась мотивация для продолжения работы. Они осознали свои возможности и творческий потенциал собственных детей, в том числе их способность к преодолению негативных переживаний и возникающих трудностей. Родители попробовали себя в роли помогающих и ощутили способность помочь своему ребенку. У них возникло чувство перспективы и будущего. Семьи, участвовавшие в программе «Каникулы для детей Беслана», продолжают встречаться друг с другом и поддерживать друг друга.

Существенно улучшилось психологическое состояние старшеклассников, участвовавших в программе «Новое завтра». Повысилась их социальная активность, значительно уменьшилась разобщенность между разными группами подростков.

Вместе с тем, многие проблемы сохранились. Отдельные дети, несмотря на проводившуюся с ними психокоррекционную работу, остались возбудимы, эмоционально неустойчивы, истощаемы (хотя эти проявления несколько уменьшились). Некоторые дети и подростки вовсе не получали психологической помощи или получили ее в недостаточном для них объеме. Общая атмосфера в городе все еще далека от нормальной. Поэтому мы считаем, что в Беслане необходимо как продолжение проектов, описанных выше, так и организация новых программ, направленных на преодоление отсроченных последствий психической травмы, пережитой населением города.

Рекомендации по организации помощи пострадавшим детям и подросткам

Психологическая реабилитация детей и подростков, перенесших тяжелую психотравму, требует длительного времени, измеряемого годами, а не неделями или месяцами. Поэтому важнейшим условием успешности этой работы является стабильная деятельность местных структур, обеспечивающих психологическую поддержку населения. Создание и профессиональное обеспечение деятельности таких структур – необходимая составляющая работы профессионалов из других регионов с более развитой системой психологической помощи.

Опыт работы с детьми и подростками, пострадавшими в результате террористических актов в Беслане и ранее – в московском театре «Норд-ост» (октябрь 2002 г.), показал, что имеющиеся психологические службы и государственные структуры недостаточно успешно справляются с этой деятельностью. В результате нами были разработаны рекомендации по созданию и совершенствованию службы экстренной психологической помощи детям и подросткам (*Морозова*, *Венгер*, 2003):

1. Необходимо создание единого ***психолого-психотерапевтического штаба.*** Вероятно, штаб должен быть создан при МЧС. Состав штаба должен быть постоянным, назначенным специальным распоряжением. Психолого-психотерапевтический штаб должен работать в теснейшем и постоянном контакте с медицинским штабом (возможно, включаться в него как составная часть). Для оптимизации работы должны быть предусмотрены следующие позиции:

- *Руководитель* штаба – высококвалифицированный специалист (психолог или психотерапевт), занимающий одну из ведущих должностей и имеющий личные контакты с руководителями разного уровня и разных ведомств.

- *Заместитель-координатор*, который должен осуществлять сбор информации, координировать деятельность специалистов, снабжать их необходимыми номерами телефонов и т.п.

Штаб быстрого реагирования должен находиться в «свернутом» виде, а в случае необходимости моментально «развернуться» в полноценную рабочую структуру. В период чрезвычайной ситуации должна быть развернута подструктура центрального штаба по работе с детьми и подростками, а также их семьями.

2. Необходимо иметь ***банк данных*** об *организациях, психологах, психотерапевтах, социальных работниках, волонтерах-неспециалистах*, способных и готовых оказывать помощь в экстремальных ситуациях. Помимо добровольных предложений своих услуг необходима какая-либо система экспертной оценки квалификации специалиста с указанием конкретной специализации (вид возможной помощи, взрослые/дети, имеющийся опыт и т.п.). Для оказания психологической и психотерапевтической помощи следует привлекать только профессионалов, имеющих опыт клинической работы.

3. В случаях, *когда работа должна проводиться в больнице*, первоначальную связь с заведующим отделением или дежурными врачами должен осуществлять *начальник штаба* или его помощник (действуя от его имени), но не секретарь и не сами специалисты. *Успешная первоначальная договоренность с врачами* служит одним из важнейших условий своевременного начала оказания психологической помощи. После того как установлена первоначаль-

ная связь с медицинским учреждением, специалисты, направленные в это учреждение, должны постоянно *согласовывать свои действия с заведующим отделением* или непосредственно с лечащим врачом. Должны согласовываться:

- время посещения;
- форма одежды (халат, сменная обувь и т.п.);
- длительность работы с каждым из больных (в зависимости от его соматического состояния);
- задачи и формы работы;
- желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких, учитывая остроту состояния самого пациента;

В процессе работы важно после каждого посещения пациентов *обсуждать с врачом динамику их соматического и психологического состояния*, согласовывать совместную стратегию и уточнять дальнейшие задачи работы.

4. В дополнение к работе психологов необходима помощь ***социальных работников и социальных служб*** семьям пострадавших. В функцию социального работника должно входить поддержание связи с родственниками пострадавших, передача им сведений о состоянии и потребностях больных, информирование самих пострадавших о ситуации у них дома. Желательно снабжение специалистов мобильными телефонами, особенно на первом этапе, когда большинство пострадавших остро интересуется судьбой своих родных и близких.

5. Необходимо создать федеральный *центр по подготовке и переподготовке специалистов* по работе с детьми и подростками, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Для этого нужно провести предварительный отбор специалистов, желающих и способных работать с детьми и подростками в экстремальных ситуациях. Такой центр должен также оказывать консультативную помощь специалистам, работающим с детьми и подростками в экстремальной ситуации в условиях лечебного учреждения.

6. Желательно создать постоянно действующий консультативный центр по оказанию психологической и психотерапевтической помощи семьям, нуждающимся в поддержке во время чрезвычайной ситуации и после нее.

Принципы построения системы экстренной психологической помощи детям и подросткам широко обсуждались на Международном форуме «Дети в чрезвычайных ситуациях», который прошел в Москве в октябре 2003 г., были одобрены многими специалистами и представителями заинтересованных ведомств. Вместе с тем, они так и не были претворены в жизнь. В результате, когда в Беслане возникла необходимость в экстренной психологической помощи детям, ни местные, ни федеральные организации не смогли обеспечить ее оказание в требуемом объеме. Этот недостаток был отчасти восполнен активной помощью зарубежных благотворительных организаций, однако и их усилия оказались явно не соответствующими масштабу психотравмы.

Следует отметить, что международная помощь жертвам теракта в Беслане имела свои не только положительные, но и отрицательные стороны. У многих пострадавших сформировалась рентная установка, иждивенческая позиция. Ее следствием стали пассивность и фиксация патологических симптомов по механизму их «условной выгоды». Кроме того, в период 2004/2005 учебного года многие организации вывозили школьников в различные рос-

сийские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы. Эти выезды часто были недостаточно хорошо подготовлены: отсутствовало сопровождение детей родителями и психологами, заранее не разрабатывались специальные реабилитационные программы. Многие выезды были несвоевременными: слишком ранними и не приуроченными к школьным каникулам. Это препятствовало восстановлению нормального распорядка жизни школьников. В результате всех этих обстоятельств у многих пострадавших детей и подростков дополнительно усиливалась дезадаптация, вызванная психической травмой.

* * *

Подводя итог пройденным этапам работы по психологической реабилитации детей и подростков, пострадавших в результате теракта в Беслане, приходится констатировать, что наше общество в настоящее время совершенно не готово к решению подобных задач. Помощь пострадавшим детям оказывается бессистемно. Участвующие в этой работе профессионалы разобщены, не имеют единой концепции и стратегии. Государственные структуры не способны гибко реагировать на быстро изменяющуюся ситуацию и приспосабливаться к нуждам пострадавшего детского населения. Создание стабильно действующей службы экстренной психологической помощи детям и подросткам остается важнейшей задачей, требующей безотлагательного решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А. Я., Жорняк Е. С. Время после трагедии // Московский психотерапевтический журнал, 2005, 1, 124-139.

2. Венгер А. Л., Морозова Е. И. Опыт оказания экстренной психологической помощи бывшим заложникам. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003 (3), 1, 42-48.

3. Морозова Е. И., Венгер А. Л. Организация психологической помощи в чрезвычайных ситуациях. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003 (3), 2, 60-62.

4. Морозова Е. И., Венгер А. Л. Психокоррекция стрессовых состояний у детей и подростков, пострадавших в результате террористического акта в Беслане. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2004 (4), 2, 10-12.

5. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. – СПб. : Питер, 2002.

6. Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж. М. Техники групповой психотерапии. – СПб. : Питер, 2001.

7. Юл У., Уильямс Р. М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф. // Детская и подростковая психотерапия. / Под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера. – СПб. : Питер, 2001, 275 – 308.

8. Allen A., Bloom S. L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. // The Psychiatric Clinics of North America. / Ed. D. A. Tomb, 1994, 8, 425-438.

9. Howard K. I., Lueger R. J., Maling M. S., Martinovich R. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 678 – 685.

10. Nader K., Pynoos R. S., Fairbanks L., Frederick C. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. // American Journal of Psychiatry, 1990, 147, 1526 – 1530.

А. А. Коваль-Зайцев, Н. В.Зверева, Н. В. Симашкова

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ТЕСТА ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАНО НАЧАВШЕЙСЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Проблема психологической оценки тяжести состояния и клинической квалификации дефекта при рано начавшейся детской шизофрении является одной из важнейших в современной психиатрии и требует мультидисциплинарных системных исследований [1, 2, 4, 7]. Патопсихологические исследования шизофрении, проводимые в сравнительно-возрастном аспекте, были направлены преимущественно на оценку состояния детей при мало- и среднепрогредиентном течении шизофренического процесса, тогда как дети, больные шизофренией с прогредиентным течением близким к злокачественному или с очень ранним началом заболевания, оставались вне активного внимания специалистов-психологов [12]. Значительная частота встречаемости тяжелых форм детской шизофрении, необходимость проведения медико-психолого-педагогических коррекционных мероприятий с данным контингентом, заставляют обратиться к изучению динамики формирования дефицитарных проявлений в интеллектуальной и коммуникативной сферах у детей при рано начавшейся шизофрении со среднепрогредиентным, прогредиентным и близким к злокачественному течением болезни. В детском возрасте шизофрения протекает на фоне биологической незрелости всех функциональных систем ребенка, характеризуется полиморфностью симптоматики, наличием диссоциации в развитии, сложным сочетанием ретардации и акселерации. Большое значение имеют возраст начала заболевания и степень тяжести (злокачественности) течения [4, 5, 7, 8, 13]. Проявления дефекта при рано начавшейся детской шизофрении характеризуются разной степенью выраженности своеобразной умственной отсталости и аутизма [1, 15].

Специфика и глубина изменений психики требуют привлечения новых средств психологической диагностики, в том числе разработанных для обследования детей с умственной отсталостью и аутистическими расстройствами. Одной из таких методик является Психологообразовательный тест (английское название и аббревиатура: Psychoeducation Profile, далее - PEP), предложенный в конце прошлого века американскими учеными E. Shopler & R. Reichler. Тест сочетает в себе обращение к самым различным сторонам психической деятельности ребенка [14]. Шкала PEP, разработанная специально для оценки психического возраста и зоны ближайшего развития у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра, умственным недоразвитием, позволяет определить степень зрелости 7 сфер и параметров психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, исполнительных когнитивных функций, вербальных когнитивных функций. Шкала состоит из 7 субшкал и включает 98 основных и 32 дополнительных тестовых задания (используются в тех случаях, когда ребенок справляется с основными заданиями, касающимися соответствующей функциональной зоны, и в тех, когда выполнение стандартных заданий ему не доступно), охватывающих широкий спектр навыков.

1. Субшкала «Подражание». Включает 10 заданий, которые позволяют выявить способность ребенка имитировать определенные вещи как вербально, так и двигательно. Определение уровня развития подражания имеет большое значение для разработки индивидуальной обучающей программы, использования правильных педагогических подходов, а также оказывает дополнительную помощь при определении психопатологической структуры состояния ребенка.

2. Субшкала «Восприятие». Включает 11 тестовых заданий, позволяющих оценить функционирование двух анализаторов - зрительного и слухового. Поскольку перцептивные умения являются основой обучения и включают способность быть внимательным, отсортировывать и систематизировать поступающие из окружающей среды стимулы, эта шкала особенно важна.

3. Субшкала «Тонкая моторика». Включает 10 заданий для определения координированности движений пальцев рук и кисти.

4. Субшкала «Крупная моторика». Включает 11 заданий. Специальная тренировка навыков тонкой и крупной моторики не только улучшает координацию, но и, поскольку эти умения не требуют использования речи, являются источником радости для большинства детей.

5. Субшкала «Зрительно-двигательная координация». Определяется развитие оптико-пространственной деятельности, требующее определенного уровня развития тонкой моторики. Включает 14 заданий. Хорошее развитие зрительно-двигательной координации и тонкой моторики необходимо для овладения рисованием и в дальнейшем письмом.

6. Субшкала «Исполнительные когнитивные функции». Для правильного выполнения заданий данной субшкалы необходимо понимание устной речи, но при этом не требуется ответа ребенка в словесной форме. Включает 20 заданий.

7. Субшкала «Вербальные когнитивные функции». Сходна с предыдущей субшкалой, но при выполнении заданий требуется словесный ответ ребенка. Включает 19 заданий.

Оценка результатов проводится следующим образом. Для каждого задания определен средний возраст, по достижении которого более 80% детей, чье развитие оценивается как нормальное, могут его выполнить. По всем заданиям представлены критерии оценки, определены 3 варианта оценок: «Выполнено полностью», «Выполнено частично или с помощью», «Не выполнено». При итоговой квалификации психического возраста и уровня развития по отдельным сферам психической деятельности (при помощи «таблицы соответствия» психического возраста оценке в баллах) учитывается количество полностью выполненных заданий, а при определении зоны ближайшего развития - количество заданий, выполненных частично или с помощью взрослого. Отставание или опережение может выражаться в так называемых «возрастных порядках». Результаты обследования заносятся в стандартную форму, по этим материалам создается графическое изображение профиля развития.

PEP позволяет достоверно оценить способности ребенка в силу следующих причин: большинство заданий теста не зависят от уровня развития речи, гибкость указаний позволяет подстроить их под каждого конкретного испытуемого, материалы, используемые в тесте, конкретизированы и нравятся детям, задания на речь отделены от заданий на другие функциональные зоны.

Помимо заданий на развитие функциональных зон, РЕР содержит задания разной сложности на выявление патологии аффективной и коммуникативной сфер (взаимоотношение, взаимодействие, интерес к людям, игра и интерес к предметам), а также сенсорного и речевого развития ребенка. Сочетание одновременного исследования моторики, бытовых навыков, интеллектуальных операций, важное для квалификации дефекта при рано начавшейся детской шизофрении, встречается крайне редко.

Мы полагаем, что использование РЕР в клинике ранней детской шизофрении позволяет выявить сохранные и дефицитарные стороны психической деятельности, оценить степень и «профиль» отставания в структуре дефекта для диагностики и разработки коррекционных программ. Анализ, заложенный в процедуре оценки материалов РЕР, дополнен качественным анализом выполнения отдельных субтестов, характерным для традиций отечественной клинической психологии [6, 9, 11].

Задачей настоящего исследования является оценка диагностических возможностей РЕР при обследовании детей с рано начавшейся прогредиентной детской шизофренией в сопоставлении с другими ее формами.

С помощью данной методики были обследованы 47 пациентов (39 мальчиков и 8 девочек) в возрасте от 5,5 до 12,5 лет (средний возраст 8,8 лет). Все дети находились на стационарном лечении в 7 отделении НЦПЗ РАМН (40 чел.) или наблюдались амбулаторно (7 чел.) и имели выставленные диагнозы: шизофрения детский тип (F20.80.43), шизотипическое расстройство (F21.3, F21.4). Обследование проводилось в один–три приема, что было связано с состоянием испытуемых. Часть детей (25 чел.), вошедших в группу, были обследованы с помощью патопсихологического комплекса методик, разработанного в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН.

По материалам РЕР оценивался уровень развития интеллектуальных, моторных и социальных навыков. Комплексная оценка позволила выделить среди обследованных с помощью этой методики больных три группы: дети без задержки развития выделенных сфер, дети с легкой степенью выраженности задержки и дети с тяжелой задержкой выше названных сторон психической деятельности.

Группа с отсутствием задержки интеллектуального развития включала 15 пациентов (11 мальчиков и 4 девочки, средний возраст – 9 лет, из них 5 - с диагнозом шизотипического личностного расстройства и 3 – с диагнозом шизофрении, детский тип). По количественным показателям РЕР, психическое развитие детей немного опережает нормальное. Несмотря на высокие средние оценки уровня психического развития, у детей данной группы имеется диссоциация в развитии отдельных сфер психической деятельности. Развитие исполнительных и вербальных когнитивных функций достигает высокого уровня, но отличается выраженной дезинтегративностью. Восприятие и крупная моторика развиваются с опережением. Развитие тонкой моторики и зрительно-двигательной координации приближается к возрастному, тогда как развитие подражания и экспрессивной речи отстает. Количество заданий, выполнение которых было этим детям совершенно недоступно, минимальное. Все дети обнаруживали хороший темп работы, высокую продуктивность, интерес к предложенным заданиям.

Группа с легкой задержкой интеллектуального развития включала 20 пациентов (17 мальчиков и 3 девочки, средний возраст – 9 лет, из них 1 - с диагнозом шизотипического личностного расстройства и 7 – с диагнозом шизофрении, детский тип, 6 из которых - с олигофреноподобным дефектом). По количественным показателям РЕР, в данной группе психическое развитие отстает в среднем на 1,5 возрастных порядка. Больным этой группы свойственна выраженная диссоциация в развитии разных сфер психической деятельности. Наибольшее отставание отмечается в сферах подражания, вербальных когнитивных функций и экспрессивной речи (т. е. в сфере коммуникации, общения). Развитие тонкой моторики, зрительно-двигательной координации и исполнительных когнитивных функций отстает в меньшей степени. Сфера исполнительных когнитивных функций отличается выраженной дезинтеграцией. Восприятие и крупная моторика развиваются с минимальной задержкой. С заданиями, требующими участия произвольного внимания и выполнения последовательности из нескольких действий, большинство больных не справляется. Дезинтеграция выражается в попытках детей частично выполнять задания различной сложности, в то время как с полным выполнением даже простых заданий они не справляются. Темп работы и продуктивность больных были низкими.

Группа с тяжелой задержкой интеллектуального развития включала 12 пациентов (11 мальчиков и 1 девочка, средний возраст – 8,5 года, все с диагнозом шизофрении, детский тип, олигофреноподобный дефект). По количественной оценке в данной группе наблюдается отставание более чем на 3 возрастных порядка по большинству параметров психической деятельности. Для этих больных характерны выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер и дезинтеграция преимущественно в развитии исполнительных когнитивных функций. Максимально низким уровнем отличается развитие подражания, исполнительных и вербальных когнитивных функций и экспрессивной речи. Большинство детей произносят фразы только в состоянии эмоционального напряжения или вообще не пользуются фразовой речью. Для больных данной группы характерны бездеятельность, редукция энергетического потенциала, отсутствие мотивации к какой-либо деятельности за исключением стереотипного манипулирования стимульным материалом с использованием протопатических форм восприятия (облизывания, обнюхивания, трясения перед глазами). У больных этой группы трудно ожидать хотя бы частичной компенсации задержки психического развития из-за их низкой обучаемости.

Дети, попавшие во вторую и третью группы, имели раннее начало заболевания (в основном до 3 лет), тогда как у детей, вошедших в первую группу столь раннее начало заболевания встречалось реже.

Анализируя уровень задержки психического развития в рассмотренных выше группах, можно выделить следующие общие черты. Для всех обследуемых больных характерна диссоциация высших психических процессов – неравномерность в овладении соответствующими интеллектуальными навыками. Структура задержки интеллектуального развития различается по группам. Исполнительные и вербальные когнитивные функции имеют высокий уровень развития в первой группе, средний уровень их развития во второй группе, крайне низкий – в третьей группе. В каждой группе можно выделить

параметры, наиболее и наименее подверженные изменению**.** В таблице 1 представлены результаты выполнения методики РЕР по выделенным параметрам (в процентах от возможного из набора заданий по параметру).

Таблица 1.

Выполнение заданий РЕР в сопоставляемых группах (% от возможного количества успешно выполненных проб).

группы	подражание		восприятие		Мелкая. моторика		Крупная моторика		Зрительно-двигательные координации		Вербальные когнитивные функции		Исполнительные когнитивные функции	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
N	10	100	11	100	10	100	11	100	14	100	19	100	20	100
1	8-9	85	11+ 1 доп.	от 100	8-9	90	11+ 3 доп.	от 100	14	100	19+ 5 доп.	от 100	20+ 9 доп.	от 100
2	6-7	65	8-10	82	6-7	65	8-9	77	11-12	82	10-12	58	16-17	83
3	5 и менее	до 50	6-7	59	5 и менее	до 50	6-7	59	8-9	61	5 и менее	26 и менее	8-9	43

Таблица содержит данные о количестве выполненных проб по соответствующей сфере (норма выполнения и результаты по каждой группе). Очевидно, что имеются различия по уровню развития анализируемых сфер в изучаемых группах. Дети первой группы справлялись не только с основными, но и с дополнительными заданиями, тогда как дети других групп могли правильно выполнить около 80% при нижней границе успешности выполнения в 26% от нормы.

В таблице № 2 к 7 основным параметрам РЕР добавлен параметр развития экспрессивной речи, который оценивался по результатам выполнения всей методики в целом. Все параметры (подражание, восприятие, исполнительные когнитивные функции, вербальные когнитивные функции, крупная моторика, мелкая моторика, зрительно-двигательная координация, экспрессивная речь) соотносились с нормативным выполнением данной пробы в разных возрастах. Были выделены количественные обозначения соответствия уровня развития нормативному: +1 опережение возрастных нормативов, 0 – соответствие возрастным нормативам, -1 – легкая степень отставания от возраста, -2 выраженное отставание от нормы возраста, -3 грубое отставание от нормы возраста. Соответствующие результаты представлены в таблице 2.

Проанализируем позиции отставания-опережения по выделенным параметрам в каждой из обследованных групп детей, рассмотрим, какие из параметров более всего приближены по развитию к норме, где максимально выражено отставание.

Для 1 группы: на первой позиции по уровню развития были восприятие, исполнительные когнитивные и вербальные когнитивные функции, крупная

моторика (значение соответствия нормативному развитию +1), на втором месте находились зрительно-двигательная координация, экспрессивная речь (значение соответствия нормативному развитию 0), на третьем месте - подражание и мелкая моторика (значение соответствия нормативному развитию -1).

Для 2 группы: на первой позиции по уровню развития были восприятие, исполнительные когнитивные функции, крупная моторика, зрительно-двигательные координации (значение соответствия нормативному развитию -1), на второй позиции находились подражание, вербально-когнитивные функции, мелкая моторика, экспрессивная речь (значение соответствия нормативному развитию -2).

Для 3 группы: на первой позиции по уровню развития были восприятие, крупная моторика, зрительно-двигательные координации (значение соответствия нормативному развитию -2), на второй позиции были подражание, исполнительные когнитивные функции, вербальные когнитивные функции, мелкая моторика, экспрессивная речь (значение соответствия нормативному развитию -3).

Показатель «суммарный балл» отражает результаты детей каждой из подгрупп в сопоставлении с нормой. Очевидно, что 1 группа детей не отстает от нормативного развития, даже имеет опережение по некоторым параметрам, тогда как 2 и 3 группа имеют выраженное отставание.

Таблица 2.

Степень соответствия параметров РЕР нормативному развитию у детей, больных шизофренией.

группа	Подражание	Восприятие	Исполнительные когнитивные функции	Вербальные когнитивные функции	Крупная моторика	Мелкая моторика	Зрительно-двигательная координация	Экспрессивная речь	Суммарный балл
	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Показатели соответствия возрастным нормам								
1	-1	+1	+1	+1	+1	-1	0	0	+2
2	-2	-1	-1	-2	-1	-2	-1	-2	-12
3	-3	-2	-3	-3	-2	-3	-2	-3	-21

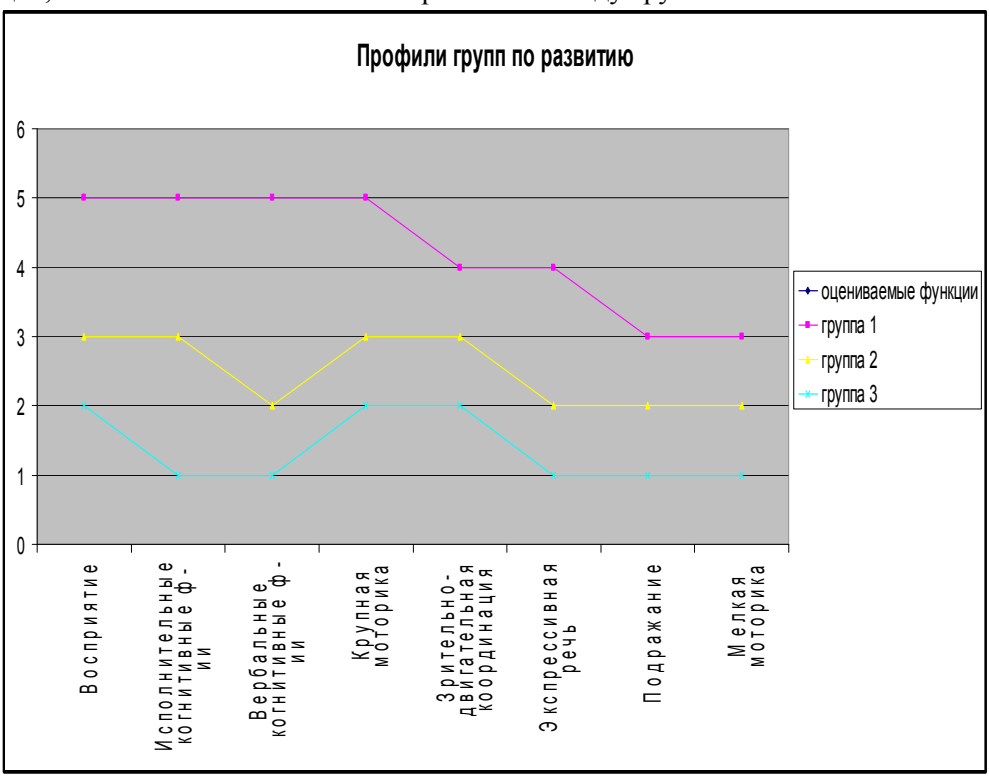
На рис. 1 представлены «профили» развития детей по выделенным группам. За основу порядка анализируемых параметров взят уровень развития в 1 группе, от максимально высокого до максимально низкого. Весь профиль можно условно разделить на три зоны: первая – зона сильной диссоциации уровня развития, вторая – зона средне выраженной диссоциации развития, третья зона – равномерная ретардация, без проявлений диссоциации.

В первой зоне уровни развития различных параметров всех групп не совпадают между собой и по отношению к норме, характер их соотношения несоответствующий. В этой области наиболее диссоциированных, расходящихся результатов представлены параметры «восприятие», «исполнительные

когнитивные функции» и «вербальные когнитивные функции». Возможно, это отражение специфики проявлений когнитивного дизонтогенеза при различном течении заболевания.

Вторая зона включает параметры: «крупная моторика», «зрительно-двигательные координации», «экспрессивная речь». В этой зоне уровни развития соответствующих параметров слабо диссоциированны, тип профиля близкий во всех группах, различается в основном его «высота» и отдельные пики.

Третья, наиболее низкая по значениям параметров зона, демонстрирует, что для всех групп наиболее проблемными, задержанными в развитии параметрами являются «мелкая моторика» и «подражание». В этой зоне все группы имеют невысокие показатели (ниже нормативных), отсутствует диссоциация, есть только количественные различия между группами.



Если оценивать отдельно профиль каждой из выделенных групп обследованных больных, то можно отметить, что **1 группа** имеет как проявления опережения нормативного развития по ряду параметров, так и совпадения и ретардации по другим параметрам, но в целом этот профиль достаточно высокий. Можно говорить о преобладании диссоциативного начала в структуре дизонтогенеза.

Профили **2 и 3 групп** снижены по отношению к норме, близки по своим характеристикам, равно отличаются высотой по всем параметрам, кроме параметра «исполнительные когнитивные функции», для которого значение во второй подгруппе на порядок выше, чем по остальным параметрам. Таким образом, проявления дизонтогенеза близки по структуре, но не идентичны ретардации или проявлениям умственной отсталости.

Общее патопсихологическое обследование было доступно преимущественно больным 1 и 2 групп. Качественный анализ полученных результатов указывает на те же сочетания ретардации и диссоциации в психическом развитии, отражающие когнитивный дизонтогенез, что и в материалах методики «Психолого-образовательный тест». Полученные данные принципиально согласуются с теоретическими положениями и практическими разработками о типах психологической квалификации дефекта при шизофрении у взрослых [9, 10]. Мы также получили три типа отклоняющегося психического развития. Первый, наиболее легкий, является диссоциированным по структуре, в нем разнонаправлены соотношения входящих в него параметров по сравнению с нормативным развитием у детей, структура второго представляет собой сочетание ретардации и негрубой диссоциации развития по сравнению с нормой, а структура третьего – преимущественную выраженную ретардацию всех анализируемых параметров по сравнению с нормой развития. Наряду с различиями, имеются и общие характеристики дефекта у всех обследованных детей. В первую очередь это касается развития тонкой моторики и подражания. Тонкая моторика имеет недоразвитие у страдающих шизофренией детей и по наблюдениям и оценкам психиатров. В основе подражания лежит направленность на социальный мир, которой во многом лишены дети, страдающие шизофренией. Это определяет общие характеристики дефекта при рано начавшейся детской шизофрении.

В заключение хотелось бы отметить, что Психологообразовательный тест можно с успехом использовать не только в рамках патопсихологического обследования детей с эндогенными психозами, но и при составлении и разработке различных коррекционных программ, направленных на улучшение социальной адаптации детей, больных шизофренией и РДА процессуального генеза. Проведенное исследование показало принципиальную возможность применения РЕР для оценки структуры нарушений психической деятельности по различным сферам при рано начавшейся шизофрении в детском возрасте. Материалы РЕР дают возможность оценить структуру изменений развития как при искаженном (первая группа), так и разных вариантах задержанного (вторая и третья группы) дизонтогенеза. Особенно важно подчеркнуть, что методика дает возможность увидеть, количественно оценить и качественно проанализировать общие и различные черты в структуре изменений психической деятельности, связанные с наличием или формированием дефекта при разных вариантах рано начавшейся детской шизофрении. Сравнительный психологический анализ разных типов нарушенного развития (с преобладанием диссоциации или ретардации) редко удается сделать одними и теми же диагностическими средствами. Опыт применения методики РЕР в клинике эндогенных психозов детского возраста в НЦПЗ РАМН показал ее широкие диагностические, исследовательские и коррекционные перспективы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) // АМН СССР. — М. : Медицина, 1980. – С. 212-239.

2. Башина В. М., Симашкова Н. В. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдаленного катамнеза // Ж. невропат. и психиатр., 1989, т. 89, вып. 8. - С. 69-75.

3. Башина В. М., Скворцов И. О., Симашкова Н. В., Красноперова М. Г. Детский аутизм процессуального генеза и синдром Аспергера в аспекте терапии церебролизином // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002, 4. – С. 39-42.

4. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. — М. : Медицина, 1971.

5. Вроно М. Ш. О некоторых нарушениях развития у детей, страдающих шизофренией // Ж. невропат. и психиатр, 1976, вып. 76, № 10. - С. 1514-1517.

6. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - М. : МГУ, 1986.

7. Козлова И. А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста (начало заболевания до 5 лет). Дисс. … канд. мед. наук. - М., 1967.

8. Козловская Г. В., Горюнова А. В. Методические подходы к изучению психических предикторов шизофрении в раннем возрасте у детей ГВР // Мат. отчета международ. рабочего совещания ВОЗ — Развивающийся мозг… и психическое здоровье // Ж. невропат. и психиатр., 1987, вып. 87, № 10. – С. 1525-1588.

9. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М. : Издательство МГУ, 1991.

10. Курек Н. С. Особенности целеобразования у больных шизофренией / В кн. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. Под ред. Ю. Ф. Полякова. - М., 1982. - С. 162-185.

11. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. - М. : Академия, 2003.

12. Мелешко Т. К., Алейникова С. М., Захарова Н. В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / В кн. : Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. Под. ред. Вроно М. Ш. - М., 1986.

13. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. - М. : Медицина, 1974.

14. Shopler E., Reichler R. : Psychoeducation Profile. Baltimor, University Park Press (1979).

15. Krevelen van Arn. D. Problems of differential diagnosis between mental retardation and Early Infantile autism//Acta Paedopsychiatrica. — 1977. — Vol. 39. — P. 8—10.

Н. Я. Семаго

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И АНАЛИЗА СТРУКТУРЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГРУППЕ ДЕТЕЙ

Московский городской психолого-педагогический университет, ППМС-Центр «Тверской» (Москва).

Традиционно задачи социометрического исследования не относилась к одной из насущных проблем клинической или специальной психологии. Социометрия, позволяющая как бы заглянуть внутрь определенного сообщества, разобраться во взаимоотношениях членов его составляющих, отражающая структуру взаимосвязей внутри этой конкретной группы, считалась задачей исключительно социально-психологической. Однако, сейчас, в связи с расширением категорий детей, по тем или иным причинам оказывающихся в массовых образовательных учреждениях, а также в связи с расширением собственно

задач психолога образовательного учреждения (будь то психолог образования или специальный психолог), все чаще и острее ставится задача понимания не только специфики развития детей и тех трудностей, которые они испытывают в обучении, но и оценки особенностей их адаптации в образовании, взаимоотношений в детской среде. Развернувшиеся в последнее время процессы как стихийной, так и плановой интеграции детей с различными вариантами отклоняющегося развития в среде так называемых «нормативных» сверстников, вызвал к жизни массу вопросов. В том числе и основной вопрос – адаптации проблемных детей в среде сверстников, в том числе и не только – об отношении к проблемным детям и о взаимоотношениях между детьми в той или иной группе образовательного учреждения, но и об отношении педагогов и родителей других детей, также обучающихся в этом классе, школе к проблемным детям. С другой стороны, специалисты образовательных учреждений прилагают большие силы и ресурсы к тому, чтобы отношения между различными детьми в группе складывались «благоприятно», поскольку от этого напрямую зависит качество адаптации проблемного ребенка [2]. Для этих целей используются и групповая психологическая работа внутри самой детской группы, и проведение родительско-детских групп, и работа внутри педагогического коллектива, и пр.

Однако до настоящего времени оценить объективно как специфику отношений внутри группы, так и результативность проводимой специалистами работы по «сплочению» детского коллектива удавалось в лучшем случае методом фиксированных наблюдений либо оценкой общего качества интеракций между детьми, которые, безусловно, можно выявить путем наблюдения за играми детей, их коммуникациями и т. п. [3, 4]. Это объясняется в том числе и тем, что классические методы социометрии, как для детей младшего школьного возраста, так и для детей с определенными вариантами отклоняющегося развития (в частности, с тотальным недоразвитием, парциальной несформированностью когнитивного компонента деятельности, вариантами искаженного и дефицитарного развития и т. п.) оказываются недоступны [4]. Предлагаемые же методы работы с детьми дошкольного возраста слишком громоздки и тем самым неудобны в применении [1]. Более того, использование классической «прямой» социометрии для детей даже подготовительной группы дошкольного учреждения следует признать недостаточно валидным с точки зрения законов социологии. Кроме всего прочего, такой важный аспект межличностной коммуникации, как самооценка ребенка, в классических вариантах социометрии принципиально невозможен. Помимо этого, оценка межличностных отношений с помощью прямых, «лобовых» вопросов, которые предусмотрены в вариантах классической социометрии типа: «с кем бы хотел сидеть за одним столом, кого бы ты хотел пригласить к себе на день рождения» и т. п., достаточно прямолинейна и в значительной степени зависит от принятых в конкретной среде социально одобряемых норм, что не в полной степени отражает неосознаваемый компонент отношений. Более того, вся история отечественной клинической и специальной психологии свидетельствует о том, что ответы детей на так называемые «глухие» инструкции и вопросы оказываются значительно более проективными и информативными. Таким образом, классические варианты социометрического исследования имеют следующие ограничения в использовании:

1) ограничения по возрасту;

2) невозможность выявления самооценочных характеристик;

3) ограничения по уровню интеллектуального развития;

4) ограниченность выборов за счет «параметричности» социометрии;

5) «прямолинейность» предлагаемых для оценки характеристик.

Это послужило причиной того что начиная с 1997 г. для исследования межличностных отношений в малой группе (классе), а далее и детей дошкольного возраста (начиная со старшей группы детского сада) была апробирована и до настоящего времени используется оценка социометрических позиций детей в группе посредством использования методики ЦТО [4, 5].

Цветовой тест отношений (ЦТО) является клиническим диагностическим методом, предназначенным для изучения эмоциональных компонентов отношений человека к значимым для него людям, в том числе и к самому себе, и отражающим как сознательный, так и частично неосознаваемый уровни этих отношений. Обоснование возможности диагностики отношений с помощью ЦТО было проведено А. М. Эткиндом [6]. Также было показано, что в ассоциациях с цветами действительно отражаются отношения детей к значимым для них людям и понятиям. Методической основой ЦТО является цветоассоциативный эксперимент, процедура которого была специально разработана в рамках создания этого теста. Использование методики ЦТО основывается на предположении о том, что характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и себе самому отражаются в цветовых ассоциациях к ним. Это позволяет выявить достаточно глубокие, в том числе и неосознаваемые компоненты отношений, «минуя» при этом защитные механизмы вербальной системы сознания.

Одним из важных показателей, который дает этот метод, является возможность получения «реальной» (неосознаваемой) самооценки ребенка, а также возможность анализа его эмоционального отношения к взрослым, находящимся рядом: к педагогам, воспитателям и др. Что для нас является также важным – цветовая социометрия с применением метода ЦТО не имеет ограничений по количеству выборов, что позволяет увидеть отношение «каждого к каждому» вне зависимости от величины группы, а сами оценки никак не связываются с социальными позициями «хорошего» или «плохого», тем самым нивелируется «навязывание» детям внешних установок значимых взрослых (педагогов и воспитателей). Последнее обстоятельство чрезвычайно важно для повышения объективности оценки межличностных отношений в детском коллективе. Чрезвычайно важным является и то, что такая процедура оценки межличностных отношений оказывается доступна детям начиная с пятилетнего возраста и, что еще более важно, – доступной для детей с различными вариантами отклоняющегося развития, поскольку инструкция проста и понятна, выбор ограничен восемью цветными карточками, возможны повторы цветов для разных людей.

Технология проведения цветовой социометрии

Процедура исследования включает в себя выбор ребенком (цветоассоциативная часть исследования) цветовых карточек, аналогичных цветам М. Люшера, для каждого из детей класса или группы, для самого себя, педагога класса, а при необходимости и для других значимых взрослых. Процедура проведения может быть как строго индивидуальной, так и групповой (при наличии

специальных бланков). Очевидно, что для детей младшего школьного возраста более адекватной является индивидуальная технология проведения исследования. Важно, чтобы к моменту проведения исследования не только обычные дети, но и дети с особыми образовательными потребностями знали друг друга по фамилиям. В противном случае необходимо в качестве помощи иметь черно-белые фотографические изображения всех детей группы. Важно, чтобы эти фотографии были достаточно однотипными. В этом случае процедура проведения исследования несколько изменяется по сравнению с «классическим» вариантом проведения цветоассоциативного эксперимента.

Таким образом, перед ребенком в случайном порядке раскладываются цветовые карточки (8 штук) и в соответствии со списком класса/группы на заранее подготовленном бланке психолог отмечает какой цвет (номер карточки, по маркировке М. Люшера) оказывается «самым подходящим» к тому или иному ребенку или взрослому. В ситуации, когда ребенок не запомнил фамилии и имена всех детей, ему параллельно с указанием на фамилию в бланке показывается фотография. Помимо этого в обязательном порядке каждый ребенок подбирает цветовую карточку, «наиболее подходящую к самому себе». Важно, чтобы этот выбор не был первым или последним в общей последовательности выборов. Психолог должен каким-либо образом отметить для себя самооценочный выбор ребенка.

После краткой (1-2 минуты) беседы на отвлеченные темы с ребенком проводится однократная выборка цветовых предпочтений в соответствии с классическим вариантом использования 8-ми цветового теста М. Люшера. В соответствии с выбором предпочтения для каждого из детей цветовые выборы переводятся в соответствующие ранги. Пример соответствующей таблицы приведен ниже.

Анализ результатов

Для проведения анализа результатов вначале необходимо произвести перевод цветоассоциативных выборов в ранги. После проставления рангов каждого выбора (в том числе и для самого себя) составляется общая для класса/группы таблица (матрица) рангов. На основании этой матрицы высчитывается среднее значение ранга для каждого ребенка, то есть таким образом выявляется усредненный рейтинг ребенка.

Бланк для ответов учащихся

№	**Фамилия И.**	**Номер цвета (по М. Люшеру)**	**Ранг (в соотв. с выбором предпочт.)**	**Прим.**
1	Акимов В.	3	**3**	
2	Бусаев О.	6	**4**	
3	Батурина Г.	5	**7**	
4	Варламов О.	4	**1**	
5	**Гурилко С.**	2	**2**	выбор для себя
6	Журавлева М.	0	**5**	
…	…	…	**…**	
20	Щербакова А.	4	**1**	
Выбор цветовых предпочтений: 4 2 3 6 0 7 5 1				

В целом данная процедура позволяет выявить:

1. Социометрический статус каждого члена группы.

2. Количество «положительных» и «отрицательных» выборов. В данном случае, «положительным» выбором считался выбор, который находился в диапазоне с 1-го по 3-й ранг (высокое эмоциональное принятие ребенком своего сверстника). «Отрицательным» считался, соответственно, выбор, соответствующий 6-8 рангу, что демонстрирует нам своего рода «эмоциональное отвержение», недостаточное эмоциональное принятие другого ребенка, а в ситуации «выбора для себя» - низкую самооценку.

3. Взаимность «положительных» или «отрицательных» социометрических выборов.

4. Самооценку каждого из детей группы (в виде соответствующего ранга).

5. Усредненную самооценку детей в группе/классе.

6. Среднерейтинговое отношение к «особому» ребенку.

7. Цветоассоциативный анализ позволяет выделить группу «поддержки» особого ребенка (в данном случае в ней оказываются те дети, которые дают минимальный ранг выбора - от 1 до 3 - особому ребенку, что говорит о высоком рейтинге этого ребенка в группе «поддержки».

8. В том числе можно и оценить гендерные показатели группы «поддержки», и определить тех «опорных» детей, которые могут служить опорой психолога в его психотерапевтической работы по принятию ребенка в детской среде.

9. Эмоциональное отношение к педагогу или другому значимому взрослому (рейтинг конкретного взрослого).

В качестве примера подобного исследования можно привести результаты анализа оценки межличностных отношений в 1 классе общеобразовательной школы, осуществляющей интегративное обучение детей с особыми образовательными потребностями. В данном классе обучались двое детей: П-ов с тотальным недоразвитием и Б-ов с «мягким» вариантом искаженного развития. Среди анализируемых ниже детей – дети с особыми образовательными потребностями выделены жирным шрифтом.

1. Среди детей класса были выявлены явные эмоциональные лидеры, все из них девочки. К ним относились: Б-ва, К-ва, В-ва. Однако средний рейтинг этих детей колебался от 3,2 до 3,5 (напомним, что максимально высокое эмоциональное принятие составляет ранг, равный 1, наиболее низкое принятие – ранг 8).

Были выявлены дети, у которых рейтинг был существенно ниже, чем у всех остальных – так называемые низкостатусные дети (по мере убывания: К-ов, Б-ин -6 низкоэмоциональных выборов , **П-ов -** 10 низкоэмоциональных выборов). Среднестатусную позицию по убыванию занимали: К-ва, П-ва, П-ин, Б-ов, М-ов, **Б-ов**, К-ль, К-ва, Г-ев.

В этом классе трудно выделить чью-либо «звездную» позицию, поскольку максимально высокий рейтинг Б-ой не имел значимых различий по отношению к другим высокорейтинговым детям.

2. При этом количество взаимных явно позитивных выборов также оказалось невысоким и соответствовало 24% от общего количества всех позитивных выборов. Причем наибольшее количество выборов эмоционального принятия (7 детей) имели детей: К-ва З. и К-ва В. Интересно, что К-ва В., напротив, не дала ни одного выбора высокого эмоционального принятия кому-

либо из детей класса.

Максимальное количество выборов эмоционального принятия (1-й, 2-й ранги) другим детям давали М-ов, П-ин и П-ва, которые сами имели достаточно низкий социометрический рейтинг в классе.

3. Взаимных выборов явно низкоэмоционального принятия в классе выявлено 18,5%.

Полученные данные о небольшом количестве как «взаимоотрицательных», так и «взаимоположительных» выборах также свидетельствует об отсутствии в классе явных микрогрупп и о нестойкости эмоциональных отношений среди детей.

Средний рейтинг **П-ва** оказался максимально низким, и в качестве группы поддержки выделились лишь двое девочек (К-ва З. и К-ва В.), которые имели высокий эмоциональный статус в классе, то есть могли являться «опорными» детьми. Среди детей со средним эмоциональным рейтингом к группе поддержки были отнесены М-в, К-ва и Г-в. Среди них лишь два мальчика.

Средняя самооценка детей в классе также оказалась достаточно высокой, что в целом соответствовало возрастным особенностям детей.

Среди детей, имеющих неадекватную низкую самооценку можно было выделить лишь К-ву В. У этой девочки, так же как и у К-вой К. отмечался максимально низкий средний ранг, даваемый ими другим детям.

Средний ранг воспитателя составлял 2.53, а педагога – 2,2, что было оценено как безусловно позитивный фактор и свидетельствовало о высоком принятии и высоком эмоциональном рейтинге и статусе педагога.

В целом в этом классе можно было говорить о недостаточной сформированности класса как группы из-за небольшого количества взаимопозитивных выборов при высоком эмоциональном рейтинге педагога.

Средний уровень эмоционального самовосприятия детей в классе оказался достаточно высоким на фоне невысокой дифференцированности эмоциональных выборов. Поскольку та же ситуация наблюдалась и в контрольном классе (где обучались только условно нормативные дети), то можно говорить, что к декабрю первого года обучения дети 1-го класса не могут рассматриваться как сплоченная группа в силу возрастных особенностей, в том числе и самого начала становления самосознания (по И. В. Вачкову). Малая дифференциация эмоциональных выборов также является специфичной для детей 6-7-летнего возраста.

Следует также отметить, что в классе среди эмоциональных лидеров находились одни девочки, в то время как среди эмоциональных «аутсайдеров» - одни мальчики.

Особое внимание обращает на себя явно негативное отношение детей к одному из интегрированному из детей (**П-ву**) и нейтральное отношение к другому особому ребенку (**Б-ву**). Важным было выявление возможной группы поддержки для явных низкостатусных детей (в частности **П-ва**). Это позволило организовать коррекционную работу по социально-психологической адаптации ребенка с учетом эмоциональных отношений в группе детей.

Использование предлагаемого варианта социометрического исследования показало, что он полностью адекватен не только оценке взаимоотношений между детьми с условно нормативным развитием, но и доступен к использова-

нию с детьми с различными вариантами отклоняющегося развития. Полученные с помощью метода цветовой социометрии данные позволяют проводить как психологическую работу по выстраиванию межличностных взаимодействий среди детей не «на ощупь», а опираясь на четкие «количественные» данные, так и принимать административные решения об адекватности выбора учителя или другого взрослого, работающего с подобной группой детей.

В настоящее время социометрический мониторинг образовательных учреждений с помощью ЦТО используется как одна из технологий деятельности школьных психологов г. Ярославля. Специалистами Центра развития образования г. Ярославля (С. В. Швецова, Е. В. Цыпленкова) разработана система компьютерного анализа результатов цветовой социометрии для различных категорий детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и коррекция психического развития дошкольников / Под ред. Я. Л. Коломинского, Е. А. Панько. – Минск : «Універсітэцкае», 1997.

2. Опыт работы интегративного детского сада. Ч. 2 / Составители М. М. Прочухаева, Т. П. Медведева. – М. , 2005.

3. Семаго Н. Я. Субъективная оценка поведения ученика педагогом и ее влияние на межличностные отношения в детском коллективе // Школа Здоровья. - 1996, № 4.

4. Семаго М. М. , Семаго Н. Я. Диагностико-консультативная деятельность психолога образования / Под общ. ред. М. М. Семаго. – М. : Айрис-Дидактика, 2004.

5. Семаго Н. Я. Метод оценки взаимодействия детей в условиях интегративной группы образовательного учреждения //Материалы III Национальной научно-практической конференции «Психология образования: культурно-исторические и социально-правовые аспекты», Москва, 2005.

6. Эткинд А. М. Цветовой Тест Отношений. Методические рекомендации / Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. - Л. , 1983.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ БЕХТЕРЕВ (1.02.1857-24.12.1927)

К 150-летию со дня рождения

Научная общественность России 1 февраля 2007 г. отметила 150-летие со дня рождения выдающегося русского ученого, мыслителя, психиатра, психолога и организатора науки Владимира Михайловича Бехтерева. Весь 2007 год проходит под знаком этой замечательной даты, проводятся конференции, научные встречи и чтения, открываются памятники.

Владимир Михайлович Бехтерев родился 20 января (по старому стилю) 1857 года в семье станового пристава в селе Сорали Елабужского уезда Вятской губернии. Мальчик рано остался без отца, семья испытывала трудности, однако мать смогла дать сыну достойное образование. В 1867 г. он начал учиться в Вятской гимназии, которую закончил в 1873 г. и продолжил обучение в Медико-хирургической академии. Летом 1877 г. участвовал в военных действиях в Болгарии в ходе русско-турецкой войны 1877-1878 гг. В 1878 г. он с отличием и премией оканчивает Медико-хирургическую академию, оставлен при академии для подготовки к профессорской деятельности. В 1879 г. В. М. Бехтерев принят в действительные члены Петербургского общества психиатров, в 1881 г. он защищает докторскую диссертацию «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных заболеваний». Решение посвятить себя невропатологии и психиатрии было подкреплено стажировками в лучших клиниках Европы, в частности, в 1884 г. В. М. Бехтерев стажировался в Берлине, Лейпциге (у В. Вундта), Вене, Париже (у Ж. Шарко).

Вклад В. М. Бехтерева в отечественную науку неоценим, с его именем связаны многие начинания. В. М. Бехтерев невероятным образом сочетал в себе качества великого ученого и мыслителя и организатора науки, а также практического врача. Его послужной список – удивителен по числу начинаний. В. М. Бехтерев – основатель первой в России (и второй в мире) экспериментальной психологической лаборатории, открытой в Казани в 1885 г. на кафедре психиатрии медицинского факультета Казанского университета; с 1893 г. Бехтерев живет и работает в Санкт-Петербурге, где выступает как организатор первой в России нейрохирургической операционной, основатель первого в мире психоневрологического института (создан в 1908 г. на общественные средства). В 1918 г. Бехтерев организовал Институт по изучению мозга и психической деятельности (позже названный Государственным рефлектологическим им. В. М. Бехтерева институтом по изучению мозга). Не только уже названное, но и многое другое в отечественной психоневрологии, неврологии, психиатрии и психологии состоялось впервые благодаря уму, таланту и энергии В. М. Бехтерева.. С его именем связаны новые направления в изучении человека (множество конкретных методических исследовательских приемов, до сих пор применяемых в психологии, блестящее развитие клинического метода в психиатрии) и новые направления лечебной деятельности (в частности, применение гипноза при лечении алкоголизма), его перу

принадлежат фундаментальные труды по анатомии, физиологии и патологии нервной системы, он является основателем новых научных направлений и школ. Психологические исследования В.М.Бехтерева тесно связаны с его психиатрическими и патопсихологическими работами. Он стремился построить естественно-научное психологическое учение, основанное на объективных методах исследования. Свою систему психологических воззрений В.М.Бехтерев называл объективной психологией (с 1904 г.), а затем - психорефлексологией (с 1910 г.) и рефлексологией (с 1917 г.). В. М. Бехтерев создал уникальную научную школу, предложил целостный подход к пациенту, который остается актуальным и в настоящее время. Следует отметить и широкую издательско-редакционную деятельность В. М. Бехтерева. Он основал ряд журналов, среди которых наиболее известны «Обозрение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии», а также «Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма». В течение 20 лет В. М. Бехтерев руководил клиникой Военно-медицинской академии, где под его руководством написано и защищено немало диссертаций.

Умер В.М. Бехтерев в декабре 1927 г., по точному определению его выдающегося ученика В.Н.Мясищева, «в полном расцвете творческих сил».

Среди направлений, отражающих научно-практический интерес В. М. Бехтерева, не последнее место занимала детская тематика. Он одним из первых применил научный подход к вопросам изучения поведения и воспитания детей раннего возраста; используя метод наблюдения, изучая развитие движений у грудных детей, он показал, что формирование индивидуальных особенностей личности начинается уже в самом раннем возрасте. Бехтерев разработал объективные методы изучения нервно-психического развития детей, его работы затрагивали процесс воспитания и обучения ребенка, специально анализировались половое воспитание, а также поведение детей раннего возраста.

В. М. Бехтерев

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ[1]

Воспитание, которое должно бы служить краеугольным камнем в жизни современного общества, до сих пор еще не пользуется ни со стороны общества, ни со стороны правительства тем вниманием, которое оно заслуживает.

Многие не отдают себе даже ясного отчета в том, какое значение в жизни человека имеет воспитание, и наивно воображают, что человеческая личность предуготовляется от природы, и то, что называется воспитанием, сводится лишь к приобретению некоторых внешних особенностей человеческой личности — манер держаться, внешним формам обращения с другими и т. п.

…Если темперамент дается человеку от природы, то именно характер человека в отличие от темперамента, приобретаемого путем унаследования, а также направление его чувств и развитие ума являются главным образом результатом его приобретения путем воспитания в период сложения личности.

В конце концов весь вопрос по отношению к развитию будущей лично-

[1] Эта работа была напечатана в № 9 журнала "Вестник воспитания" за 1900 г. Здесь публикуется выдержками. Полный текст имеется в Редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

сти сводится к тому, как будут использованы природные условия, будет ли им дано путем воспитания соответствующее развитие и направление, будут ли привиты человеку общественные чувства и будет ли выработан навык к систематической работе, или же праздность, эгоизм и легкомыслие сделаются привычным явлением для человека.

Современная медицина приходит к выводу, что собственно нравственные уроды не являются от природы, как думали еще недавно, и та форма болезни, которая Ричардом была описана как нравственное помешательство, является, как ныне выяснено, б. ч. не самостоятельной, а составляет последствие вырождения и других болезненных форм, особенно таких, как эпилепсия в истерия, при чем именно недостаток воспитания на почве вырождения приводит к нравственно порочным личностям. Равным образом ныне есть полное основание сомневаться и в существовании так называемого прирожденного преступника Lombroso. По крайней мере, в этом отношении не имеется никаких достоверных доказательств, а между тем многое говорит против.

Таким образом, все приводит нас к мысли, что если исключить чисто болезненное состояние, то нравственное уродство и преступность являются результатом недостатка воспитания и испорченности, идущей с раннего возраста.

В этом отношении особенно должно подчеркнуть то обстоятельство, что неправильное воспитание в раннем детстве является особенно пагубным для будущей личности, так как, вообще говоря, чем ранее вкореняются дурные привычки и чем дольше он остаются неустраненными, тем более прочными он оказываются и, следовательно, тем труднее он подлежат исправлению

Дети, дурно воспитанные в раннем детстве, плохо поддаются исправление и впоследствии. Поэтому, чем раньше направляется воспитание, соображаясь с развитием ребенка, тем более оно обещает успехов.

Отсюда понятно, что идеалом современного воспитания должно быть воспитание со дня рождения[2]. Как только крик ребенка возвещает нам о появлении на свет будущей личности, мы должны принять все заботы к тому, чтобы он тотчас лее был обставлен соответствующим уходом как в отношении собственной физической сферы, так и в отношении нервно-психической его деятельности.

Дело в том, что задатки, унаследованные ребенком, уже начинают проявляться в этом первоначальном периоде формирования личности. В этом периоде начинают укрепляться те или другие наклонности, приобретаемые вследствие окружающей ребенка внешней обстановки, с особенной легкостью благодаря необычайной впечатлительности младенческого мозга. Словом, в этом возрасте кладутся первые устои для создания будущей личности, и в зависимости от того, как заложены эти устои, будет зависеть и развитие наиболее важных сторон будущей личности.

Говоря о воспитании в младенческом возрасте, необходимо, прежде всего, иметь в виду хорошее физическое развитие растущего организма. Правильное питание организма в младенческом возрасте обеспечивает и нормальное питание мозга, и правильное функционирование нервной системы вообще, а в этом лежит залог правильного развития и известной стойкости нервно-психической сферы.

Но кроме нормального питания, которое составляет предмет особого изу-

[2] Подробности см. в моей работе „Вопросы воспитания в возрасте первого детства в связи с постановкой его в Педагогическом институте. „Образование", февраль, 1909.

чения и осуществление которого достигается под специальным врачебным контролем, как это практикуется, напр., в Musteranstalt в Германии и у нас в Педагогическом институте, огромное значение в отношении развития нервно-психической сферы имеют в младенческом возрасте и все внешние впечатления. Умелое воспитание должно иметь в виду уже со дня рождения правильное развитие воспринимающих органов и двигательных, аппаратов путем доставления ребенку соответствующих впечатлений и предоставления ему свободно производить свои движения, устраняя, с одной стороны, излишество и чрезмерную резкость внешних впечатлений, а с другой - устраняя не менее вредный недостаток последних. Воспитание ребенка должно предупреждать вместе с тем излишнее утомление путем соответственной смены впечатлений и обеспечивать правильное чередование сна с бодрствования. Само собою разумеется, что воспитание должно по возможности избавляй ребенка от проявления угнетающих аффектов; оно должно развивать способность сосредоточения или внимания и вместе с тем оно должно развивать и укреплять так называемую волю или выдержку ребенка; затем, умелым подбором игрушек и организацией игр и занятий воспитание должно развивать в ребенке способность к анализу и синтезу, способность к самодеятельности и находчивости и вместе с тем должно поддерживать и развивать соответственными способами интерес ко всему прекрасному, к безусловной правде и к добру.

Вряд ли нужно говорить, что воспитание должно вестись в течение всего периода развития личности вплоть до ее окончательного сложения, сообразуясь с индивидуальными особенностями человека, устраняя или смягчая по возможности все отрицательные проявления и укрепляя и развивая все то, что может относиться к лучшим сторонам будущей личности[3].

К сожалею, в наших семьях дело обстоит таким образом, что еще не сознана в достаточной мере необходимость воспитывать со дня рождения, а потому родители обыкновенно всецело предоставляют ребенка в младенческом возрасте сначала кормилицам и нянькам, а затем боннам, не подозревая, что предоставить ребенка на воспитание в столь невежественная руки в большинстве случаев значит совершенно нарушить правильное приобретение им наилучшего достояния человеческой личности, заключающегося в нравственных ее качествах.

Мы не говорим здесь, конечно, о тех случаях, когда невозможность вести воспитание в возрасте первого детства самим родителям обусловливается теми или иными экономическими условиями, отнимающими все время не только у отца, но и у матери, как это мы видим нередко в малообеспеченных семьях. Но даже и в тех случаях, в которых есть и желание, и возможность сделать для ребенка все, что возможно, часто родители оказываются бездельными помочь горю за недостатком соответствующих сведений и директив для воспитания.

Особенно чувствуется этот недостаток правильных основ для воспитания в

[3] Для того, чтобы ближе изучить условия нормального воспитания человеческой личности и осуществить его на практике, индивидуализируя соответственным образом на основании данных изучения нервно-психической сферы развивающейся личности, недавно был создан при Психо-Неврологическом институте в Петербурге средствами частной инициативы особый Педологический институт. Создание такого института, особенно при поддержке его материальными средствами, может оказать делу воспитания и выработке научных его основ существенный услуги.

раннем возрасте, благодаря чему каждая семья воспитывает своих детей на свой образец. В одних семьях дети уже с раннего возраста являются баловнями в полном смысле слова и становятся впоследствии попрошайками и лентяями, в других семьях дети в том же возрасте подвергаются жестокому и лютому обращению, испытывая беспрестанные побои со стороны старших и находясь почти постоянно под гнетом страха за наказание. И только в относительно немногих случаях дети имеют более благоприятные условия воспитания в своих семьях.

Результаты такой плачевной постановки дела налицо. При отсутствии воспитания с раннего детства дети перенимают дурные стороны своих мамок и родителей, замечая кругом себя фальшь, эгоизм, грубость и леность. С возрастом эти привитые качества под влиянием умножения примеров еще более укрепляются в ребенке, а потом родители, забыв и о той обстановке, которой окружали своих детей, и о тех примерах, которыми их обставляли, нередко сами задают себе вопрос: откуда появились дурные склонности в ребенке и почему он становится дерзким, грубым, рано получает пристрастие к мотовству, кутежам и лениво проходит школу.

Но и по выходе ребенка из младенческого возраста, когда он мог бы уже пользоваться специальными условиями так называемого дошкольного воспитания, которое было предначертано еще 250 лет тому назад великим Амосом Коменским, у нас для этого не имеется достаточно благоприятных условий.

Наше правительство о дошкольном воспитании не удосужилось даже и подумать, хотя, казалось бы, прямою его целью должна быть забота о подготовке для средней школы и вообще для общества более воспитанных лиц, нежели оно получает ныне.

Кое-что сделано и делается городскими учреждениями в целях воспитания в детском возрасте, но нельзя не отметить, что усилия городов в этом отношении далеко уступают тому, что сделано общественным самоуправлением по отношении к образованию и другим сторонам их деятельности.

Можно смело утверждать, что в деле воспитания, особенно дошкольного, больше сделано частной инициативой и различными научными обществами и организациями, нежели правительством и городскими установлениями. Ясли, детские сады и воспитательные приюты в значительной мере обязаны своим возникновением и существовании частной общественной инициативе и частным пожертвованиям. Недавно возникшее в Петербурге общество дошкольного воспитания как учреждение, обязанное частной же инициативе, также делает важный шаг в деле устроения дошкольного воспитания, и мы пожелаем ему на этом пути возможно большего успеха.

Не лучше обстоит дело с воспитанием в наших школах. Как известно, наши низшая и средняя школы, оставляют воспитание в более или менее полном пренебрежении, а между тем, кто может сомневаться в том, что наши школы принесли бы значительно больше пользы, если бы время, которое проводится ребенком в школе, было потрачено не на одни только образовательные, но и на специально воспитательные цели.

Если мы спросим себя, что у нас делалось в целях школьного воспитания, то, к сожалению, мы должны ответить на этот вопрос жестом недоумения. Известно, что забота правительства у нас в этом отношении направлялась, между прочим, на воспитание женщины привилегированных классов населения и выразилась созданием женских институтов. Но об особенностях воспитания в женских институтах здесь мы не будем говорить, так как дело идет в данном

случай о школах, выросших исключительно на почве классовых воззрений.

В другом случае об усилиях правительства в отношении воспитания юношества можно говорить, обращаясь к военным школам и юнкерским училищам. Это воспитание, каково бы оно ни было, имеет, однако, узко военные цели и стремится к выработке из личности человека-машины, исполнителя велений другого лица.

Но не это, конечно, является идеалом воспитания в общественном смысле.

Наконец, остается еще небольшое количество других школ с интернатами или так называемыми приютами. Но о них лучше совсем умолчать, чтобы не возбудить краску стыда за те результаты воспитания, которые получаются в этих учреждениях.

Что же касается школ общего типа, как наши гимназии, реальные училища и другие профессиональные школы, то в них о воспитании вообще не думают. Наши гимназии, эти школы печальной памяти графа Д. Толстого, обезличивающие детей, как известно, уже при самом своем основании оставили вопрос о воспитании совершенно в стороне, предоставив его семье, а между тем можно ли сомневаться в том, что семья сохраняет свой авторитет для своих детей лишь до школьного периода, с наступлением же последнего появляются условия, при которых родители утрачивают значительную долю своего влияния над ребенком. Вследствие этого последние, не только не встречая никаких воспитательных условий в школе, кроме отрицательных ее сторон, оказывается во власти того явления, которое зовется «товариществом» и которое в свою очередь нередко подчиняется тем стихийным влечениям, которые руководят психологией масс.

Можно ли удивляться после этого, что ребенок, поступив в школу, в которой вместо воспитания он встречает несимпатичный ему начальственный надзор, а вместо обучения своеобразную безжизненную гимнастику ума с помощью ненужных ему древних языков, подвергается растлевающему влиянию со стороны уже ранее испорченных старших товарищей, стремящихся тотчас же обратить в «свою веру» неофита.

Что касается самого обучения в гимназиях, то оно убивает в питомце лживой дух инициативы своим суровым, мертвящим педантизмом, чисто схоластическим направлением занятии и преобладанием мертвого учебного материала над живым материалом окружающей человека природы и жизни.

Не мудрено, что такая школа, убивая всякую энергию, уничтожает в то же время и интерес к школьным занятиям.

Она отвращает от себя своих питомцев, заставляя их даже ненавидеть свою alma mater, убивает всякий интерес к знанию и учению и выбрасывает за борт в общей сложности не менее двух третей нравственно и умственно искалеченных юношей из числа тех, которые попали в такую школу и оставались в ней то или другое время ради суровой жизненной необходимости. Результаты такого воспитания общеизвестны. Куда пошли ежегодно выбрасываемые из гимназии воспитанники, мы доискиваться не станем. Но и те, что закончили среднюю школу с напряжением всех своих сил, дали в своем лице и физически, и духовно хилое поколение молодежи, неспособное выдерживать натиск жизни, не отличающееся ни стойкостью духа, ни качеством своих нравов.

Изгнав из школы даже такие предметы, как законоведение, мы не замечаем при этом той глубокой иронии, которая сокрыта в словах законодателя, что никто не может отговариваться незнания законов.

Но еще важнее писаных законов этические законы, законы естественного правопорядка между людьми, знакомство с которыми и исполнение которых для всякого человека составляет его нравственный долг и обязанность. В этом отношении невольно напрашивается аналог со школами Западной Европы, где вопросы гражданской морали далеко не остаются в таком пренебрежении, как у нас. Не говоря о целом ряде прекрасных школ с воспитательным направлением, который мы видим в Англии, во Франции и в других странах, здесь не забывается и преподавание гражданской морали в школах общего типа, соответствующих нашим низшим городским школам и гимназиям. Еще недавно член гос. думы П. Каменский познакомил русское общество с тем, что делается в этом отношении в союзной нам Франции. В 1881 году законом введено обязательное преподавание во всех французских школах гражданской морали. Программа по праву и морали рассчитана во Франции на 6 лет начального обучения (с 7-ми до 13-ти лет).

…О значении борьбы за право школы самой определять воспитание ребенка соответственным образом, недавно завершившейся во Франции совершенным устранением католического духовенства из школы, у нас вообще мало осведомлены и полагают, что это один из худших примеров, которые показала нам современная Франция.

…15 января 1850 года во французском законодательном собрании в Париже происходило бурное заседание. Член этого собрания В. Гюго в огненной речи громил католическое духовенство за его попытку наложить руку на дело народного просвещения. Речь оратора была исполнена искренности, правды. Он боялся «передать» католическому клиру воспитание будущих поколений Франции, ибо, говоря его словами, «передать» в данном случае означало *бы предать*... Действительно, опыт учит, что западное духовенство, становившись во главе великого дела народного образования, обычно уклонялось от воспитания, завещанного Спасителем, по которому единственной целью воспитания было просвещение души, имеющей божественное происхождение. Духовенство обратило воспитание в ancilla ecclesiae, в прислужницу церкви и вернее его самого. Вот почему оно ставило себя в такие условия, при которых ему приходилось распространять темноту вместо просвещения, насаждать лицемерие вместо того, чтобы развивать и укреплять истинная религиозные чувства. Поэтому В. Гюго не останавливали заявления его противников о необходимости обучения в религиозном духе, патент на которое католическое духовенство оставляло неукоснительно за собой. Оратор знал, что святые слова: «обучение в религиозном духе» были только прикрытием властолюбивых вожделений клерикальной партии и в следующих сильных выражениях он нарисовал картину действительного религиозного обучения:

«Вы говорите о религиозном обучении?» спросил В. Гюго. «Знаете ли вы, — продолжал он,— что такое религиозное обучение, то, пред которым надо преклоняться, которому не надо препятствовать. Это — сестра милосердия у одра умирающего. Это — брат святой общины, выкупающий раба. Это — Викентий Павел, дающий приют найденышам. Это — марсельский архиепископ среди зачумленных. Это — парижский архиепископ, с улыбкой обходивший ужасное С. Антуанское предместье, поднимающий распятие среди гражданской войны и не боящийся воспринять смерть, ибо он приносит мир. Вот где настоящее религиозное обучение, действительное, глубокое, плодотворное обучение, которое, к счастью для религии и человечества, создает

более христиан, чем вы губите»

…Идеал, начертанный тогда же В. Гюго в области образования, гласит, что «народное образование должно быть обязательно даровым, сохраняющим в неприкосновенности принцип свободы обучения и состоящим исключительно под надзором государства, которое представляется особым советом, не допускающим в свою среду епископов».

…Мы считаем особенно важным, чтобы нравственные начала прививались ребенку с самого раннего возраста, еще с пеленок, с колыбели, ибо более ранние приобретения всегда оказываются и более прочными. Оставление же ребенка в течение первых лет его жизни игре случая, а еще хуже — дурному влиянию необразованных нянь, — это значит обрекать ребенка на укрепление быть может самых нежелательных свойств его личности. Ребенок — существо по преимуществу чувственНое, и его чувства следует развивать и направлять соответственным образом с первых дней жизни человека. При этом, конечно, должно иметь в виду не сухие наставления, которыми у нас обычно обременяют ребенка, возбуждая в нем лишь чувство скуки и отвращения, а пользоваться живым примером, обстановкой, рисунками, играми, рассказами и беспредельно ласковым отношением к ребенку лиц, которые руководят воспитанием.

При правильном ведении воспитания не только не может быть речи о каких-либо наказаниях, но даже не должно быть каких-либо строгостей, так как само воспитание должно возбуждать в ребенке добрые чувства и, поддерживая в ребенке саморазвитие, дух инициативы, доставляя ему удовольствие, должно вестись без всякого принуждения.

Что воспитание должно сообразоваться с природой ребенка и с особенностями его психологического склада, о чем еще учил великий Песталоцци, - должно быть ясно само собой.

Без сомнения, и самый способ преподавания в школах должен иметь в виду развитие духа самостоятельности в ребенке, как это принято, между прочим, в некоторых странах Западной Европы.

…Помимо развития духа самостоятельности и критического отношения к предмету, способ преподавания должен быть рассчитан на то, чтобы возбуждать в ученике интерес к знанию, что в значительной мере зависит от формы изложения, и чтобы самое учение возбуждало в ученике лишь чувство удовольствия и развивало любовь к предмету, что обусловливается не одной только формой, но и строгой последовательностью в доставлении знаний, соответственно силам ребенка.

…Специально по отношению к воспитанию лучшие результаты, повидимому, достигаются в английских и американских школах, развивающих дух инициативы, самодеятельности и самоуправления. В этом смысле и во французской литературе раздаются голоса в пользу английского воспитания. Вот, например, что говорит по этому поводу Ле-Бон, известный исследователь социализма.[4]

«Основной принцип английского воспитания тот, что ребенок проходит через школу не для того, чтобы быть дисциплинированным другими, а для того, чтобы познать пределы своей независимости. Он должен сам себя дисциплинировать и приобрести таким образом контроль над собою (Self-control), из которого происходит самоуправление (Self-governement). Англий-

[4] *Густав Ле-Бон.* Психология социализма. СПб., 1908 г., стр. 202—203.

ский юноша выходит из школы с очень малыми сведениями по древним языкам и небольшими теоретическими познаниями, но в ней он стал человеком, умеющим руководить собою в жизни и рассчитывать только на самого себя. Методы воспитания, позволяющее достигать такого результата, удивительно просты. Подробное изложение их можно найти во всех книгах о воспитании, написанных англичанами».

Того же принципа держатся и американские школы. И в них все направлено к тому, чтобы поддержать и развить в своих воспитанниках дух самостоятельности и самодеятельности.

«Того, кто посетил в первый раз американскую народную школу, хотя бы, например, в беднейших классах Нью-Йорка или Чикаго, где учатся дети американских поселенцев, еще мало американизовавшихся, — говорит профессор Фр. Форстер[5],—поражает, прежде всего, отношение между учителями и учениками, основанное на свободном взаимном уважении и доверии.

Там только можно получить понятие о том могущественном влиянии, какое оказывают на характер и нравы молодого поколения, проведенные с глубокой последовательностью принципы самоуправления, самодеятельности и самостоятельности. Не подавление сил ученика, а их широкое, свободное и всестороннее развитее и выправка из них же добровольной дисциплины—вот основной и руководящий принцип американского школьного воспитания».

Спрашивается, можем ли мы мириться с положением, что в деле школьного воспитания, как и во многих других случаях, мы существенно отстаем от Запада, забывая, что отставать в воспитании — это значить сдавать жизненной позиции везде и во всем. Ведь результаты воспитания определяют личность, а в целом государстве они определяют характер народа и обусловливают то экономическое и политическое положение, которое он заслуживаете по результатам своего воспитания и образования.

Кому неизвестно, что мы уже дошли до того, что из богатейшей в мире страны сделали ее наследие беднейшим во всем цивилизованном мире, причем в силу нищеты и поразительной некультурности населения и смертность его достигла ужасающей цифры в 31,5 на 1000 (за 1902 г.), что превышает более, чем вдвое, смертность Англии с Валлисом, Норвегии и Дании[6]. И, несмотря на все это, мы все еще не торопимся с введением всеобщего образования, которое должно быть неразрывно связано с воспитанием.

Разве наше нравственно искалеченное, слабое духом и телом юношество не составляет очевидного результата нашего удивительного пренебрежения в воспитании. Те полуживые пессимисты, бесплодные мечтатели и все вообще надломленный в корне личности, которых мы видим кругом себя и которых отражает наша литература, являясь сама результатом когда-то бывшего в моде бесплодного нытья, разве не составляют продукта недостаточности нашего воспитания, которое не выработало в них даже известной стойкости характера, чтобы прямо смотреть в глаза действительности и работать на общую пользу, хотя бы и при неблагоприятных условиях.

Пренебрежение к воспитанию вообще и школьному в частности, между прочим, лежит в значительной мере и в основе того явления, которое пред-

[5] Профессор Фёрстер. Нравственное воспитание на Западе. „Бирж. Вед.«, 17 июля 1909 г.

[6] См. Озеров. Россия в цифрах. „Вести. Знан.", янв. 1909 г.

ставляют собою так называемые школьные самоубийства. Само собою, разумеется, что причины детских самоубийств глубоки и разнообразны. Но что в значительной мере здесь сказывается недостаток воспитания, это не может подлежать сомнению.

…Но и сама семейная жизнь, вся обстановка и детские игры должны быть орудиями воспитания ребенка, так как от всех этих условий в общей совокупности зависит развитие будущей личности человека. Но каково бы ни было воспитание в семье и в школе, оно в большинстве случаев не действует на детей столь пагубным образом, как действует на них улица.

Много ли наших семей обеспечены так, чтобы не оставлять детей без надзора на улице, а наши улицы, особенно улицы больших городов, не могут не действовать на детей самым растлевающим образом. Вряд ли нужно доказывать, что полная испорченность детей является прямым и ближайшим следствием этих условий.

В этом отношении хуже всего дело обстоит с так называемыми заброшенными детьми, которые, будучи предоставлены улице, лишены совершенно облагораживающего влияния материнской любви и семейного очага. Заброшенные дети, дети улицы, растлеваемые хулиганами и сами будущие хулиганы и преступники, — вот страшное зло нашей общественной жизни!

Откуда же возникают заброшенные дети? Нетрудно догадаться, что они являются последствием того, что в последнее время именуется пауперизмом. Пауперизм есть всем известный результат нашего капиталистического строя и его прямого следствия — огромного распространения алкоголизма в наследии. Заброшенными же детьми следует признать всех тех, которые вследствие особо неблагоприятных условий своей семьи нищенствуют, бродяжничают и предаются пьянству и разврату.

В конце концов, пауперизм является ближайшим следствием ясно выраженной слабости семьи в каком-либо отношении, например, вследствие болезней, физической слабости возраста и т. п., и в конечном своем результате неизбежно приводит к угасанию семьи. Это есть в настоящем смысле слова социальная форма вырождения, которая ничуть не менее губительна, нежели физическое вырождение, от которого так жестоко страдает наше общество.

…Вряд ли нужно говорить, что причины столь печального положения ничуть не заключаются в самих родителях. По крайней мере, исследования Th. Russel'я[7] относительно 542 брошенных на произвол судьбы детей показывают, что только одна пятая часть их родителей может быть признана лицами недостойными, в вульгарном смысли слова, тогда как около двух третей представляют родители, впавшие в нищету в такой степени, что лишены возможности содержать своих детей, в 20 случаях дело идет о смерти родителей, в 58 случаях— о безвестном отсутствии родителей и лишь в 74 случаях причиной заброшенности детей явились их собственные пороки.

…Если я остановил ваше внимание на вопросе о заброшенных детях, то с тем, чтобы напомнить, что особое положение семьи и в особенности улица до такой степени растлевают этих детей, что из них-то и формируется тот ужасный кадр детских преступников, которые составляют заботу всех обществ и всех правительств…

[7] Revue penit. 1894 г., стр. 839. Гогель, loco cit.

По словам G. Bessiere'a[8], ребенок становится вором или бродягой потому, что необходимость обеспечения куска хлеба отвлекла его родителей от семейного очага и предоставила ребенка на произвол судьбы…

…Нам нужно ближайшим образом не только озаботиться правильным воспитанием детей в семьях, сообразно лучшим принципам воспитания, которые следует распространять, возможно шире в разных слоях нашего общества, но необходимо озаботиться и общественным воспитанием детей, которого, в сущности, говоря, если не говорить об исключениях, у нас еще нет, а между тем его необходимо создать, в особенности для неимущих классов общества, где дети в рабочие дни почти даже не видят своих родителей дома. Дело воспитания, как мы его понимаем, есть дело общенародное. Оно должно быть принадлежностью не отдельных только лиц, а всего народа, и там, где меньше всего семья может располагать возможностью воспитывать своих детей, там и нужна в особенности помощь общественных организаций, преследующих цели воспитания…

В этом смысли наши школы, особенно средние, должны быть коренным образом преобразованы. Пусть специалисты-педагоги скажут, как должно преобразовать наши школы в воспитательно-образовательные учреждения.

Но во всяком случай от школы должно требовать, чтобы она развивала по возможности все стороны человеческой личности, индивидуализируя воспитание соответственно тем или другим особенностям ребенка, и всеми способами усовершенствовала и облагораживала развивающуюся личность. Необходимо, чтобы умственный материал в школах давался в такой форме, чтобы он мог возбуждать в учащемся живой интерес и чтобы он легче и прочнее укладывался в его мозгу. Необходимо далее, чтобы упражнения в умственной работе соответственным образом развивали память, будили мысль и дисциплинировали логику обучающегося и чтобы путем воспитания в них развивалось самообладание, вселялось понятие чести, достоинства и долга и закалялись энергия, и настойчивость в его выполнении.

При всем том школа должна поддерживать в воспитанниках их самодеятельность, поддерживая тем бодрое в них настроение, столь важное и для успешного прохождения школы; вместе с тем она должна привязывать к себе воспитанников ласковым обращением учителей, воодушевлять их примером и прививать к ним лучшие душевные качества и нравы.

Должно иметь в виду, что школа только тогда будет удовлетворять своему назначению, когда ее ученики будут любить свои школьная занятия, будут любить своих учителей, будут любить даже самая стены школы. Любовь детей — это первый показатель воспитательного значения школы

…И вот мне представляется, что когда не только более пли менее урегулируется у нас семейное воспитание, но и разольется широкой волной общественное воспитание, проливающее свет в души детей всех вообще слоев населения, не исключая и детей неимущих классов, — детей, являющихся настоящими пасынками судьбы и ныне нередко кончающих жизнь преступлением и развратом, тогда-то будут пожинать плоды своих усилий те лица и деятели, которые выходят ныне на подвиг воспитания своего народа. «Сейте разумное, доброе, вечное, сейте! спасибо вам скажет сердечное русский народ».

[8] Bessiere. Revue penit. 1901 г., стр. 103. Гогель, loco cit.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

С. А. Игумнов

ОСОБЕННОСТИ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. МИНСКА

Белорусский государственный медицинский университет (Минск).

В настоящее время среди государств, ранее входивших в состав Советского Союза, по уровню регистрируемых случаев насильственной смерти, квалифицируемых как суициды, Российская Федерация и Республика Беларусь занимают соответственно четвертое и пятое место. По данным Госкомстата, в 1990-1991 годах из 100 тыс. россиян 26 человек добровольно расстались с жизнью. В 1992 году численность суицидентов увеличилась до 31, а в 1993 году – до 38 на 100 тыс. населения [1]. Во второй половине 1990-х годов число суицидов в различных регионах России варьировало от 35 до 45-50 случаев на 100 тыс. населения в год [2]. В 2002 г. частота завершенных суицидов в стране составила 38,6 случая на 100 тыс. населения, тогда как соответствующий средний показатель в мире равен 14,5 на 100 тыс. В Российской Федерации самоубийство как причина смерти занимает четвёртое место после сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и болезней органов дыхания [2, 3].

В Республике Беларусь на протяжении 1997–2004 гг., так же как и в России, сохраняется достаточно высокий, по мировым стандартам, уровень суицидальной активности населения. Средний относительный показатель (на 100 тыс. населения) завершенных суицидов за 1997–2001 г.г. (5 лет) в стране составил 33,8 случая на 100 тыс. населения [2], что в 2,5 раза выше среднемирового показателя (14,5 на 100 тыс.) и в 1,7 раза выше установленного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) «критического уровня» частоты суицидов – 20 случаев на 100 тыс. населения в год. Особенностью суицидального поведения населения России и Беларуси является более низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности.

Весьма неблагополучна и ситуация в плане суицидального поведения подростков. Характерной особенностью суицидального поведения подростков является выраженное количественное преобладание суицидальных попыток (СП) над завершенными суицидами (в 8–10 раз). Статистические данные показывают лидирующее положение России, Казахстана и Беларуси среди стран СНГ по уровню завершенных подростковых суицидов (22, 21 и 17,3 самоубийства среди подростков 15-19 лет на 100 тыс. подросткового населения соответственно [4, 5]. Таким образом, суицидологическая обстановка в Российской Федерации, Республике Беларусь и ряде других стран постсоветского пространства складывается неблагоприятно, и по общемировым стандартам эти страны входят в число государств с неблагополучной суицидологической ситуацией.

Вместе с тем, опыт стран– «суицидальных рекордсменов» 1980-х гг. (Дания - 48 суицидов на 100 тыс. нас., Венгрия- 47 суицидов на 100 тыс. нас.) [6] показывает высокую эффективность разработанных в этих странах про-

грамм превенции суицидов, на фоне реализации которых происходит значительное снижение частоты случаев насильственной смерти, квалифицируемых как самоубийства (в 1996 г. в Дании зарегистрирован 21,0 суицид на 100 тыс. нас., в Венгрии в 2001 г. – 29,2 суицида на 100 тыс. нас.), что находит свое подтверждение в новейших международных публикациях [7].

В качестве основной гипотезы, объясняющей сохраняющийся высокий уровень суицидального поведения в странах «постсоветского пространства», в большинстве научных публикаций рассматривается дизадаптация населения в новых социально-экономических и социально-культурных условиях, сложившихся в результате распада Советского Союза. Социальная политика современного Белорусского государства направлена на преодоление указанных негативных тенденций. В последние годы, по данным социологических опросов, наблюдается улучшение или стабилизация показателей, отражающих особенности восприятия населением социально-экономической ситуации – улучшение самооценок материального положения населения, снижение объемов нисходящей профессиональной мобильности и малообеспеченности.

Все вышеуказанное диктует настоятельную необходимость разработки концептуальных основ профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, и родственникам жертв суицидов. Данное направление научных исследований соответствует фундаментальным основам Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг. Оно осуществляется в рамках подпрограммы «Укрепление здоровья и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения», п.п. 29-31.

СП — «целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью» [8], — встречаются чаще, чем завершенные суициды (на один завершенный суицид приходится в подростковом и юношеском возрасте, по данным исследователей, от 10 до 50-100 СП [9]. Эти случаи представляют практический интерес в плане психотерапии, последующей социально-психологической адаптации и разработки действенных мер по предупреждению суицидальных и других аутоагрессивных действий.

Материал и методы исследования. Нами исследована популяция лиц, совершивших СП в подростковом возрасте. В ходе исследования выявлялись различия между группами лиц, совершившими первичные и повторные СП в подростковом возрасте. Методом исследования явилось изучение историй болезни и проведение клинических интервью с лицами подростково-юношеского возраста, стационированными по поводу СП в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (ГКБСМП) г. Минска (анализировались лишь случаи нервно-психических расстройств непсихотического уровня ввиду их абсолютного преобладания).

Объектом исследования были лица в возрасте 15-19 лет, поступившие в отделение токсикологии ГКБСМП с 2000 по 2005 гг. по поводу СП в количестве 222 человек, в том числе по поводу первичных СП - 192 человека (171 девушка — 89,9% и 21 юноша — 10,1%), по поводу повторных СП - 30 человек (24 девушки — 80,0% и 6 юношей — 20,0%). Все парасуициденты в период пребывания в токсикологическом отделении были проконсультированы

психиатрами. Лица, совершившие первичные СП, выделены нами в группу СП-1, лица с повторными СП составили группу СП-2. Изучались следующие факторы, определяющие характер суицидального поведения:

- наличие суицидальных тенденций в ближайший постсуицидальный период (1-7 дней с момента совершения СП);

- характер и частота психических и поведенческих расстройств, выявленных у парасуицидентов.

Важной задачей исследования являлось также прогнозирование уровня суицидального риска в будущем.

Наличие суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде определялось с применением Шкалы суицидальных тенденций (SIS) [10]. SIS представляет собой инструмент для объективной оценки обстоятельств парасуицида интервьюером. В левом столбце приведен перечень примерных вопросов, задаваемых пациенту. При необходимости используются другие уточняющие вопросы или опускается часть предложенных (в случае их очевидной неадекватности ситуации). Ответы оцениваются в баллах от 0 до 2. Максимальное количество баллов - 30 (0-10 - низкий; 11-20 - средний; 21-30 -высокий уровень суицидальных интенций). Для прогнозирования уровня суицидального риска была использована Шкала суицидального риска, разработанная Г. В. Старшенбаумом [11], где учитываются как факторы риска суицида, так и антисуицидальные факторы: низким считается суицидальный риск до 10 баллов, средним – от 10 до 15 баллов, высоким – более 15 баллов.

Обсуждение результатов. Данные, характеризующие наличие и выраженность суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде, отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Наличие и выраженность суицидальных тенденций в раннем постсуицидальном периоде.

Выраженность суицидальных тенденций	СП-1 (n=192)		СП-2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкая	182	94,8	22	73,3 *
Умеренная	7	3,6	5	16,7
Высокая	3	1,6	3	10,0*

* различия достоверны по сравнению с группой «первичных» парасуицидентов при $p<0,05$ и ниже.

Как видно из таблицы 1, суицидальные тенденции (умеренные и выраженные) сохранялись чаще в группе СП-2 по сравнению с группой СП-1, причем в группе СП-2 достоверно чаще среди мужчин, чем среди женщин ($p<0,05$). Низкая выраженность/отсутствие суицидальных тенденций чаще наблюдалось в группе СП-1, чем в группе СП-2, причем чаще их не было у лиц женского пола (по сравнению с мужчинами). В группе СП-2 по сравнению с группой СП-1 отмечалось достоверное ($p<0,01$) преобладание расстройств личности (F60, по МКБ-10), невротических и соматоформных расстройств (F4, по МКБ-10) и психических/поведенческих расстройств непсихотического уровня в целом. В группе СП-1 преобладали лица с острыми реакциями на стресс — состояниями, обусловленными психологическим кризи-

сом и претерпевавшими положительную клиническую динамику на протяжении 2–3 суток (p<0,01). Показатели уровня суицидального риска среди подгрупп парасуицидентов отражены в таблице 2.

Таблица 2.

Показатели уровня суицидального риска среди подгрупп парасуицидентов.

Уровень суицидального риска в постсуицидальном периоде	СП-1 (n=192)		СП-2 (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Низкий	180	93,8	30	75,0*
Умеренный	7	3,6	6	15,0*
Высокий	5	2,6	4	10,0*

* различия достоверны по сравнению с группой «первичных» парасуицидентов при p<0,05 и ниже.

Заключение. Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что у лиц подросткового возраста, совершивших СП повторно, отмечается достоверное преобладание устойчивости суицидальных тенденций, обусловливающих повышенный уровень суицидального риска, и распространенности клинически очерченных форм психической патологии.

На основании полученных данных в 2007–2011 гг. на базе Государственной службы медицинских судебных экспертиз Белорусского государственного медицинского университета и Минского городского центра пограничных состояний планируется провести мультифакторное исследование региональных особенностей суицидального поведения населения г. Минска. Исследование будет осуществлено путем анализа данных, содержащихся в документации Государственной службы медицинских судебных экспертиз, психиатрической и наркологической служб. В последующем полученные данные будут использованы при разработке концептуальных основ профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние. Комплексный анализ результатов клинико-катамнестического исследования лиц, совершивших СП, с использованием клинических и психофизиологических методов позволит выявлять наиболее угрожаемые в плане риска повторных суицидов контингенты и сфокусировать на них эффективную профилактику и лечение. Значимым аспектом исследования явится верификация и унификация судебно-психиатрических критериев оценки случаев насильственной смерти, квалифицируемых как суициды. В процессе исследования планируется разработка и практическое внедрение комплекса диагностических экспертных критериев для математического моделирования уровня суицидального риска.

Данное исследование позволит создать концептуальные основы профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и стимулировать формирование региональных программ оказания специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, и родственникам жертв суицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анискин Д. Б. Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России / Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Сб. науч. трудов. - М. : РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1996. - С. 13-16.

2. Игумнов С. А., Григорьева Н. К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь // II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Минск, 3–6 ноября 2003 г. – М. : Социальный проект, 2003. – С. 59-60.

3. Ласый Е. В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике. Методические рекомендации. – Минск, 1999. - 21 с.

4. Игумнов С. А. Психотерапия детей и подростков. - Минск:Мет, 2004. - 287 с.

5. О положении детей в России. Государственный доклад. 2000. - М., 2002.

6. Бородин С. В., Михлин А. С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983. - С. 20—32.

7. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире: пер. с англ. - Женева: ВОЗ, 2003.

8. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. -М., 1978. - С. 6-28.

9. Kaplan H., Sadock B., Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. - Baltimore: Williams&Wilkins, 1991. - 903 p.

10. Weishaar M., Beck A. Cognitive Approaches to Understanding and Treating Suicidal Behavior // Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients / Ed. by Susan J. Blumenthal et David J. Kupfer. –Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990. – p. 469-498.

11. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М. : Когито-Центр, 2005. - 376 с.

В. А. Морозов

«НОВОЕ ЗАВТРА»: ТРЕНИНГОВАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАКТА В БЕСЛАНЕ[1]

Агентство социально-психологического развития «ПУТЬ» (Москва).

В результате теракта в Беслане психологическую травму получили не только заложники. Травмированным оказался практически весь город. Большинство реабилитационных программ в Беслане было адресовано дошкольникам, младшим школьникам и взрослым. Подростки оказались почти лишены психологической помощи. Вместе с тем, они являются самой уязвимой частью общества, поскольку этот возраст характеризуется психологической нестабильностью. В результате трагедии резко нарушился процесс становле-

[1] Настоящая программа разработана и проводится под руководством А. Тагиева и В. Морозова. Работа осуществляется совместно с Министерством образования Северной Осетии и Российским представительством Charities Aid Foundation.

ния личности, оказались утеряны жизненные перспективы и планы. Типичной для старшеклассников Беслана стала пассивная жизненная позиция, широко распространились рентные установки. Бесланское общество оказалось разделено на заложников и «непострадавших». Между этими группами населения существует серьезная напряженность. В соответствие с этим, мы поставили перед собой следующие **задачи**:

1) снятие стрессового состояния у бесланских подростков и возвращение им ощущения мирной жизни;

2) преодоление рентной установки и пассивности среди молодежи Беслана;

3) пробуждение у подростков социальной активности, направленной на благоустройство жизни в городе;

4) преодоление возникшей разобщенности подростков благодаря организации их совместной деятельности.

В программе принимают участие 260 учащихся старших классов из всех средних учебных заведений Беслана (семь школ и профессиональное училище № 8). Целевой группой программы являются не только прямые жертвы теракта, а все старшеклассники города. Проект «Новое завтра» рассчитан на массовую социальную реабилитацию молодежи Беслана.

На **предварительном этапе** работы была подготовлена команда тренеров–ведущих программы. Она состояла из шести московских и четырех бесланских специалистов. Подготовка проходила в форме тренингов и обсуждений на базе Центра психологической реабилитации детей и подростков при ЦРКБ Правобережного р-на (г. Беслан) и Института Гармоничного Развития и Адаптации – «ИГРА» (г. Москва).

В феврале–марте 2005 г. в горах, в 40 км от Беслана, проводилась **серия тренинговых марафонов.** Они были направлены на создание пространства, способствующего социальной самореализации подростков и молодежи. Всего за время марафона прошли 4 трехдневных потока, в каждом из которых участвовали 60-70 человек.

В процессе тренинга каждый поток распределялся на 4 подгруппы так, чтобы в каждой были представлены учащиеся из разных учебных заведений. Благодаря этому в процессе тренинга устанавливались взаимоотношения в межшкольных группах. Занятия проводились двойками тренеров из Москвы и Северной Осетии под руководством ведущего тренера А. Тагиева. Работа включала элементы социально-ориентированных тренингов, игровые методики, групповые и индивидуальные консультации. В качестве основы использовалась адаптированная под задачи тренинга программа «Дискавери» (автор Джин Беруби). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Это достигается посредством преодоления ряда препятствий и трудностей, благодаря помощи и поддержке других, в частности, ведущего и группы в целом.

В ходе психологической работы старшеклассники получили возможность снять эмоциональное напряжение, выговориться. Групповые занятия позволили им попробовать свои силы, открыть для себя горизонты будущего, приобрести активную социальную позицию. С наиболее активными участниками был проведен специальный дополнительный семинар-тренинг, направленный на подготовку их к работе с дошкольниками и младшими школьни-

ками в качестве волонтеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ

В связи с задачами, поставленными перед программой «Новое завтра», нами оценивались:

1) изменение психологического состояния старшеклассников в результате проведенного тренинга;

2) степень социальной активности подростков;

3) уровень межличностных контактов.

Для оценки результатов программы использовались: включенное наблюдение; письменные отзывы участников программы; беседы с родителями, педагогами и школьными психологами. Кроме того, показательна была степень вовлеченности участников программы (на фоне остальных учащихся) в последующие проекты программы, а также в другие социальные программы.

В письменных отзывах участников просили описать свои ощущения и состояние до тренинга, в ходе тренинга и после него. Большинство участников, описывая свое состояние до тренинга, отмечали скуку, эмоциональную пустоту и сложности в общении. Ощущения во время тренинга характеризовались как «увлекательно», «весело», «содержательно», «полезно», «дружелюбно». По поводу результатов тренинга во многих отзывах отмечается появление новых возможностей общения, умения справляться со своими эмоциональными состояниями, трудностями и большая уверенность в себе. Показателем существенного повышения активности подростков служат многочисленные социальные проекты, разработанные участниками на завершающем этапе марафона. Каждая группа подготовила и представила на завершающем занятии по несколько таких проектов.

Все это дает основания констатировать, что в ходе тренинга были успешно решены поставленные перед ним задачи. Эти результаты были развиты и закреплены в процессе реализации последующих этапов программы.

После подведения итогов тренингового марафона из наиболее реальных проектов, представленных школьниками, был отобран один. Городская администрация поддержала инициативу подростков: Проект проведения в центральном городском парке массового праздника, посвященного Дню защиты детей. В мероприятии приняли активное участие 50 выпускников программы. За время праздника в парке побывало около 800 дошкольников Беслана с семьями. Авторство, разработка, планирование и подготовка (дизайн, расклейка афиш, приглашение людей на участие) проводились самими подростками. Они также вели сам праздник: игры, конкурсы, занятия с детьми. Роль специалистов Агентства при этом сводилась только к супервизии и технической поддержке.

Таким образом, социальная инициатива и активность подростков, пробужденная проведенным тренингом, нашла свою практическую реализацию. В настоящее время многие участники программы «Новое завтра» активно и успешно работают в качестве волонтеров с дошкольниками и младшими школьниками в Центре психологической реабилитации детей и подростков. 10 выпускников школ были приглашены в двухнедельную выездную программу реабилитации детей и семей заложников в Германию. Их работа в качестве помощников тренеров и воспитателей была высоко оценена российскими и немецкими специалистами.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИКРОПСИХИАТРИИ»[2] (28 марта 2007 г., Москва, НЦ психического здоровья РАМН)

Л. А. Бенько, И. А. Преображенская, Г. Г. Буторин, Н. Е. Буторина

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, ЧОКСПНБ № 1, ГОУ ВПО ЧГПУ (Челябинск).

Изучение особенностей развития детей с интеллектуальной недостаточностью имеет большое социально-экономическое значение в связи высокой распространенностью резидуальной энцефалопатии. Нейрофизиологические исследования детей с перинатальным повреждением нервной системы и задержкой внутриутробного развития В. Д. Левченко, Г. П. Синицына, О. Г. Шейнкмана (2006) выявили незрелость коркового электрогенеза, при этом «выявленные ЭЭГ-нарушения соответствовали отставанию детей в психическом, речевом и двигательном развитии».

Цель исследования: провести анализ клинико-нейропсихологических девиаций детей раннего возраста с задержкой психического развития.

Материал и методы обследования. На базе МДОУ Д/С № 370 г. Челябинска были обследованы клинико-анамнестическим, психопатологическим и нейропсихологическим методами 62 ребенка 2-6 лет с пограничной интеллектуальной недостаточностью (40 мальчиков и 22 девочки). Нейропсихологический метод обследования основывался на принципах, разработанных А. Р. Лурия, и состоял из проб, адаптированных для детей раннего возраста. Кроме того, оценивались эмоции ребенка: фон настроения, адекватность эмоциональных реакций, лабильность эмоций, степень привязанности к родителям, прародителям. В обследование включалось наблюдение за поведением ребенка.

Результаты исследования. Статистические данные показали, что количественная выраженность отклонений при обследовании некоторых психических функций составляла в среднем до 50% среди детей. Такая распространенность была выявлена при обследовании функции произвольного внимания (25,7%), темпа психических реакций (33,9%), темпа двигательных реакций (40,3%), зрительно-пространственного восприятия (28,9%), конструктивного праксиса (20,9%), функции обобщения и выделения главного признака (32,1%). Значительную распространенность (от 50% до 80%) показало нарушение таких функций, как моторная и номинативная функция речи (53,1% и 80,6% соответственно), программирование и контроль психической деятельности (50,0%), рисунок (56,3%).

Особенностью нейропсихологического обследования в детском возрасте является дифференциация возрастных симптомов от отклоняющихся и патологических. Выделение «чистых» нейропсихологических синдромов затруд-

[2] Начало. Продолжение – в следующем выпуске журнала.

нено из-за высокой степени физиологической незрелости мозга. Можно анализировать степень выраженности того или иного отклонения и учитывать выраженную патологию, предполагая основную локализацию дисфункции.

Заключение. Наиболее уязвимыми нейропсихологическими функциями при задержке психического развития являются: 1) речь, в частности, моторная и номинативная функции речи, 2) программирование и контроль психической деятельности, 3) интегративная зрительно-пространственная функция. В топическом отношении эти функции «занимают» всю конвекситальную область коры больших полушарий: переднюю и заднюю ассоциативные зоны. Данное исследование подтвердило основную патогенетическую концепцию пограничной интеллектуальной недостаточности в результате парциальной несостоятельности развития высших психических функций, что соответствует ЭЭГ-паттернам задержки коркового электрогенеза.

И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова, А. Г. Кизева, В. И. Бондарь, А. В. Фалеев

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

НЦ здоровья детей РАМН (Москва).

Наиболее выраженная манифестация СДВГ совпадает с основными этапами развития мозга ребенка: 3-10 мес., 2-4 года, 6-8 и 10-12 лет, 14-16 лет. Наиболее критическими, с точки зрения возрастной физиологии, для созревания мозговых структур являются 6-7 и 9-10 лет. В это время происходит формирование функциональной организации мозга, лежащей в основе когнитивной деятельности. Чаще всего гиперактивные дети регистрируются в 5-10 лет. Как правило, впервые на проявления симптомов СДВГ обращают внимание в возрасте 3-4 лет, когда ребенок начинает посещать детские дошкольные учреждения и окружающие отмечают его необычное поведение.

Распространенность СДВГ среди детей 5-7 лет в г. Москве, по данным А. Г. Платоновой, составляет 28%. Нами получены данные по г. Владимиру, где таких детей 17%, и Владимирской обл. - 27%. Т. о., в Москве распространенность СДВГ выше, чем во Владимире, что можно объяснить различием спектра социальных факторов, определяющих развитие заболевания обследованных городах.

В дошкольном возрасте проявления СДВГ отличаются клиническим полиморфизмом и разнообразием. В поведении гиперактивных детей преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность.

Полученные нами результаты подтверждают, что в основе возникновения СДВГ лежат 3 группы факторов: наследственная предрасположенность, медико-биологические (пре- и перинатальная патология) и психосоциальные (окружение ребенка дома, материально-бытовые условия и др.) факторы. Диагноз СДВГ ставится на основе диагностических критериев, разработанных американской психиатрической ассоциацией, опубликованных в 4-м издании «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» в 1994 г. Согласно ему, диагностика проводится по 2 измерениям: на-

рушение внимания и гиперактивность/импульсивность.

В комплексной диагностике, помимо педиатра, должен принимать участие медицинский психолог лечебно-профилактического звена 1 уровня, а также социальный педагог. Детям с признаками СДВГ проводится общее медицинское обследование. При наличии у ребенка выраженных отклонений показано специальное неврологическое обследование. СДВГ следует дифференцировать, прежде всего, с нормальной высокой двигательной активностью присущей детям этого возраста. Симптомы, характерные для СДВГ, необходимо дифференцировать с реакциями на переутомление и стресс, с ситуациями, в которых ребенку предъявляются требования, превышающие его возможности, что достаточно часто случается в современных условиях.

Лечение СДВГ должно быть комплексным, с акцентом на немедикаментозной терапии. Избыточное адренергическое влияние можно нивелировать, опустошая депо катехоламинов введением в режим дня длительных физических нагрузок: носящие аэробный характер физические упражнения в виде длительного равномерного тренинга легкой и средней интенсивности (длительные прогулки, плавание и т. п.). Главная роль в лечении гиперактивного поведения должна быть отведена поведенческой психотерапии. Корректировку программы необходимо ориентировать на дошкольный возраст, когда компенсаторные возможности мозга еще велики и не успел сформироваться патологический стереотип. В коррекции поведения используется и поведенческий тренинг. Важная роль отводится семейной психотерапии. Мы не являемся сторонниками медикаментозной терапии вследствие побочных действий препаратов, тем более что в нашей стране рекомендуемые для этих целей западными специалистами психостимуляторы не зарегистрированы.

И. Н. Вакула, Ю. Ш. Васянина, З. Х. Горбунова, И. Ю. Мальфина, М. В. Шелудько

ПРОГРЕСС В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Кафедра психиатрии ФПК ППС Кубанского государственного медицинского университета, Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1 (Краснодар).

В течение десяти лет в Краснодарском крае ведется работа по выявлению, лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического круга. Кроме того, читаются лекции, проводятся конференции не только для психиатров, но и для детских неврологов, психологов, логопедов. В 1996 г. открыты группы для проведения коррекции детей с аутизмом, а последние 5 лет функционирует центр (школа-сад № 214, г. Краснодар).

На 01.01.07 г. в Краснодарском крае зарегистрированы 509 детей с аутизмом и с синдромом аутизма до 15 лет включительно, что составляет 6,5 на 10 000 детского населения. В 2004 г. создан регистр данного контингента детей, который ежегодно дополняется по основным социальным характеристикам. Об эффективности перечисленных мероприятий свидетельствует заметное повышение частоты случаев выявления аутизма в возрасте 3 лет и младше. Общее их число составило 35 (26 мальчиков и 9 девочек), причем 60%

детей направлены детскими неврологами и логопедами. У 17 детей был диагностирован детский аутизм эндогенного генеза и у 18 - аутистическиподобные синдромы при органическом поражении ЦНС. Несмотря на возраст 3 года и младше, дети (9 человек) из группы с органическим поражением ЦНС смогли адаптироваться в дошкольном образовательном учреждении.

Все дети наблюдаются и периодически консультируются в диспансерном отделении СКПБ № 1. Детские психиатры назначают и отслеживают действие медикаментов в каждом отдельном случае, т. к. нередко отмечаются непереносимость или парадоксальное действие отдельных препаратов. 15 детей с аутизмом эндогенного генеза получают рисперидон (рисполепт) в дозе 0,15-0,25 мг в сутки. Все родители дали информированное согласие на прием данного атипичного нейролептика. Прием рисперидона значительно улучшил психическое состояние детей и показал его высокую эффективность и безопасность, отсутствует необходимость назначения корректоров. При этом отчетливый результат действия препарата наблюдался уже в первые недели лечения. Прежде всего менялось настроение - уменьшались тревога, беспокойство и страхи; у большинства детей улучшалось качество дневного и ночного сна. Важным показателем улучшения (особенно для родителей) было исчезновение двигательного, импульсивного возбуждения, агрессии и аутоагрессии, уменьшение стереотипий. Кроме того, наглядным было улучшение эмоционального и социального контакта, желание общаться с близкими. В дальнейшем наблюдалось постепенное прогрессирующее улучшение, в большей степени редуцирование негативной симптоматики.

Таким образом выявлена высокая эффективность рисперидона в отношении негативных симптомов и когнитивных расстройств. Получена стойкая положительная динамика в процессе реабилитации при одновременном проведении психологической и педагогической коррекции.

Н. Л. Горбачевская, В. Ю. Воинова, Ю. Б. Юров, С. Г Ворсанова

РОЛЬ ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМАЛЬНЫХ ФОРМ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ[3]

НЦ психического здоровья РАМН, Институт психологии РАО, НИИ педиатрии и детской хирургии (Москва).

Современный уровень развития науки настоятельно требует от психиатров правильной квалификации состояния, что невозможно без знаний об уже известных в науке генетических синдромах, являющихся причиной психических расстройств. Наличие генетически обусловленных заболеваний, в которых психические расстройства встречаются с высокой частотой, требует генетической экспертизы для определения прогноза состояния и назначения адекватной терапии. Особое значение генетическая квалификация расстройств имеет в раннем возрасте, позволяя не только с высокой точностью обозначить будущее развитие пациента и определить стратегию его реабилитации, но и определить риск рождения сибсов с данным синдромом.

[3] Работа поддержана грантом РГНФ № 06-06-00639а.

Как было показано нами при изучении синдрома Ретта, высокий полиморфизм клинических проявлений причинно-следственно связан с типом мутации, ее положением и уровнем смещения от равной инактивации хромосомы Х. Разнообразие клинических проявлений при этом синдроме иногда приводит к ошибочной постановке диагноза РДА у больных с данной патологией. Во всех таких сложных случаях только с помощью генетического анализа можно с высокой точностью поставить правильный диагноз. Это же в еще более полной мере справедливо для таких психических расстройств, как синдромы Ангельмана, Прадера-Вилли и синдром ломкой хромосомы Х, при которых крайне высока вероятность повторного рождения в данной семье ребенка с такой же патологией. Наличие установленного диагноза, подтвержденного генетической экспертизой, дает возможность родителям объединяться для создания групп поддержки, обмена информацией.

Квалифицированный анализ ЭЭГ, позволяющий сопоставить данные каждого пациента с его возрастной нормой и оценить степень и характер нарушений, могут в значительной степени способствовать правильной диагностике заболевания. Так для синдрома Ретта и синдрома ломкой хромосомы Х в подавляющем большинстве случаев характерны определенные паттерны ЭЭГ, закономерно изменяющиеся по мере развития болезни. Для синдрома Ретта типично наличие организованной ЭЭГ на первой стадии заболевания, уплощение ЭЭГ с выпадением альфа-ритма на второй стадии и появление ритмической тета-активности частотой 4-6 Гц с фокусом в теменно-центральных отведениях на третьей стадии. Медленные формы активности достоверно больше представлены у больных с обрывающими мутациями, чем с мутациями замены. Для синдрома ломкой хромосомы Х характерен гиперсинхронный тип ЭЭГ с доминированием ритмической тета-активности в полосе 6-8 Гц. К 18 годам этот паттерн заменяется на десинхронный. При синдроме Ангельмана доминирует низкочастотный компонент тета-ритма 4-5 Гц с фокусом в теменно-затылочных отведениях. После 3-х лет в ЭЭГ часто наблюдается эпилептическая активность. При синдроме Прадера-Вилли тета-активность характерна только для дошкольного возраста. С возрастом параметры ЭЭГ при этом заболевании существенно улучшаются.

Т. о., данные ЭЭГ–исследования должны обязательно учитываться при диагностике аутистических расстройств. Наличие описанных выше паттернов является показанием для направления ребенка на генетическое исследование.

Малинина Е.В.

РЕГРЕССИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава (Челябинск).

Актуальность изучения регрессивных психических расстройств (РПР) у детей раннего возраста связана прежде всего с их нозологической неспецифичностью, мозаичностью и полиморфностью клинической картины. Регрессивные расстройства зачастую выступают как манифестные, начальные фе-

номены психических нарушений, что требует исследования проблемы с позиций ранней диагностики первичных симптомокомплексов.

Цель исследования: изучение особенностей РПР у детей раннего возраста при различной психической патологии.

Материал: 34 ребенка в возрасте от 2 до 5 лет обоего пола.

Методы: клинико-психопатологический, неврологический, логопедический, нейрофизиологический и нейрорадиологический. Изучение регрессивных расстройств включало комплексную оценку нарушений навыков опрятности, психомоторики, речи и поведения (В. В. Ковалев, 1985).

Результаты: Было выявлено, что преобладали психопатологические феномены РПР у мальчиков (n=23). Их систематика по МКБ-10 позволила выделить четыре группы обследованных. В 1 группу вошли дети (n=4) с ранней детской шизофренией с кататоно-регрессивной симптоматикой. Клиническая картина характеризовалась грубым распадом моторных и речевых функций на фоне потерь навыков самообслуживания и игровой деятельности. Кроме того, наблюдались рудиментарные кататонические проявления – гримасы, разнообразные движения руками, негативизм, моторное возбуждение. В динамике очень быстро формировался олигофреноподобный дефект. Во 2 группе были пациенты (n=9), у которых РПР манифестировали после появления эпилептических приступов. Кинематика и динамика приступов, а также ЭЭГ-паттерны и данные МРТ головного мозга позволили квалифицировать у 4 детей синдром Леннокса-Гасто, у 3 – фокальную эпилепсию, у 1 ребенка тяжелую миоклоническую эпилепсию младенчества и еще у 1 – синдром Ландау-Клеффнера. Необходимо отметить, что среди нарушений регрессивного спектра преобладали речевые (распад речи, нарушения экспрессивной речи) расстройства, которые тесно переплетались со снижением когнитивного функционирования. Дети не интересовались игрушками, плохо запоминали, с трудом могли сосредоточиться. У большинства из них наблюдалось гиперкинетическое поведение с двигательной расторможенностью, неусидчивостью, импульсивностью. Динамика психопатологической картины определялась исключительно характером и степенью когнитивного расстройства и эффективностью антиэпилептической терапии. Пациенты с синдромом аутизма (синдром Каннера) представляли 3 группу (n=9). Особенность симптоматики заключалась в появлении в рамках аутистического поведения таких феноменов, как ходьба на цыпочках, атетозоподобные движения в пальцах рук, лепетная речь, обнюхивание и облизывание предметов, нежелание пользоваться горшком. Выраженность симптомов отмечена с 3 до 5 лет. В 4 группу вошли дети с невротическими расстройствами (n=12), у которых нарушения навыков опрятности (энурез, энкопрез) и речи (элективный или тотальный мутизм), были обусловлены сиблинговым соперничеством, разлукой с родителями, нарушением социального функционирования. Особенностью клинической картины являлось то, что РПР возникали на фоне эмоциональных нарушений и носили моносимптомный характер.

Выводы: Таким образом, РПР у детей раннего детского возраста нозологически неспецифичны. Возраст и характер их манифестации, особенности проявлений и динамики могут служить диагностическими критериями при постановке диагноза в практике детского психиатра.

А. О. Прокофьев, Т. А. Строганова

ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ ВОСПРИЯТИИ ИЛЛЮЗОРНОЙ ФИГУРЫ ДЕТЬМИ 3-6 ЛЕТ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Московский городской психолого-педагогический университет, Психологический институт РАО (Москва).

В данном исследовании мы изучали особенности зрительного восприятия, связанные с процессами перцептивной группировки элементов зрительного образа у детей 3-6 лет с синдромом раннего детского аутизма (РДА). В предыдущих нейропсихологических исследованиях были обнаружены нарушения зрительного восприятия у детей с РДА (M.-J. Caron, 2006). Предполагают, что обработка зрительной информации при РДА осуществляется преимущественно на уровне разрозненных элементов зрительного образа, а не на целостном уровне (F. Happe, 2006). Однако нейрофизиологические основы дефекта перцептивной интеграции при РДА на данный момент мало изучены.

Мы исследовали связанные с появлением стимула вызванные потенциалы (ССВП) мозга при восприятии иллюзорного изображения – квадрата Канизы, а также изображения, состоящего из идентичного с квадратом Канизы набора элементов, но не создающего иллюзии целостного паттерна. Восприятие иллюзорного изображения в результате группировки отдельных фрагментов зрительного образа в целостный паттерн является распространенной моделью восприятия целостного объекта (G. Kanizsa, 1976) и широко применяется в психофизиологических исследованиях. При исследовании вызванной активности мозга здоровых взрослых людей с помощью ЭЭГ был обнаружен «эффект иллюзии» - повышенная синхронизация активности мозга (увеличение амплитуды компонента ССВП N1 в теменных и задневисочных областях коры) при восприятии иллюзорного контура в сравнении с «бессмысленным» изображением (C. S. Herrmann et al., 2001; M. M. Murray et al., 2002). Мы предположили, что если процессы перцептивной группировки у детей с РДА нарушены, то «эффект иллюзии» у них будет отсутствовать, т. е. вызванные ответы мозга при предъявлении иллюзорного и контрольного изображений у таких детей, в отличие их здоровых сверстников, будут идентичны.

В исследовании приняли участие две группы мальчиков в возрасте от 3 до 6 лет (19 здоровых и 19 с диагнозом РДА). Результаты показали, что восприятие квадрата Канизы в сравнении с контрольным стимулом вызывает у здоровых детей *более негативный* компонент N1 в ассоциативной теменных областях правого полушария. Дети с РДА продемонстрировали обратный эффект – *более позитивный* компонент N1 в ответ на иллюзию в затылочных областях, близких по местоположению к первичной зрительной коре (O2, Oz). При этом эффект иллюзии в теменных областях отсутствовал. По данным литературы (W. Khoe et al., 2004), эффект позитивизации компонента N1 в затылочных областях связан с присутствием коллинеарных линий в зрительном стимуле, а обработка коллинеарности зависит от нейронных механизмов обработки сигнала в первичных зрительных зонах коры. Таким образом, в противоположность гипотезе исследования, оказалось, что мозг детей с РДА способен к различению особенностей группировки элементов зритель-

ного образа, однако мозговые механизмы этого процесса принципиально отличны от таковых у здоровых детей.

Полученные данные позволяют предположить, что у здоровых детей различение двух типов стимула происходит на высоком уровне перцептивной обработки, связанном с активностью ассоциативных зрительных зон, и в его основе лежит присутствие целостного паттерна. В то же время у детей с РДА различение стимулов осуществляется механизмами первичной зрительной коры на основании более простого признака – присутствия коллинеарных участков линий в составе квадрата Канизы. Преобладание низкоуровневой обработки у детей с РДА может происходить вследствие недостаточности нейронных связей между первичными и вторичными областями зрительной коры.

Л. С. Рычкова, Т. А. Смирнова, А. М. Косов

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ С СЕМЬЕЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1 (Челябинск).

Решение проблем ранней диагностики психопатологических расстройств у детей требует новых нестандартных организационных форм оказания лечебно-диагностической и консультационно-реабилитационной помощи детям с различными формами нервно-психических расстройств. Для координации деятельности системы детской психиатрической службы и оптимального взаимодействия всех структурных подразделений ключевым моментом явилось создание Центра психического здоровья детей на базе Челябинской областной специализированной психоневрологической больницы № 1. Одной из основных задач Центра является оказание квалифицированной консультационно-диагностической, лечебно-реабилитационной помощи не только детям, но и семье в целом.

Процесс оказания терапевтической и профилактической помощи по сохранению психического здоровья можно разделить на определенные этапы:

• диагностика нарушений психики и сопутствующих отклонений развития;

• специфическая лечебная, психотерапевтическая и психокоррекционная помощь с учетом особенностей развития ребенка и уровня его психофизического здоровья;

• неспецифическая психокоррекционная и социально-реабилитационная помощь по коррекции психопатологических нарушений.

Специалисты Центра при работе с семьей учитывают, что обнаружение у ребенка при рождении или в первые месяцы и годы жизни различных нарушений психофизического развития обычно вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние. Рушатся их надежды, планы, связанные с рождением ребенка, ломается представление о всей дальнейшей жизни. С течением времени у них складывается определенная позиция по отношению к ребенку и его дефекту. В зависимости от сочетания отношения обоих родителей к сво-

ему проблемному ребенку и имеющихся у него психопатологических нарушений создается тот микроклимат в семье, который оказывает непосредственное влияние на все его последующее развитие. Позиция родителей по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья может быть адекватной и неадекватной. Под адекватной позицией можно обозначить такое отношение к ребенку в семье, при котором он воспринимается как здоровый, но имеющий ряд особенностей, что следует учитывать в процессе воспитания. При этом и дефект ребенка, и сам ребенок родителями принимаются. Принятие дефекта означает не только способность родителей примириться с фактом его наличия у ребенка, но и предполагает готовность помогать ребенку в преодолении проблем. А также имеется в виду возможность включения ребенка в свой жизненный сценарий, в свою жизненную программу. Такая позиция будет способствовать наиболее благоприятной социальной адаптации, а в дальнейшем обеспечит интеграцию ребенка в социум.

Следует иметь в виду, что негативные социальные воздействия, особенно длительно существующие, не только нарушают социализацию ребенка, но и могут вызвать структурные изменения личности - и количественные, и качественные. Отрицательные социально-психологические влияния могут играть роль факторов, нарушающих психофизическое здоровье ребенка.

В организации специальной защиты и служб охраны психического здоровья детей определяющим является сотрудничество профессионалов, координация усилий государственных и общественных организаций, что объективно требует межведомственного и междисциплинарного подхода.

Т. В. Самсонова, Е. А. Боброва

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава (Иваново).

Перинатальные гипоксические поражения головного мозга в течение многих лет находятся в центре внимания исследователей. Это объясняется высокой частотой данной патологии, тяжелыми последствиями, приводящими к инвалидизации детей и нарушению их социальной адаптации. Важное значение имеет своевременная диагностика нарушения их психомоторного развития.

Целью настоящей работы явилось определение динамики показателей психомоторного развития (ПМР) у детей в раннем восстановительном периоде перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 103 доношенных ребенка 1-3 месяцев жизни с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением головного мозга средней тяжести - основная группа. Контрольную группу составили 30 здоровых детей того же возраста. Всем детям в возрасте 1 и 3 месяцев проводились клинико-неврологическое обследование, чрезродничковая секторальная эхоэнцефалография и количест-

венная оценка психомоторного развития по Л. Т. Журбе и Е. М. Мастюковой.

Результаты и их обсуждение. По результатам клинико-неврологического и эхоэнцефалографического обследования дети исследуемой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от ведущего неврологического синдрома: I подгруппа (n=39) – дети с доброкачественной внутричерепной гипертензией (ДВЧГ-1), II подгруппа (n=30) – дети с доброкачественной внутричерепной гипертензией, сопровождающейся умеренной симметричной вентрикуломегалией и расширением субарахноидальных пространств (ДВЧГ-2), III подгруппа (n=34) – дети с нарушением моторного развития (НМР).

Анализ показателей психомоторного развития у детей исследуемой группы в возрасте первого месяца жизни показал, что его количественная оценка во всех трех подгруппах была статистически значимо ниже, чем в контрольной группе ($p<0,001$). При сравнительном анализе ПМР детей исследуемых подгрупп установлено, что суммарные балльные оценки у пациентов II и III подгрупп были ниже по сравнению с I подгруппой ($p<0,01$). У детей при ДВЧГ-2 наименьшее количество баллов имели такие показатели динамических функций, как безусловные рефлексы и черепные нервы, а при НМР – безусловные рефлексы и мышечный тонус.

К возрасту 3 месяцев у детей всех подгрупп отмечалось статистически значимое повышение количественных оценок психомоторного развития по сравнению с показателями первого месяца жизни ($p<0,01$, $p<0,001$ и $p<0,05$ соответственно), однако все они были ниже, чем в контрольной группе ($p<0,001$). Сравнительный анализ суммарных балльных оценок у детей исследуемых подгрупп показал, что пациенты с ДВЧГ-1 и ДВЧГ-2 имели более высокие показатели по сравнению с детьми с НМР ($p<0,05$). Это было связано с более высокой оценкой динамических функций цепных симметричных рефлексов в I подгруппе и безусловных рефлексов и мышечного тонуса - во II подгруппе.

Таким образом, дети, перенесшие перинатальное гипоксически-ишемическое поражение головного мозга средней тяжести, в первые три месяца жизни имеют снижение балльной оценки уровня психомоторного развития. Его количественные и качественные характеристики имеют свои особенности в зависимости от ведущего неврологического синдрома.

О. М. Филькина, Е. А. Воробьева, Л. А. Пыхтина, Н. В. Долотова, О. С. Широкова, Е. А. Матвеева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВОСПИТАННИКА ДОМА РЕБЕНКА

Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава (Иваново).

На фоне низкой рождаемости и сокращения численности детского населения в настоящее время обостряется проблема детей-сирот. Особенно тревожно, что увеличивается число социальных сирот, т. е. детей, оставшихся без родительского попечения при живых родителях. Лишение ребенка нормального родительского общения и пребывание в условиях депривации, ограниченного контакта с внешним миром не обеспечивают удовлетворения

основных потребностей, что приводит к нарушению его развития, формированию «синдрома сиротства».

Было проведено лонгитудинальное обследование 109 воспитанников дома ребенка. Оценивались нервно-психическое развитие (НПР) по методике К. Л. Печоры, Г. В. Пантюхиной, Л. Г. Голубевой, эмоционально-поведенческие реакции, уровень социализации. Обследование детей проводилось в эпикризные сроки.

Установлено, что более чем у половины (53,9%) воспитанников домов ребенка диагностировалась 5 группа НПР, т. е. отмечалась глубокая задержка развития. У трети воспитанников определялась 4 группа НПР, у 14,2% - 3 группа НПР, лишь у 1,8% - 2 группа НПР. Ни у одного воспитанника дома ребенка не определялась 1 группа НПР. Кроме того, у большинства воспитанников дома ребенка отмечалась комплексная задержка НПР, т. е. по большинству линий оценки. У 89,4% детей наблюдалась 3 степень задержки НПР (по 5-6 линиям), у 10,6% - 2 степень задержки (по 3-4 линиям). 1 степень задержки НПР не диагностировалась ни у одного воспитанника дома ребенка. Задержка НПР чаще всего была обусловлена отставанием развития активной и понимаемой речи, сенсорного развития, игровой деятельности. С возрастом у воспитанников дома ребенка увеличивалась комплексность задержки НПР. К 3 годам количество детей с 3 степенью задержки НПР увеличилось до 96,8%.

Балльные оценки показателей эмоционально-поведенческих реакций воспитанников дома ребенка были достоверно ниже, чем у сверстников, воспитывающихся в семье, за счет большей выраженности отрицательных эмоций, проявлений страха и гнева, более низкой познавательной активности, недостатка положительных эмоций. По мере увеличения длительности пребывания в доме ребенка у воспитанников нарастала выраженность отрицательных эмоций, гнева, но вместе с тем отмечалась положительная динамика познавательной деятельности и социальных контактов.

Кроме того, у воспитанников дома ребенка 3-4 лет определялся низкий уровень социализации, проявляющийся недостаточностью знаний по основным социально-бытовым вопросам, недостаточной сформированностью навыков самообслуживания. Дети, воспитывающиеся в домах ребенка, в отличие от их сверстников из семьи, плохо знают время дня, времена года и их последовательность, домашних животных, способы приготовления пищи, виды транспорта, предназначение магазинов и денег и др.

На основании полученных данных был составлен психологический портрет воспитанников дома ребенка: глубокая и комплексная задержка нервно-психического развития (речи активной и понимаемой, сенсорного развития, игровой деятельности), сниженный эмоциональный статус, нарушение поведенческих реакций, низкий уровень социализации, недостаточное развитие навыков, нарушение социальной адаптации. Выявленные психологические особенности воспитанников домов ребенка обусловливают необходимость психологической реабилитации этих детей.

О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. А. Воробьева

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2 - 9 ЛЕТ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава (Иваново).

При синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей наряду с основными симптомами: расстройством внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью, наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внимание, восприятие, праксис и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с таким диагнозом находятся на уровне нормы или субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие своей минимальности и парциальности отклонения в интеллектуальном развитии у детей с СДВГ редко попадают в поле зрения врачей и педагогов в дошкольном возрасте, но обнаруживают себя в период начала обучения в школе по причине интенсивно возрастающих нагрузок. Вопрос о постановке диагноза в раннем и дошкольном возрасте остается спорным. Одни авторы считают правомерным постановку диагноза не ранее 6 лет, другие - с 1,5 лет. Однако ранняя постановка диагноза позволяет своевременно профилактировать нарушения развития и здоровья у детей с данным синдромом.

Нами проведено лонгитудинальное изучение нервно-психического и интеллектуального развития детей с СДВГ с 2 до 9 лет в сравнении со здоровыми сверстниками. В отличие от здоровых детей, у них выявлены более низкие темпы развития навыков и активной речи на 3 году жизни, моторики на 4 и 5 году, умственного развития на 6 году, моторики и навыков на 7 году жизни. Однако у детей СДВГ выявлялись более высокие темпы умственного развития на 4 и 5 году жизни (за счет развития речи), моторики, навыков и игры на 6 году жизни и всех функций на 8 году жизни. Выявленные особенности обусловливали смещение приоритетности развития некоторых функций у детей с СДВГ на 1 год по сравнению со здоровыми детьми. Так приоритетность развития активной речи смещалась у них с 3 на 4 год жизни, моторики с 5 на 6 год жизни, ощущений и восприятия с 6 на 7 год жизни.

У детей с СДВГ отмечались более низкие, чем у здоровых сверстников, темпы развития некоторых интеллектуальных функций в различные возрастные периоды: ручной моторики – в раннем возрасте; моторной скорости на 6 и 8 году жизни, способности к аналогиям и обобщению на 7 году жизни, внимания, логического мышления и способности к решению арифметических задач, словарного запаса на 7 и 8 году жизни. Однако у них наблюдались более высокие темпы развития логического и конструктивного мышления на 6 году жизни, зрительного синтеза и внимания на 7 году жизни, памяти и зрительно-моторной координации на 8 году жизни, способности к решению арифметических задач на 9 году жизни. У детей с СДВГ приоритетность развития внимания и словарного запаса, способности к решению арифметических задач, словарного запаса и моторной скорости смещалось на 1 год, на 7 и 9 год соответственно.

Таким образом, нервно-психическое и интеллектуальное развитие детей с СДВГ по сравнению со здоровыми детьми характеризовалось дисхронией развития функций с сохранением последовательности и смещением приоритетности развития отдельных функций на 1 год в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте.

О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Т. Г. Шанина

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава (Иваново).

Более чем у 25% детей с СДВГ отмечаются различные перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения на фоне признаков вертебробазилярной недостаточности. Однако единый взгляд в оценке функционального состояния вегетативной нервной системы у детей с СДВГ отсутствует. Причиной разногласий является то, что вегетативная регуляция изучается без учета ее возрастной динамики. Между тем, для правильного подбора мероприятий комплексной реабилитации детей с СДВГ требуются более полные знания о возрастной динамике состояния вегетативного статуса. Целью нашего исследования явилось изучение становления вегетативной регуляции и вегетативной реактивности в возрасте с 2 до 9 лет у детей с СДВГ с учетом выраженности отставания нервно-психического развития.

Анализ кардиоинтервалограмм (КИГ)[4] позволил установить возрастную динамику вегетативной регуляции у здоровых детей и с СДВГ. У здоровых детей с 2 до 9 лет отмечалось увеличение Мо (с 0,4±0,02 с до 0,75±0,05 с; $p<0,01$) и уменьшение Амо (с 37,38±3,84% до 23,4±2,2%; $p<0,001$). Вариационный размах (ΔX) достоверно не изменялся в раннем и дошкольном возрасте и значительно увеличивался с 7 до 9 лет (0,19±0,02 и 0,43±0,07; $p<0,001$). Индекс напряжения (ИН) достоверно уменьшался с 321,7±130,5 в 2 года до 49,03±14,2 ($p<0,001$) в 9 лет. Такая динамика показателей КИГ указывала на усиление парасимпатических (ваготропных) влияний у здоровых детей в данном возрастном периоде. У детей с СДВГ, как и у здоровых, с 2 до 9 лет также наблюдалось повышение активности парасимпатического отдела вегетативной регуляции.

Особенностью вегетативной регуляции у детей с СДВГ раннего и дошкольного возраста без отставания в нервно-психическом развитии явилось более выраженное и длительное, чем у здоровых детей, преобладание симпатических влияний, напряжение регуляторных механизмов с усилением централизации управления сердечным ритмом, увеличивающееся к 7 годам. У сверстников с СДВГ с отставанием в нервно-психическом развитии напряжение регуляторных механизмов сменялось в 6 и 7 лет перенапряжением вегетативной регуляции с усилением симпатоадреналовых влияний.

[4] Прим. Ред. В настоящее время метод КИГ считается устаревшим и недостаточно информативным.

Во все возрастные периоды у здоровых детей преобладала нормальная вегетативная реактивность. Незначительное число детей с асимпатикотонической вегетативной реактивностью выявлялось в 3, 8 и 9 лет (соответственно 6,7%, 5,6 % и 8,3%), с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью - в 4, 6 и 8 лет (10,0%, 13,3%, 5,6%). В группах с СДВГ в раннем возрасте регистрировалось большее число детей с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью, а в дошкольном и младшем школьном возрасте с асимпатикотонической реактивностью по сравнению со здоровыми сверстниками. Кроме того, в динамике отмечалось увеличение в 2 раза числа детей с асимпатикотонической вегетативной реактивностью в 6, 7 лет в группе с СДВГ с отставанием в нервно-психическом развитии.

Таким образом, особенностью вегетативной регуляции и реактивности детей с СДВГ раннего, дошкольного и младшего школьного возраста является более выраженное и длительное преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, напряжение и перенапряжение регуляторных механизмов, большая частота асимпатикотонической вегетативной реактивности.

О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Т. Г. Шанина

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЕЙ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росздрава (Иваново).

В первые месяцы жизни ребенок растет и развивается в условиях тесного психофизиологического контакта с матерью. Личностные особенности матери, влияющие на ее отношение к ребенку, рассматриваются в качестве главных детерминант формирования психики ребенка. Отсутствующая или недостаточная родительская поддержка в раннем возрасте, зависящая от личностных особенностей матери и отца, может приводить к выраженному нарушению психического и физического развития, психосоматическим расстройствам у ребенка. В этой связи актуально изучение влияния личностных особенностей родителей на нервно-психическое и физическое развитие у детей раннего возраста с перинатальными поражениями ЦНС (ППЦНС), что создает предпосылки для разработки новых подходов к ранней профилактике у них нарушений развития. В данном исследовании с помощью психологических методик изучались личностные особенностей родителей (методики Айзенка, Юнга), их ситуационная и личностная тревога (методика Т. А. Немчина, тест Спилбергера.), иерархия жизненных ценностей (методика А. Г. Шмелева и В. С. Бабиной), родительско-детские отношения (тест-опросник А. Я. Варги, В. В. Столина), а также оценивалось нервно-психическое (методика К. Л. Печоры, Л. В. Пантюхиной, Л. Г. Голубевой) и физическое развитие детей в динамике.

Выявлено, что матери детей с ППЦНС с выраженным отставанием нервно-психического развития чаще, чем у детей с легким отставанием НПР, имеют флегматичный темперамент (47,5%), реже - холерический (12,5%). В

иерархии жизненных ценностей для них большее значение имеют карьера и деньги, меньшее - семья и здоровье, у них в 4 раза чаще выявляется низкая «кооперация» с ребенком. Среди отцов этих детей реже встречаются экстраверты, в 4,5 раза чаще интроверты, у них в 2 раза чаще отмечается низкое «принятие» ребенка и умеренное нервно-психическое напряжение.

У матерей детей с отклонениями в физическом развитии, в отличие от матерей детей с нормальным физическим развитием, 2 раза чаще выявляется низкая «кооперация» с ребенком, в 4 раза чаще низкий «симбиоз», эмоциональное благополучие в семье и деньги для них имеют меньшее значение. Отцы детей с отклонениями в физическом развитии менее требовательны к ребенку. Для них меньшее значение имеет собственное здоровье в иерархии жизненных ценностей.

Таким образом, выявленная взаимосвязь психологических особенностей родителей с нервно-психическим и физическим развитием их детей показала необходимость проведения с родителями психотерапевтической работы, направленной на их личностный рост, формирование системы психической саморегуляции, их мотивирование на активное участие в лечении ребенка с перинатальными поражениями ЦНС.

Ю.С.Шевченко, Корнеева В.А.

ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ–СИРОТАМИ

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

Безусловным психосоциальным фактором возникновения разнообразных психических расстройств пограничного уровня, а также нарушений психоречевого развития являются сиротство и иные формы нарушения детско-родительских отношений, особенно возникших в раннем возрасте. Стопроцентная потребность детей–воспитанников домов ребенка в том или ином виде психопрофилактической, психокоррекционной, психотерапевтической, а нередко и психофармакологической помощи (М. О. Проселкова, 1996) делает актуальной постановку вопроса о введении в штат указанных учреждений соответствующих специалистов – детских психиатров и медицинских психологов, специально подготовленных для работы с детьми раннего возраста**.** В то же время эффективное лечение и профилактика психических отклонений у данного контингента детей невозможны без самого тесного взаимодействия названных специалистов с остальным врачебно-воспитательным персоналом.

Ребенок раннего возраста находится на этапе развития, которому соответствует сомато-вегетативно-инстинктивный уровень нервно-психического реагирования (по В. В. Ковалеву). Исходя из этого лечебно-коррекционно-воспитательные мероприятия, призванные гармонизировать его психическую сферу должны во многом ориентироваться на природно-психические, в частности, этологические (врожденно-филогенетические) механизмы поведения ребенка. Инстинктивные адаптации (этологические модели поведения) можно рассматривать как архетипы коммуникаций (визуальной, аудиальной, так-

тильной, ольфакторной, социальной). По-видимому, они являются также базой когнитивных процессов. Большинство диалоговых коммуникаций между матерью и ребенком и между детьми в первые годы жизни содержат врожденные элементы, показывающие возможности использования филогенетических адаптаций в педагогике (В. П. Самохвалов, 1995).

Фрустрация естественных детско-родительских взаимодействий, в норме базирующихся на врожденных поведенческих моделях (изначально имеющих защитный и/или адаптивный характер), требует от персонала детских учреждений специальных знаний и умений, позволяющих строить коммуникации с детьми не в противоречии, а в согласии с филогенетически-инстинктивными механизмами социализации ребенка. В первую очередь это касается детей раннего возраста, но остается весьма актуальным и на последующих этапах онтогенеза homo sapiens (В. Р. Дольник, 2004; Д. Моррис, 2004).

В контексте онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Ю. С. Шевченко, 1995-2005) нами разработаны некоторые психопрофилактические, коррекционно-педагогические и психотерапевтические приемы, применимые в условиях дома ребенка и в иных лечебно-воспитательных учреждениях. Данные коррекционно-воспитательные приемы, ориентированные на этологические механизмы поведения ребенка, ни в коей мере не являются альтернативой социально-личностному подходу, а лишь облегчают его осуществление в реализации основного принципа детской психотерапии – принципа радостного взросления (Ю. С. Шевченко, В. П. Добридень, 2004)**.**

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

С. Э. Медведев

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)[1]

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург).

Структура и уровень социальной адаптации больных шизофренией. Возможности современных методов психотерапии

Современный уровень развития психиатрии, внедрение в практику новых эффективных антипсихотических средств с минимизацией побочных эффектов позволяют все большему числу психически больных возвращаться к жизни либо без помощи стационаров либо проводить в них короткое время.

Наличие или отсутствие рецидива заболевания в немалой степени зависит от особенностей реакции семьи на психическое заболевание ребенка, характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье, а также от системы социальной поддержки [99]. Автор также приводит данные о снижении рецидивирования на 25-30% сверх того, что оказывается возможным при использовании лишь биологических и реабилитационно-средовых методов терапии.

А. П. Коцюбинский [38] сообщает, что согласно современной концепции шизофрении снижение социального функционирования больных в первую очередь связано не с выраженностью и характером продуктивной и негативной симптоматики, а с недостаточностью психологической адаптации. Рассматривается вопрос о признании в качестве основы для психологической адаптации определенного комплекса психологических характеристик, относимых к копингу и психологической защите [29; 46].

По данным В. И. Кашкарова, С. В. Днепровской, В. Д. Вида [36], характеристика уровня социальной адаптации больного в значительной мере отражает степень его социального принятия и соотносится главным образом с существующими в обществе критериями социальной приемлемости человека. В разных культурах, с учетом их традиций, отношение к «безумцам» неоднозначно. Достаточно вспомнить положение юродивых в средневековой России или отношение местного населения к сибирским шаманам и африканским колдунам [34].

В изучении структуры адаптации больных шизофренией большинство авторов анализирует механизмы психологической защиты и копинг-стратегии самих пациентов, используемые для установления оптимального соответствия личности и окружающей среды [8; 24].

Семья психически больного, рассматривается как его микросоциальная среда. Отсюда вытекают концепции «коммуникативных отклонений» [107; 108; 122] и «эмоциональной экспрессивности» (expressed emotions) [72; 123] как факторов, влияющих на частоту обострений и построение психообразовательной модели семейной психотерапии [79; 90; 98-103]. Многие авторы отмечают, что эта позиция, не учитывает страдания самой семьи [81; 88] и недооце-

[1] Окончание. Начало см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2006 (6), № 2.

нивает ее усилия по преодолению болезни у родственника [91; 92; 128; 129]. Эти параметры отражены в концепциях: «семейной нагрузки», описывающей трудности, вызванные психическим заболеванием, и «семейного сопротивления» - способа, с помощью которого члены семьи справляются «семейной нагрузкой». В свою очередь, системные семейные психотерапевты традиционно рассматривая семью с «организмических» [11; 16] позиций, изучают системные параметры. В то же время они мало учитывают индивидуальную психодинамику как «идентифицированного пациента», так и «здоровых» членов семьи.

И если на заре развития системного подхода психодинамическое исследование семей больных шизофренией привело к концепциям «шизофреногенных» семей [76; 105; 106] с присущими им «псевдоотношениями» [130] или «мистифицирующими» семейными отношениями [96], симбиотическими и эротизированными отношениями между родителями и детьми [89; 125; 126], то в настоящее время рассматриваются «функции симптома» в семейной системе. В первую очередь ставится вопрос о целесообразности возникновения и поддержания симптома для стабилизации ее системы или перехода на другой функциональный уровень [17; 19; 61-63].

P. Watzlawick [124] определяет позиции социального конструктивизма в вопросе адаптации больных следующим утверждением: «…вместо адаптированности к действительности в смысле лучшей приспособленности к некоей мнимой «реальной» реальности мы говорим о лучшей приспособленности данной фикции действительности к достижению какой-то конкретной цели».

Синтезируя конструктивные начала описанных психотерапевтических подходов, аналитико-системная модель семейной психотерапии позволяет создавать целостное описание семьи как системы с учетом индивидуальной психодинамики каждого участника психотерапевтического процесса, осуществляя коррекцию взаимоотношений семьи, отраженных в особенностях ее языка, используя современные принципы, привнесенные в психотерапию идеями социального конструктивизма. Рассмотрение взаимодействия психически больного в обществе и семье в свете этой модели позволяет параллельно изучать динамику системных и интрапсихических процессов, как взаимодополняющих нарративов, описывающих данные явления. Расширяя поле зрения специалиста, аналитико-системная модель предоставляет возможность взаимодополняющего сотрудничества индивидуально и системно ориентированных психиатров и психотерапевтов, давая единый язык представителям системного и нозологического подходов.

Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении может быть направлена не только на коррекцию системных параметров, остающихся вне зоны влияния психофармакотерапии, но и таких, как навыки межличностного взаимодействия, дизадаптивные механизмы психологической защиты, непродуктивные варианты копинг-стратегий. Изучение влияния аналитико-системной семейной психотерапии на адаптацию детей больных шизофренией, может способствовать улучшению бригадного сотрудничества психотерапевтов и психиатров в совместном ведении этой категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон. – СПб., 1996. - 197 с.

2. Аммон, М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств / М. Аммон // Российский психиатрический журнал. – 2000. - № 6. – С. 4-7.

3. Аникеев, Б. Е. Гендерные аспекты реабилитации в психиатрии / Б. Е.

Аникеев // Психосоциальная реабилитация. - Сб. науч. трудов. Том 137. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева., – 2001. – С. 30-37.

4. Анохин П. К. Опережающее отражение действительности / П. К. Анохин. – Вопросы философии. - 1962. - № 7.

5. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. М. : 1989. – 256.

6. Бейкер, К. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика / К. Бейкер, А. Я. Варга. М. : “Когито-Центр” 2005. – 496 с.

7. Бейтсон, Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. / Г. Бейтсон. Пер. с англ. М. : Смысл, 2000. – 476 с.

8. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л., 1988. – 268 с.

9. Бёрн, Э. Люди, которые играют в игры, игры, в которые играют люди / Э. Бёрн. - М. : ФАИР пресс. – 2002.

10. Бернер, П. (Berner P.). Многофакторная модель патогенеза. Ханс Хофф – пионер современной психиатрии / П. Бернер // Социальная и клинич. психиатр. – 1994. – Т. 4. - В. 2. – С. 121-125.

11. Берталанфи Л. фон. Общая теория систем – обзор проблем и результатов. Системные исследования / Л. фон. Берталанфи. – М. : 1969. С. 46-47.

12. Блатнер, А. Постмодернизм и задачи психотерапии / А. Блатнер. – Пер. с англ. : Елена Ромек // Журнал "Позитум" 2001 г. - № 2.

13. Блейлер, Э. Руководство по психиатрии. – М., 1993.

14. Бочков, Н. П. Генетические технологии в медицине / Н. П. Бочков // Вести РАМН. – 1999. – 9. – С. 3-5.

15. Будинайте Г. Л. Классическая системная семейная психотерапия и постклассические направления: революция, или… ? / Г. Л. Будинайте // Журн. практ. психологии и психоанализа 2002. - № 1.

16. Будинайте, Г. Л. Теоретические основы системной семейной психотерапии / Г. Л. Будинайте, А. Я. Варга // Журн. практ. психологии и психоанализа 2005. - № 4.

17. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. - М. : "Когито-центр", 2000.

18. Варга, А. Я. Сотрудничество психолога и психиатра. Преимущества и риски совместного ведения случаев / А. Я. Варга, Е. М. Вроно, И. Н. Ровенских // www. supporter. ru. - 2003.

19. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс / А. Я. Варга. СПб. : Речь, 2001

20. Варга, А. Я Теория семейных систем Мюррея Боуэна / А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Журн. практ. психологии и психоанализа 2005. - № 4.

21. Вартанян, М. Е. О расширении биологических исследований в психиатрии / М. Е. Вартанян // Журн. невропатол. и психиатр. - 1963. – № 6 - С. 804-813.

22. Вартанян, М. Е. Проблема причинности в психиатрии (генетический и экологический аспект) / М. Е. Вартанян // Журн. невропатол. и психиатр. – 1970. – В. 1. – № 3. – С. 3-11.

23. Вартанян, М. Е. Биологическая психиатрия / М. Е. Вартанян. – Руко-

водство по психиатрии (ред.) А. В. Снежневского. М. : 1983. – С. 97—99.

24. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова. – СПб. : Изд-во НИПИ им. Бехтерева, 1998. – 48 с.

25. Вовин, Р. Я. О клинических эффектах нейролептиков / Р. Я. Вовин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1984. - № 3. – С. 413-418.

26. Веденов, М. В. К анализу общих и биологических принципов самоорганизации. М. В. Веденов, В. И. Кремянский – в кн. Системные исследования. – М., 1969.

27. Вид, В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Питер., 1993.

28. Вид, В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении / В. Д. Вид. СПб. : Питер, 2001. – 432 с.

29. Воеводин И. В. применение опросника социально-психологической адаптированности в комплексе профилактики аддиктивных расстройств / И. В. Воеводин, Н. А. Бохан // Реабилитация в психиатрии: (клинические и социальные аспекты). – Томск, 1998. – С. 30-31.

30. Гончаров, М. В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме): Сообщение I. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) / М. В. Гончаров // Российск. психиатр. журн. – 1998. - № 3. – С. – 31-37.

31. Гурович, И. Я. Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы / И. Я. Гурович // Реформа службы психического здоровья: проблемы и перспективы (Материалы международной конференции 21-23. 10. 1997 г.). – М., 1997. – С. 14-23.

32. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л. : 2-е изд. – 1985.

33. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире / М. М. Кабанов // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. – 1995. - № 4. – С. 175-182.

34. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) / М. М. Кабанов // Психосоциальная реабилитация. - Сб. науч. трудов. Том 137. – СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева., – 2001. – С. 27.

35. Канеп, В. В. Анализ репродуктивности больных шизофренией и хроническим алкоголизмом / В. В. Канеп, Г. С. Попов, С. Л. Соломонов // Журн. невропатол и психиатр. 1981. – Вып. 5. – С. 734-737.

36. Кашкаров В. И. Многопрофильная квалификация больных с эндогенными психозами при восстановительном лечении: Метод. реком. / В. И. Кашкаров, С. В. Днепровский, В. Д. Вид. – Л., 1985. – 47 с.

37. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. М. : 1995.

38. Коцюбинский, А. П. Шизофрения-уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В. В. Зайцев СПб. Изд-во “Гиппократ”, 2004.

39. Куттер, П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер. СПб. : Б. С. К., 1997.

40. Маданес К. Стратегическая семейная терапия / К. Маданес. Пер. с англ. – М. : Независимая фирма “Класс”, 1999. – 272 с.

41. Макаров, В. В. Российская психотерапия в контексте развития мировой психотерапии Макаров В. В., Кириллов И. О., Чобану И. К. Ш Всемирный конгресс по психотерапии : Независимый психиатрический журнал, М. : № 4, 2002 71-76 с.

42. Озерова Н. И. Гиндилис В. М., Либерман Ю. И. и др. Риск заболеваемости психозами шизофренного спектра в потомстве больных матерей и отцов (сравнительная эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатол и психиатр. – 1983. - № 1. – С. 108-113.

43. Орлова, В. А. Структурные особенности мозга (по данным магнитно-резонансной томографии) и их функциональные связи в семьях больных шизофренией. - В. А. Орлова, Т. Д. Савина, В. И. Трубников и др. // Российский психиатрический журнал № 6 1998 С. 48.

44. Орлова, В. А. Шестой Всемирный конгресс по психиатрической генетике. - В. А. Орлова, М. В. Алфимова. // Журн. неврол. и психиатр. 1999. - № 4. – С. 70.

45. Орлова, В. А. Клинико-генетические исследования шизофрении (современное состояние и перспективы развития). В. А. Орлова // Российский психиатрический журнал. - 2003. -№ 1. - С. 31.

46. Осницкий А. К. Определение характеристик социальной адаптации / А. К. Осницкий // Журнал практического психолога. – 1998. - № 1. – С. 54-64.

47. Попов, Ю. В. Шизофрения / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. – Практический комментарий к V главе МКБ-10 // Психиатрия и психофармакотерапия. – 1999. - № 1.

48. Ротенберг В. С. Поисковая активность и адаптация. / В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский. – М. : Наука, 1984. – 193 с.

49. Семин, И. Р. Психически больной в обществе (отношение к психически больным в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи): Автореф. Дис. … д-ра мед. Наук / И. Р. Семин. – Томск, 1995. – 34 с.

50. Симсон, Т. П. Шизофрения раннего детского возраста / Т. П. Симсон. – М., 1948. – 134 с.

51. Старицин А. С. Актуальные вопросы терапии психических заболеваний / А. С. Старицин, В. А. Буйков Н. Е. Буторина. - Челябинск. : изд. ЧелГМА., 2000.

52. Сухарева, Г. Е. О закономерностях построения клинической картины психоза / Г. Е. Сухарева // Сов. Психоневрол. – Киев, Харьков, 1937. – Вып. 8. – С. 121-130.

53. Фридман, Дж. Конструирование иных реальностей: Истории и рассказы как терапия. – Дж. Фридман, Дж. Комбс, М . : Независимая фирма "Класс", 2001. – 368 с.

54. Циркин, С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения. – С. Ю. Циркин // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. - № 2. - С. 114 -118.

55. Циркин, С. Ю. Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентом в процессе психотерапии. – С. Ю. Циркин, М. А. Кулыгина // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 2. – С. 44-48.

56. Цыганков, Б. Д. Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной

шизофрении. – В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков, Саратов: Изд-во Саратовского университета, 2005.

57. Черников А. В. Введение в семейную психотерапию / А. В. Черников // Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная психотерапия». - М, 1998 .

58. Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. - А. В. Черников. — Изд. 3-е, испр. и доп. М. : Независимая фирма «Класс», 2001. — 208 с.

59. Шмаонова Л. М. Формирование семьи у больного шизофренией и маниакально-депрессивного психоза по данным эпидемиологического обследования (рождаемость) / Л. М. Шмаонова, Ю. И. Либерман, Е. В. Паничева // Журн. невропатол. и психиатр. – 1976. – Вып. 5 – С. 654–759.

60. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия. – Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. - Л. Медицина. – 1990.

61. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / 3-е изд. – СПб. : Питер. – 2002. – 656 с.

62. Эйдемиллер Э. Г. Системная семейная психотерапия. / Э. Г. Эйдемиллер (ред.). СПб. : Питер. - 2002. - 368 с.

63. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь. - 2005. – 336 с.

64. Эйдемиллер Э. Г. Детская психиатрия: Учебник / Э. Г. Эйдемиллер (ред.). – СПб. : Питер. – 2005. – 1120 с.

65. Эшби У. Р. Введение в кибернетику. - М. :Из-во иностранной литературы. - 1959.

66. Ackerman, N. W. The family as a social and emotional unit. / N. W. Ackerman // Bull of the Kansas Mental Hygiene Society. 1937. 12(2).

67. Arieti S. Psychotherapy of schizophrenia: new or revised / S. Arieti // Am. J. Psychother. – 1980. - № 34. – P. 464-476.

68. Bateson G. Steps to an ecology of mind / G. Bateson. N. Y. : Ballantine, 1972.

69. Bowen, M. A Family Concept of schizophrenia. / M. Bowen, D. D. Jackson (Ed.) NY: Basic Books., 1960 p. 370

70. Bowen, M. Family therapy in clinical practice / M. Bowen. – N. Y. : Jason Aronson, 1978., p. 269-282.

71. Bowlby, J. Attachment and Loss / J. Bowlby. - vols 1, 2. New York: Basic Books, 1969, 1973.

72. Brown G. W. Influence of family life on the course of schizophrenic illness: a replication / G. W. Brown, J. L. T. Birley, J. K. Wing // Brit J. Psychiat. – 1972. – Vol. 121. – P. 241-258.

73. Burbiel I. Die Effizienz stationarer Psychosentherapie in der Klinik Menterschwaige-klinisch-psychologische Untersuchungen / I. Burbiel. – Dyn. Psych. – 1990. – 124/125. – S. 247-298.

74. De Shazer, S. Keyes to Solution in Brief Therapy / S. De Shazer. N. Y. – London: W. W. Norton & Company, 1085.

75. Freud, S. On narcissism: an introduction (1914), in Complete Psychological Works / S. Freud // standard ed, vol 14. London: Hogarth Press, 1957, p. 67-102.

76. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizo-

phrenics by psychoanalytic psychotherapy / F. Fromm-Reichmann. – Psychiatry. – 11. – 1948. – P. 263-273.

77. Fromm-Reichmann F. Some aspects of psycho-analysis and schizophrenia/Psychotherapy with Schizophrenics (eds. Redlich F. C. And Brody E. R.). N. Y" 1952.

78. Gabbard, Glen O. Нейробиологические аспекты психотерапии Glen O. Gabbard // British Journal of Psychiatry 2000; 177, 117-122.

79. Goldstein M. J. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics / M. J. Goldstein, E. H. Rodnick, J. R. Evanis et al. // Arch. Gen. Psych. – 1978. – V. 35(10). – P. 1169-1177.

80. Greenberg B. The relation between territory and social hierarchy in the green sunfish / B. Greenberg // Anatomical Record. 1946. 94:395.

81. Grosser R. S. Families as advocated for the mentally ill: A survey of characteristics and service needs / R. S. Grosser, P. Vine // Am. Ortopsychiat. Ass. – V. 61. – 1991. – P. 282.

82. Haley J. The development of theory: A history of research project. In C. Sluski and D. C. Ranson (Eds.). Double bind / J. Haley. – N. Y. : Grune&: Stratton., 1976a.

83. Haley J. Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy / J. Haley. – San Francisco. : Jossey-Bass., - 1976b.

84. Haley J. Leaving home / J. Haley. – N. Y. : McGraw-Hill., - 1980.

85. Haley, J. Learning and teaching therapy / J. Haley. – N. Y. : The Guilford press., - 1996.

86. Harlow, H. The nature of love. / H. Harlow // Am J Psychol 1958. - 13. - P. 673-686

87. Harlow, H. F. Total social isolation in monkey / R. O. Dodsworth, M. K. Harlow // Proc Nati. Acad. Sci. USA. – 1965. – 54. - P. 90-97.

88. Hatfield A. B. Expressed emotions: A family perspective / A. B. Hatfield, L. Spaniol, A. M. Zipple. – 1987. – V. 113. P. 221-227.

89. Herman B. F. Lack of acknowledgment in the family Rorschachs of families with a child at risk for schizophrenia / B. F. Herman, J. E. Jones. – Fam. Process. – V. 15. – 1976. – P. 289-302.

90. Hogarty G. E. Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year affects of controlled study on relapse and adjustment / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss, at al // Arch. Gen. Psychiat. – 1991. – V. 48. – P. 340-347.

91. Johnson D. L. The family experience of living with mental illness / D. L. Johnson, H. Lefley (Eds.). // Mental health professionals and families of the mentally ill. –Washington. : American Psychiatric Association Press, DC. – 1990. – P. 31-63.

92. Johnson D. L. (Джонсон Д. Л.). Психическое расстройство: Новый подход к семейной проблеме / Д. Л. Джонсон // Ассоциация психиатров Украины. – Киев. – 1997.

93. Kandel, E. R. A new intellectual framework for psychiatry. E. R. Kandel. // Am. J. Psychiatry. 1998. V. 55. P. 457–469.

94. Kanner L. Superstitions connected with sneezing / L. Kanner // Medical Life. 1931. Vol. 38. P. 549—575.

95. Kendler, K. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia. V. The relationship between childhood

social withdrawal and adult schizophrenia / K. Kendler, A. Gruenberg, J. Strauss. // Arch. Gen. Psychiat. – 1982. - № 39. P. 1257 – 1261

96. Laing R. Politics of the families / R. Laing. – N. Y. : Random house. – 1969.

97. Laury, G. Adaptive Disability: Some Precipitating Factors in Schizophrenic Decompensation/ G. Laury, J. A. M. Meerloo // Psychiat. Quart. – 1969. - V. 43. - N 2. – P. 319-330.

98. Leff, J. P. A control trial of social intervention in schizophrenia families / J. P. Leff, L. Kuipers, R. Berkowitz // Brit. J. Psychiatry. – 1982. – V. 141. – P. 121-134.

99. Leff, J. P. Expressed emotion in families / J. P. Leff, C. E. Vaugh. – N. Y. : Guilford Press. – 1985.

100. Leff, J. P. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom / J. P. Leff, L. Kuipers, R. Berkowitz // J. Clin. Psychiat. – 1985. – N5. – P. 43-49.

101. Leff, J. P. A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia / J. P. Leff, R. Berkowitz, N. Shavit // Brit. J. Psychiatry. – 1989.

102. Leff, J. P. A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia: two years follow-up / J. P. Leff, R. Berkowitz, N. Shavit // Brit. J. Psychiatry. – 1990.

103. Leff, J. P. Interaction of environment and personality in the course of schizophrenia / J. P. Leff, H. Hafner, W. F. Gattaz (Eds.). Search for the causes of schizophrenia // Berlin Haidelberg. : Springer-Verlag. – 1990. – P. 94-106.

104. Lukoff D. Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia/ D. Lukoff, K. Snyder, J. Ventura / Schizophr. Bull. – 1984. - Vol. 10. – N 2. - P. 258-292.

105. Lidz. R., The Family Environment of Schizophrenic Patients / R. Lidz, T. Lidz // Amer. J. of Psychiatry., Wash. 1949. – Vol. l06, N5, P. 332-345.

106. Lidz T. Commentary on “A Critical Review of Recent Adoption Twin, And Family Studies of Schizophrenia: Behavioral, Genetics Perspectives” / T. Lidz // Schizophr. Bull. – 1976. – Vol. 2. –P. 402-412.

107. Liem H. J. Family studies of schizophrenia: An update and commentary / H. J. Liem // Schizophr. Bull. – 1988. - Vol. 6. – N3. – P. 429-455.

108. Miklovitz D. J. Family risk indicators in schizophrenia / D. J. Miklovitz // Schizophrenia Bull. – 1994. V. 20. – N1. – P. 137.

109. Olbrich, R. Die Verletzbarkeit der Schizophrenen: Zubins Konzept der Vulnerabilität// Nervenarzt. – 1987. - № 58. – S. 65-71.

110. Palazzolli, M. S. Paradox and contrparadox / M. S. Palazzolli. – N. Y. : Aronson. – 1978.

111. Reiss, D. Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. D. Reiss, E. M. Hetherington, R. Plomin, et al. // Archives of General Psychiatry. - 1995. 52. p. 925-936.

112. Rimland B. Infantile autism / B. Rimland. – N. Y. – 1964.

113. Scharfetter, C. Schizophrene Menschen / C. Scharfetter // Aufl. Menschen, 1986. 2. – 231.

114. Searles, H. The effort to drive the other person crazy – an element in the etiology and psychotherapy of schizophrenia / H. Searles // Brit. J. Med. Psychol. – 1959. - N. 32. – P. 1-18.

115. Socorro, P. M. Psychosocial factors and adaptation mechanisms in stressful events [Article in Spanish] / P. M. Socorro, J. J. Lorez-Ibor Alino. // Actas

Luso. Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines. – 1995. – V. 23. - № 3. – P. 124-129.

116. Spaete, H. Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie / H. Spaete, A. Thom, K. Weise. Jena, 1982. – 198 s.

117. Spaniol, L. J. How professional can share power with families: Practical approaches to working with families of the mentally ill / L. J. Spaniol, A. M. Zipple, S. Fitzgerald. // Psyhosoc. Rehab. J. – 1984 – V. 8. – N. 2. – P. 77-84.

118. Strauss, J. New directions in diagnosis: the longitudinal processes of schizophrenia / J. Strauss, J. Bartko, W. Carpenter. // Am. J. Psychiat. – 1981. - № 138. – P. 954-958.

119. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry / H. S. Sullivan. N. Y. : Norton, 1953.

120. Tienari P. Schizophrenia and monozygotic twins. / P. Tienari // Psychiat. Fenica – 1971. – P. 97-104.

121. Tienari P. Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The finnish adoptive family study / P. Tienari, A. Sorri, I. Latti, M. Naarala, at al. // Schizophrenia. Bull. – 1987. – V. 13. - № 3. – P. 477-485.

122. Tienari P. Gen-enviroment interaction in adoptive families / P. Tienari, H. Hafner, W. F. Gattaz (Eds.). Search fdr the causes of schizophrenia. – Vol. II. - Berlin Haideburg, Springer-Verlag., 1990. – P. 126-143.

123. Vaughn C. E. The influence of family and social factors on the course of psychiatry illness: A compression of schizophrenic depressed neurotic patients / C. E. Vaughn // Brit. J. Psychiat. – 1976. – V. 15. – P. 157-165.

124. Watzlawick, P. Wirklichkeit-sanpassung oder angepasste “Wirklichkeit” Konstruktivismus und psychoterapie / P. Watzlawick // Einführung in den Konstruktivismus. München: Piper Verlag, 1997. S. 89–107.

125. Wild C. M. Transactional communications disturbance in families of male schizophrenics / C. M. Wild, L. N. Shapiro, L. Goldenberg // Fam. Process. – 1975. – V. 34. – P. 58-70.

126. Wild C. M. Communication patients and role structure in families of male schizophrenics / C. M. Wild, L. N. Shapiro, T. Abelin // Fam. Process. – 1975. – V. 34. – P. 58-70.

127. Wilson, E. O., The sociogenesis of insect colonies / E. O. Wilson // Science. – 1985. – V. 228. – P. 1489-1495.

128. World Health Organization. Consumer involvement in mental health and rehabilitation services / World Health Organization. – Geneva. – 1989.

129. World Health Organization. Innovative approaches in mental health care: Psychosocial interventions and case management / World Health Organization. – Geneva. – 1992.

130. Wynne L. C. Pseudomutuality in the family relation of schizophrenics / L. C. Wynne, I. Ruckoff, J. Day // Psychiatry. – 1958. – Vol. 21. – P. 205-220.

131. Zeig K. (Ed.) The Evolution of psychotherapy. Vol. I / K. Zeig. – Пер. с англ. Т. К. Кругловой. - Л. М. Кроль (рус. ред.). – М. : Класс, 1998. – 304.

132. Zubin, J. Vulnerability – a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring. // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol. 86. – P. 103-126.

133. Zubin, J. Schizophrenia at the crossroads a blueprint for the 80s / J. Zubin, S. Steinhauer, R. Day // Comprehens. Psychiat. – 1985. - № 26. P. 217-240.

К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЮРИЯ СТЕПАНОВИЧА ШЕВЧЕНКО

31 марта 2007 г. исполнилось 60 лет доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования Ю. С. Шевченко.

В 1971 г. Юрий Степанович закончил педиатрический факультет 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова и продолжил профессиональное обучение в московской городской клинической ординатуре по детской психоневрологии. Врачебную деятельность он начал в 1973 г. психотерапевтом детской психоневрологической больницы № 6 г. Москвы и через четыре года практической работы поступил в аспирантуру на кафедру детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей.

За 30 лет работы в институте (с 1977 г. по настоящее время) Юрий Степанович прошел длинный путь от ассистента до руководителя кафедры. В 1981 г. под руководством своего учителя, профессора В. В. Ковалева, он защитил кандидатскую диссертацию «Клиника и динамика невроза навязчивых состояний у детей и подростков», в 1994 г. - докторскую «Патологические привычные действия у детей и подростков», в 1996 г. получил звание профессора.

С 1995 г. в течение 12 лет Ю.С. Шевченко возглавляет кафедру детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (бывший ЦИУв). Он является членом Президиума Российского общества психиатров, председателем Московского отделения Ассоциации детских психиатров и психологов, сопредседателем Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников, президентом Регионального общественного Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, членом редколлегии профессиональных периодических журналов «Социальная и клиническая психиатрия», «Вопросы психического здоровья детей и подростков», «Психотерапия Белоруссии» и «Таврический журнал психиатрии».

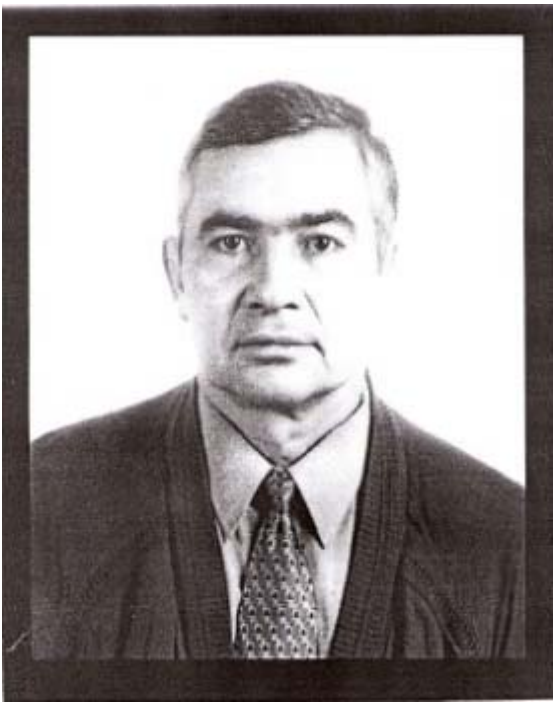
Юрий Степанович ведет плодотворную научную деятельность. Он является автором 250 журнальных статей. Его перу принадлежат 3 руководства, 3 учебника, 9 монографий по самым актуальным направлениям детской психиатрии и психотерапии, из которых наибольшую известность получили «Онтогенетически ориентированная психотерапия», «Детская и подростковая психиатрия – VII том практического руководства по детским болезням / Под ред. В. Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева», «Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков». Сотрудниками возглавляемой Юрием Степановичем кафедры написаны и изданы 7 монографий и руководств, в которых он является титульным автором и общим редактором. Юрий Степанович является создателем уникальной психотерапевтической техники ИНТЭКС, направленной на лечение психических отклонений у детей и коррекцию нарушенных родительско-детских отношений.

Юрий Степанович Шевченко блестящий лектор и одаренный педагог. Он достойный продолжатель традиций, заложенных его предшественниками и учителями, основателями детской и подростковой психиатрии России Г. Е. Сухаревой, В. В. Ковалевым, В. Н. Мамцевой. По инициативе профессора Юрия Степановича Шевченко лечебно-педагогический профиль деятельности кафедры был расширен за счет обогащения обучения врачей-курсантов базовыми знаниями по медицинской психологии; одновременно для психологов стали проводиться циклы повышения профессиональной квалификации по ознакомлению и погружению их в медицинские, психиатрические аспекты психических проблем детей, подростков и их семей. За время своей работы на кафедре Юрий Степанович воспитал несколько поколений детских психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, которые сегодня успешно трудятся во многих лечебных заведениях России. Под его руководством сотрудниками кафедры и его учениками защищены пять кандидатских диссертаций продолжающих и творчески развивающих начатые им исследования, выполняются еще восемь кандидатских и две докторских диссертации.

Профессор Юрий Степанович Шевченко – человек редкого душевного обаяния, высокой культуры, открытости и доброты.

Коллеги и ученики поздравляют Юрия Степановича с юбилеем, желают здоровья, долгих лет жизни и творческих успехов.

НЕКРОЛОГ



5 октября 2006 г. на 55 году жизни скоропостижно скончался известный психиатр, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии Росздрава, доктор медицинских наук Владимир Маркович Волошин.

В 1974 г. В. М. Волошин окончил лечебный факультет 2-го Московского Ордена Ленина государственного медицинского института имени Н. И. Пирогова, избрав своей специальностью психиатрию, и был зачислен в клиническую ординатуру Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. После ее окончания в 1976 г. был рекомендован в очную аспирантуру Московского НИИ психиатрии. После окончания аспирантуры и успешной защиты кандидатской диссертации работал младшим научным сотрудником отдела аффективной патологии, с 1983 по 1989 гг. - старшим научным сотрудником отделения психической патологии детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. В период работы в институте возглавлял совет молодых ученых, комиссию по работе с молодыми учеными и специалистами при Президиуме Правления Всероссийского общества психиатров и невропатологов.

С 1989 по 1999 г. работал Главным психиатром военно-медицинского управления КГБ СССР, МБ, ФСК, ФСБ России. С 1999 г. возглавил отделение психической патологии детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии МЗ РФ и в 2000 г. был назначен на внештатную должность Главного детского психиатра России. В. М. Волошин активно занимался вопросами реформирования детско-подростковой службы психического здоровья, возвращением в номенклатуру специальности «детский психиатр», раз-

работкой принципов и методов полипрофессиональной помощи детям и подросткам, внедрением мультидисциплинарного подхода и бригадных методов работы, придавал особое значение изучению клинических закономерностей применения современных психотропных средств при психических расстройствах у детей и подростков. Являясь признанным авторитетом в области психиатрии чрезвычайных ситуаций, в 2004 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии)».

Большую плодотворную научную и педагогическую работу В. М. Волошин неизменно сочетал с активной общественной деятельностью, являлся членом Президиума Российского общества психиатров, принимал активное участие в организации и проведении съездов, конференций и симпозиумов. Он пользовался заслуженным авторитетом не только в коллективе Института, но и среди широких кругов медицинской общественности.

Высококвалифицированный клиницист, автор большого числа публикаций, в том числе монографии, по различным разделам психиатрии, великолепный наставник, высокопорядочный человек, искренне радеющий за детскую психиатрию, – таким Владимир Маркович Волошин останется в истории российской психиатрии и в памяти тех, кто знал его и кому довелось с ним работать.

ПАМЯТИ БОРИСА ЗИНОВЬЕВИЧА ДРАПКИНА

Ушел из жизни замечательный человек, прекрасный доктор, истинный Гражданин - Борис Зиновьевич Драпкин. В нашей стране и за рубежом Б. З. Драпкин известен как детский психиатр-психотерапевт, яркий представитель московской психотерапевтической школы, основоположник ее детско-подросткового направления.

Многие годы, работая в 6-й Детской психиатрической больнице г. Москвы, Борис Зиновьевич, с благословения корифея отечественной детской психиатрии, профессора Г. Е. Сухаревой, фактически с нуля развил практическую психотерапию детей и подростков. Сначала это был первый в Москве кабинет детской психотерапии, затем – уникальное, единственное на всю страну подростковое психотерапевтическое отделение, функционирующее до сих пор. Помимо того, что это отделение вернуло психическое здоровье огромному количеству подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами, оно еще явилось своеобразной кузницей кадров для специалистов Москвы и всего Советского Союза. Многие молодые энтузиасты считали за честь поработать на добровольных началах в отделении, чтобы приобщится к практической детской психотерапии. Борис Зиновьевич предоставлял им такую возможность. Некоторые из них в настоящее время являются известными специалистами и основали свои направления в детской психотерапии. Отделение являлось также клинической базой кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне - Российской медицинской академии последипломного образования), которой после Г. Е. Сухаревой руководил профессор В.В.Ковалев. До последних дней Б. З. Драпкин оставался внештатным

сотрудником кафедры, бескорыстно делясь с ее слушателями своим опытом и знаниями. Вряд ли найдется детский психотерапевт в нашей стране, который бы так или иначе не прошел школу Б. З. Драпкина или его учеников.

Много лет он возглавлял детско-подростковую психотерапевтическую службу СССР, создал Центр детско-подростковой психиатрии. Большой вклад внесен им в теорию и практику лечения заикания. Им опубликовано более 100 научных и популярных статей и книг, в том числе главы в руководствах по детской психиатрии под редакцией В. В. Ковалева и по психотерапии под редакцией В. Е. Рожнова. Последние книги Б. З. Драпкина посвящены разработанной им и получившей патент уникальной методике материнского гипноза, названной автором «Терапией материнской любовью».

Профессиональным медицинским объединением психотерапевтов, психологов и социальных работников, учитывая большой вклад в развитие детской и подростковой психотерапии, Борису Зиновьевичу Драпкину присвоено Почетное звание профессора психотерапии.

Судьба детского психиатра, детского психотерапевта в нашей стране такова, что он не может оставаться просто профессионалом в своей области. Врачебная и гражданская совесть заставляет его быть еще и общественным деятелем и, в меру своих сил, отстаивать права юных россиян, лишенных психологической защиты, а нередко и ущемленных в социальных правах. Общественная деятельность Б. З. Драпкина служит в этом смысле ярчайшим примером патриотизма и самоотверженности.

Ученики, друзья и коллеги навсегда сохранят в памяти светлый образ Врача, Ученого, Человека - Бориса Зиновьевича Драпкина.

ЛР № 065725 от 11.03.98
Издательско-полиграфический центр «Глобус»
123056, Москва, ул. Большая Грузинская, д. 70
Тел.: 545-4705, 545-4704

Подписано в печать 16.04.2007. Формат 70x100/16.
Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».
Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.
ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2007 (7), № 1.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»
г. Красноармейск, Московской области.
Тел.: 584-1623
Заказ № 338