

# ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

## 2001 (1), № 1 СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------|---|
| Представление Редколлегии .....                                      | 3 |
| Обращение Президента Ассоциации детских психиатров и психологов..... | 5 |
| Вступление Главного редактора.....                                   | 6 |

### **ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Л. Ю. Данилова</b><br>ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.....                                    | 7  |
| <b>Е.Г. Юдина</b><br>ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ<br>В ОБРАЗОВАНИИ .....                                    | 14 |
| <b>Д. Н. Исаев</b><br>ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ<br>СИТУАЦИЯ.....                             | 20 |
| <b>Е. О. Смирнова, Г. Р. Хузеева</b><br>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ДЕТЕЙ.....                                             | 27 |
| <b>Е. Р. Слободская, М. В. Сафронова, Н. Н. Савина</b><br>ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКИХ ШКОЛЬНИКОВ<br>В МЕЖДУНАРОДНОМ КОНТЕКСТЕ..... | 32 |
| <b>Р.М. Грановская, М. С. Гринева, Д.В. Третьяков</b><br>ДЕТИ И КОМПЬЮТЕРЫ.....                                                        | 40 |

### **ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ**

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова</b><br>АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА И АНАЛИТИКО-СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ:<br>АСПЕКТЫ КОТЕРАПИИ.....                    | 46 |
| <b>Л. Ю. Данилова</b><br>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КЛОМИПРАМИНА (АНАФРАНИЛА)<br>В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ.....                                     | 52 |
| <b>Ю. С. Шевченко</b><br>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ (клиника, динамика, терапия).....                                                            | 58 |
| <b>П. В. Безменов</b><br>СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ И ЕЕ<br>КОРРЕКЦИЯ У УЧЕНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ.....                            | 64 |
| <b>Н.М. Иовчук, А.А. Северный</b><br>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ<br>ПРИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... | 70 |

### **АРХИВ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ**

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>В. В. Ковалев</b><br>ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В ПСИХИАТРИИ<br>ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....                      | 77 |
| <b>Л. А. Венгер.</b><br>УСВОЕНИЕ СРЕДСТВ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ<br>СПОСОБНОСТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ..... | 84 |
| <b>С. С. Мнухин</b><br>ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕТСКИХ РЕЗИДУАЛЬНЫХ<br>ЭНЦЕФАЛОПАТИЯХ.....                                   | 87 |
| <b>М. Ш. Вроно, А. Л. Левина</b><br>О СОЧЕТАНИИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ И СУДОРОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....                                      | 93 |

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Н. В. Дмитриева, Д. В. Четвериков, Р. Б. Сапожникова</b><br>ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ.....                                                     | 96  |
| <b>Е. А. Карасева</b><br>КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ<br>С ПОДРОСТКАМИ.....                                                       | 97  |
| <b>М. А. Калинина, Н. И. Голубева</b><br>ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В МЛАДЕНЧЕСТВЕ.....                                                                     | 99  |
| <b>А. А. Северный, Г. Г. Осокина</b><br>СЛУЧАЙ СВЕРХХРАННЕГО ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА.....                                                          | 102 |
| <b>М. А. Калинина, А. В. Горюнова, Г. Н. Шимонова</b><br>К ИЗУЧЕНИЮ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ<br>С ПСИХИЧЕСКИМ ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ ..... | 104 |
| <b>С. В. Тетерский</b><br>РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕТСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....                                                                        | 106 |

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ, ДАЙДЖЕСТ

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Г. А. Джолдыгулов</b><br>ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ<br>ПСИХИАТРИИ (ГАМБУРГ, 1999)..... | 110 |
| <b>П. В. Безменов</b><br>РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР.....                                                                                 | 112 |

## РЕЦЕНЗИИ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

|                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Д. Н. Исаев</b><br>РЕЦЕНЗИЯ НА СПРАВОЧНИК ПО ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ ДЕТСКОГО И<br>ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....                                                                | 115 |
| <b>А. В. Махнач, А. И. Лактионова</b><br>ПЕРВЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СПРАВОЧНИК: ПОПЫТКА ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИИ,<br>ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА..... | 116 |
| <b>Е. А. Зубова</b><br>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (лекция).....                                                                             | 120 |
| <b>Н. М. Иовчук.</b><br>ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЛИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ<br>С ЭНДОГЕННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (методические материалы).....                 | 128 |

## ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИНФОРМАЦИЯ

|                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНЗДРАВА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ .....                                                                                                                                                                                                         | 136 |
| <b>Е. О. Смирнова</b><br>АЛЬЯНС ВО ИМЯ ДЕТСТВА (информационное сообщение).....                                                                                                                                                                                 | 140 |
| <b>Л. Ю. Данилова</b><br>ДЕТСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НА VIII ВСЕРОССИЙСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ КОНГРЕССЕ «ЧЕЛОВЕК<br>И ЛЕКАРСТВО» (информационное сообщение).....                                                                                                                | 141 |
| <b>Ю. В. Валентин, Н. В. Вострокнутов, А. А. Гериш, Т. Н. Дудко, Г. Н. Тростанецкая</b><br>КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,<br>ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (материал для обсуждения Мини-<br>стерства образования РФ..... | 143 |

## ОБРАЩЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

Уважаемые коллеги!

Мы все должны поздравить себя, прежде всего членов Ассоциации детских психиатров и психологов, с тем, что Россия сделала первый шаг по выходу из той позорной, ситуации, когда страна с более чем 30-миллионным детским населением, страна с богатейшим научным и практическим наследием и реальным опытом в деле охраны психического здоровья детей не имела специального научно-практического периодического издания, посвященного этой острейшей на сегодня национальной проблеме. С сожалением приходится констатировать, что подобный "провал" был логичным следствием подхода нашего государства к психическому здоровью детей, к организации помощи проблемным детям по "остаточному принципу"; психиатрия детства, прежде всего в организационном плане, всегда была "довеском" общей психиатрии. И на сегодняшний день проблемы охраны психического здоровья детей не находят в государственных органах того решения, которого требует сложившаяся ситуация. Детская психиатрическая служба и детско-подростковая наркология так и остаются на задворках общей психиатрии и наркологии; так и будут они финансироваться по остаточному принципу; так и будет достаточно пройти краткосрочные курсы первичной специализации, чтобы стать детским психиатром, - с соответствующим уровнем диагностического и лечебного мастерства их окончивших; так и не появится у нас организованной детской психосоматической помощи.

Тем не менее, реализуя проекты Ассоциации детских психиатров и психологов по повышению профессиональной информированности специалистов, работающих с детьми, по поиску путей их эффективного взаимодействия, по преодолению ведомственной ограниченности, нахождению взаимопонимания и адекватного языка межпрофессионального общения, мы смогли начать выпуск первого в России журнала, посвященного вопросам психического здоровья детей и подростков. Мы не просто декларируем междисциплинарный принцип в формировании журнала, мы осуществляем его и соответствующим подбором материалов, и составом Редакционной коллегии.

Мы надеемся, что этот выпуск привлечет внимание не только профессионалов, но и тех, для кого здоровье российских детей, их будущее является близкой сердцу проблемой, а не очередной демагогической фразой, множество каких мы слышим ежедневно с трибун самого разного уровня. Мы надеемся на поддержку организаций, фирм, фондов в том, чтобы данный журнал стал постоянным периодическим изданием. Мы надеемся на отклик специалистов, заинтересованных в обмене знаниями и опытом. Мы надеемся на понимание и поддержку государственных органов и ведомств.

А. А. Северный

## ВСТУПЛЕНИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

### ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ!

В течение многих лет мы, специалисты, помогающие детям с психическими нарушениями, вынашивали идею создания междисциплинарного журнала, понятного и полезного для специалистов разного профиля - психологов, психотерапевтов, психиатров, дефектологов, педагогов, социальных педагогов, сотрудников органов опеки и попечительства, правоохранительных органов, законодателей и руководителей, то есть всех тех, чья деятельность направлена на помощь "особенным", "проблемным" или дизадаптированным<sup>1</sup> детям. Будущее журнала во многом зависит от вас, дорогие читатели, вашей активности и предприимчивости, поскольку вопросы дальнейшего финансирования журнала остаются пока нерешенными. Мы ждем ваших статей, сообщений о случаях из практики, архивных материалов, вопросов, отзывов, советов, предложений<sup>2</sup>.

Журнал включает следующие разделы: 1) авторские оригинальные статьи по психологии, психиатрии, психотерапии, социальной педагогике; 2) статьи по лечению, коррекции, реабилитации и организации помощи детям; 3) архив детской психологии и психиатрии, содержащий малодоступные или забытые, но сохраняющие актуальность работы отечественных классиков прошлых лет; 4) краткие сообщения о сложных для диагностики, коррекции и реабилитации случаях и практическом опыте различных специалистов; 5) реферативные обзоры работ зарубежных авторов по психологии, психиатрии, психотерапии, коррекционной и социальной педагогике и т.д.; 6) рецензии, лекции, методические материалы; 7) официальные материалы и информация, включающие решения, постановления и нормативные документы правительственных учреждений. В дальнейшем планируется также ведение в журнале специальной рубрики "Мультидисциплинарный консилиум" - стенографическое описание и анализ конкретных случаев из практики с разбором их различными специалистами и разработкой совместных межпрофессиональных программ коррекции и реабилитации. Кроме того, в качестве опыта будет введен раздел "Авторефератов", поскольку мы полагаем, что многие важные для практики результаты, отраженные в диссертациях, остаются неизвестными специалистам, работающим с детьми.

Мы искренне надеемся, что журнал "Вопросы психического здоровья детей и подростков" откроет широкие возможности для публикаций по любым проблемам психического здоровья детей и подростков, послужит профессиональному росту, объединению и взаимопониманию специалистов различного профиля и таким образом принесет, прежде всего, пользу детям.

Н. М. Иовчук

---

<sup>1</sup> В журнале понятие нарушенной, искаженной адаптации обозначается как "дизадаптация" вместо более распространенного в последнее время "дезадаптация". Как показали наши изыскания, употребление термина "дизадаптация" в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., "Советская энциклопедия", 1982).

<sup>2</sup> Материалы для последующих номеров, отклики и предложения по выпуску и поддержке журнала "Вопросы психического здоровья детей и подростков" посылаются на имя Главного редактора Н.М. Иовчук электронной почтой по адресу: [acpp@online.ru](mailto:acpp@online.ru)

## ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Л. Ю. Данилова  
**ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

Ассоциация детских психиатров и психологов. Москва.

Quide leges sine moribus vanae proficiunt.  
(Что пользы в напрасных законах там,  
где нет нравственности.)

*Из Горация*

Название данного сообщения подразумевает трехуровневый подход к вечному кругу проблем философской дисциплины – **этики** (греч. *ethika*, от *ethos* – обычай, нрав, характер) как науки о сущности, происхождении и развитии морали, разрабатывающей вопросы добра и зла, гуманности и жестокости, достоинства и непорядочности и т.д., истолковывающей и формирующей нравственные нормы поведения людей и их взаимоотношений.

Первый, самый общий уровень предполагает рассмотрение этических проблем детской психиатрии в общем контексте **медицинской этики** как совокупности нравственных норм профессиональной деятельности всех медицинских работников во взаимоотношениях с больными, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе лечения больного. При этом понятие медицинской этики находится в диалектической взаимосвязи с понятием **медицинской деонтологии**. Последняя (от греч. *deon*, *deont[os]* – должное, надлежащее + *logos* – учение) представляет собой совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, правил поведения, практически обуславливающих терапевтический эффект их контакта с пациентом и игнорирование которых может непосредственно навредить его здоровью. В этой связи характерно высказывание академика В.М. Бехтерева, считавшего, что если после беседы с врачом больной не почувствовал облегчения, то это не врач.

Второй уровень касается особенностей медицинской этики и деонтологии в психиатрии – медицинской специальности, занимающейся душевными расстройствами, при которых и поведение самого пациента и восприятие им поступков, слов и эмоций медицинского работника подчас не соответствуют критериям нормальной психологии (на которые опираются хирургическая, гинекологическая и другие виды клинической деонтологии). Этим обусловлена необходимость более четкой и строгой регламентации этических нормативов в рассматриваемой области медицины. Данная потребность реализована в «Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ни для одной другой медицинской специальности подобного закона не существует. Более того, психотерапевтический бум, охвативший Россию последние годы, и связанные с ним проблемы (появление на рынке услуг разного рода «целителей» и «знахарей» не имеющих медицинского образования, но использующих глубинные, порой нейрофизиологически небезопасные психотехнологии, двойственное положение психологов, формально не имеющих права на лечебную деятельность, но фактически восполняющих дефицит врачей-психотерапевтов, проблемы сертифицирования, лицензирования и проч.) побудил психиатрическую общественность поставить вопрос о разработке проекта государственного «Закона о психотерапии».

Наконец, третий уровень рассматриваемой темы обусловлен возрастной спецификой детской психиатрии, объединяющей и трансформирующей в новом качестве этические особенности общей психиатрии и педиатрии и предполагающей такие нормы поведения и долженствования педопсихиатра, которые не характерны ни для какого другого специалиста. Более того, они не прописаны ни в одном руководстве. К сожалению, упомянутый Закон о психиатрической помощи... не только не учитывает специфики детской психиатрии, но существенно снижает эффективность работы детских психиатров, поскольку лишает их возможности оказывать профилактическую помощь нуждающимся детям и подросткам. Профилактическая же направленность усилий врача, его стремление предотвратить болезнь (обострение) является одним из принципов медицинской этики, а до недавнего прошлого была предметом законной гордости отечественного здравоохранения.

Каждый из рассмотренных уровней (общемедицинский, психиатрический, педопсихиатрический) содержит этические проблемы, характерные для российской детской психиатрии.

**Общемедицинские проблемы** обусловлены диалектическим противоречием между универсальными, внеклассовыми, гуманистическими принципами медицинской профессии, отражающими ее изначальную сущность, – стремление облегчить страдания, помочь больному человеку, и теснейшей связью

принципов ее (как и любой профессиональной этики и общих этических норм) с социально-экономическими условиями, с исторически складывающимся господством моральных принципов (либо аморальности) общества. Кроме того, нормы медицинской этики определяются также уровнем развития медицинской науки, материального оснащения лечебного учреждения и доступности для пациентов необходимых видов помощи, от которых во многом зависят действия врачей. Высоконравственный призыв к тому, что болезни людей нельзя превращать в средство наживы, отвергание саморекламы и недопущение переманивания пациентов вступают в противоречие с безнравственно низкой заработной платой медицинских работников и другими фактами современной антигуманной социальной действительности нарождающегося капиталистического строя. «Планка бескорыстия» в такой ситуации может колебаться в весьма большом диапазоне, тем более что и перед собственной совестью и перед общественным мнением медицинский работник отвечает за благополучие и здоровье членов собственной семьи.

С одной стороны, врач должен не жалеть времени на то, чтобы выслушать больного и его родных, максимально полно его обследовать, реализовать свое искусство психотерапевтической беседы, осуществить индивидуально-личностный подход к пациенту, с другой – не имеет для этого достаточно времени при существующих нагрузках на прием. Необходимость постоянного самоусовершенствования, оттачивания клинического мышления, пополнения знаний тоже требует времени, в частности, на чтение специальной литературы, а также средств на ее приобретение. В то же время, необходимость постоянного поиска дополнительного заработка лишает врача первого, отказ от подработки – второго. Не секрет, что многие врачи перестали выписывать профессиональные журналы и покупать книги по своей и тем более по смежным специальностям. Более того, возможности выписывать специальную литературу для своих сотрудников, содержать профессиональную библиотеку лишены и медицинские учреждения, за незначительными исключениями.

Соблюдение врачебной тайны выглядит анахронизмом на фоне повсеместного пренебрежения к правам личности, незащищенности рядового гражданина, культивируемого средствами массовой информации неэтичного интереса к самым интимным подробностям частной жизни известных и почитаемых людей, откровенного ёрничанья по поводу всех и вся на страницах популярных газет. Уникальность деятельности врача (ни один другой представитель мирной профессии не дает присягу), не подкрепляемая соответствующим отношением общества, делает его собственную совесть по сути единственным гарантом соблюдения норм медицинской этики.

Фактическая бесправность профессиональных объединений и ассоциаций (которые в западных странах являются главной инстанцией оценки профессионализма и морально-этического соответствия специалиста, в то время как у нас государственные квалификационные и аттестационные процедуры нередко превращаются в чистую формальность, либо в инструмент номенклатурного манипулирования) нарушает этический принцип коллегиальности, что делает врача беззащитным перед лицом начальства, назначаемого свыше. При этом следует признать, что многие российские профессиональные медицинские общественные объединения являются не более чем придатками администрации здравоохранения или ее высокопоставленных представителей. Врачебные ошибки, нарушения профессионального этикета, конфликтные ситуации разбираются не «судом чести» в присутствии заслуженных и уважаемых коллег, а чисто административным, нередко единоличным образом. Отсюда соблазн перестраховаться, избежать вполне оправданного риска, занять пассивную позицию вопреки чувству долга и соображениям разумности.

Культивируемый по настоящее время социалистический призрак бесплатной медицины в отсутствие эффективной системы медицинского страхования привел к тому, что рядовой больной стал для врача, медицинского персонала обузой и необходим лишь как статистическая единица. Оценка деятельности врача, медицинского учреждения по-прежнему базируется на «вале» обслуженных пациентов, но не на уровне здоровья населения, что неизбежно должно приводить к фальсификации отчетности.

**Общепсихиатрические проблемы** медицинской этики и деонтологии определяются спецификой данной медицинской специальности и отношением общества к психиатрии и психически больным. Так, интересы общества законодательно предусматривают случаи этически оправданного нарушения врачебной тайны, ограничения сферы профессиональной пригодности, недобровольной (принудительной) госпитализации пациентов в случаях, если болезнь делает их опасными для окружающих или самих себя, либо обуславливает их беспомощность. С другой стороны, тот же закон жестко регламентирует действия специалиста во избежание возможных злоупотреблений и дискриминаций. Эти ограничения, в целом защищающие права человека, вступают в противоречие с очевидной необходимостью для врача-психиатра иметь возможность осуществлять более гибкую тактику поведения в отношении пациентов, чья психологическая адекватность колеблется от полной вменяемости до полной невменяемости.

По сути, психиатр поставлен в такие условия, когда лично для него неоказание помощи в полном

объеме психически больному с юридической и административной точек зрения гораздо безопасней и, следовательно, предпочтительней проявления диктуемой нравственным кодексом профессиональной активности. Давно ушли в небытие времена, когда участковый психиатр был обязан с определенной периодичностью общаться с обслуживаемыми больными, организовывать им при необходимости патронажную помощь. А непрерывно оказываемое на психиатра административное давление с целью экономии средств на выделение положенных больным на льготных условиях препаратов из ущербного минздравовского списка превращает рутинную психиатрическую помощь в карикатуру на современную медицину, а психиатра – в центральный персонаж этой карикатуры.

Несовершенство Закона о психиатрии обусловило организационное отдаление данной специализированной службы от нуждающихся в ней граждан, полностью исключило возможность первичной, и в значительной мере вторичной, профилактики нервно-психических расстройств, а сопровождавшая его принятие волна антипсихиатрической кампании в СМИ превратила психиатра во «врага народа». Такая массовая ятрофобия (люди всячески оттягивают посещение психиатра, обращаются к другим специалистам, а порой и к безответственным шарлатанам, упорно отказываются от медикаментозного лечения) создала этическую проблему публичной реабилитации психиатрии и психиатров.

Все указанные выше проблемы автоматически распространяются на детскую психиатрию, которая, продолжая существовать как служба в рамках общей психиатрии, отменена как самостоятельная медицинская специальность с 1995 года волонтаристским решением бывшего министра здравоохранения. Это решение породило дополнительные профессионально-этические проблемы. В частности, формально любой врач, имеющий специализацию по общей психиатрии, может быть назначен на должность детского психиатра, либо занимать ее по совместительству (что является правилом в провинции). При этом его личной этической проблемой является получение, углубление и совершенствование знаний в данной области. Не секрет, что многие специалисты на местах ни разу не обучались на циклах усовершенствования по детско-подростковой психиатрии, хотя многие годы совмещают должности взрослого и детского психиатра.

Еще хуже обстоит дело с подготовкой таких специалистов, как детско-подростковые психотерапевты, наркологи, психосоматологи, психиатры раннего возраста (микрорпсихиатры), медицинские (клинические) психологи, каковых нет не только в номенклатуре медицинских специальностей, но и в перечне должностей. В обеспечении соответствующей помощи уже личная морально-этическая, гражданская позиции, должностная смелость и профессиональная компетентность руководящих лиц, принимающих (или не принимающих) организационно-административные решения, играют решающую роль и во многом определяют социально-экономическое будущее общества, зависящее от здоровья подрастающего поколения. При этом очевидно, что на подобной субъективной основе не может строиться долгосрочная эффективная система помощи.

**Этические проблемы педопсихиатрии** определяются возрастной спецификой данной (официально не существующей) специальности. Невозможность автоматического переноса как организационных, так и этико-деонтологических нормативов с общей психиатрии на детскую, с одной стороны, и игнорирование принципа коллегиальности теми администраторами и специалистами, которые подготавливают нормативные акты, с другой, привели к тому, что ни в одном из последних приказов Минздрава, посвященных психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии, социальной службе и т.д., соответствующая детская помощь вообще не упоминается, т.е. фактически игнорируются интересы 1/4 части населения России.

В чем же заключается специфика этических проблем детской психиатрии?

1. Детский психиатр имеет дело со всеми видами психической патологии, что и взрослый (общий) психиатр (за исключением расстройств, обусловленных возрастной инволюцией), но в отличие от него еще и с эволютивно-дизонтогенетическими нарушениями, т.е. с первичными и опосредованными проявлениями патологии психического развития и созревания. Стало быть педопсихиатр должен обладать общепсихиатрическим опытом и знаниями (как базой для узкоспециализированного образования), но при этом быть еще в определенной мере и детским психологом, и педагогом.

2. Если взрослый психиатр непосредственно контактирует с самим пациентом и в первую очередь именно с ним налаживает терапевтический альянс в борьбе с болезнью, то детский психиатр всегда свои мероприятия по лечению ребенка опосредует отношениями с его родителями. Более того, не сложившийся продуктивный диалог и взаимодействие с ними может свести на нет все его терапевтические усилия в отношении маленького пациента. А это обуславливает то, что даже при чисто медикаментозном лечении ребенка, во взаимоотношениях с его родителями детский психиатр выступает в роли семейного психолога и семейного психотерапевта. Последнее тем более необходимо, поскольку в подавляющем большинстве психические расстройства у ребенка в той или иной мере отражают нездоровые особенности, дисгармонию во внутрисемейных отношениях, психогенные влияния во взаимодействиях родителей

с ребенком и между собой.

3. Системный подход к психиатрическим проблемам ребенка предусматривает распространение коррекционно-терапевтических усилий врача и на другие структуры микросоциума пациента: дошкольно-школьные учреждения, спортивные секции, художественные студии, неформальные группировки и т.д. С одной стороны, обеспечение межпрофессионального и межведомственного взаимодействия здесь еще более перспективно, чем в общей психиатрии. Ведь имеется как больше возможностей для качественного улучшения микросреды, так и больше оснований ожидать существенного позитивного влияния этих изменений на психику и личность, находящихся в процессе активного становления и развития. С другой стороны, отстаивание интересов больного ребенка во всех этих общественных и государственных структурах требует от детского психиатра выполнения функций социального педагога (тем более, что служба социальной педагогики в настоящее время находится в зачаточном состоянии).

4. Неопределенность и несовершенство макросоциального (в том числе юридически-правового) пространства детской психиатрии требует от специалиста постоянного лавирования между соображениями максимальной заботы о пациенте, включая вопросы его будущего (служба в армии, учеба в ВУЗе, трудоустройство и проч.) и собственной профессиональной защищенности. Отсюда давно известная практика «двойной бухгалтерии» при формулировке официального диагноза, который ставится «для больного» и является, как правило, более облегченным (порой и наоборот – для освобождения от армейской службы), чем истинное состояние, в отношении которого осуществляется лечение (диагноз «для врача»). При этом вынужденное несоответствие терапевтической тактики формальному диагнозу делает детского психиатра заложником собственной добросовестности.

Следует указать еще на крайне негативное влияние на диагностику психиатрической «моды». Если на протяжении XX столетия в отечественной психиатрии в силу известных причин доминировал «эндогенный» уклон, то в последнее десятилетие масса детских психиатров бросилась в другую крайность, практически исключив диагноз шизофрении из своей практики (доходит до анекдотических случаев негласных административных запретов постановки такого диагноза детям). При этом культивируется дилетантски понимаемый психогенез психопатологических расстройств (что также таит «ловушку», поскольку предполагает соответствующее назначение «диагностически обоснованной» психотерапии), либо все больные дети записываются в «органики». Здесь вновь приходится возвращаться к крайне неудовлетворительной системе подготовки детских психиатров. Более того, нам известны, напомним, экзистенциальные, случаи направления детскими психиатрами больных к экстрасенсам, священникам и колдунам. И это свидетельствует о крайне тревожных тенденциях в детской психиатрической службе.

По закону детский психиатр может консультировать детей до 14 лет только с согласия их родителей. Однако, их нежелание контактов с психиатром (из-за непонимания или психологического вытеснения факта психической патологии своего ребенка вследствие внушенного страха перед «карательной психиатрией», по причине собственного душевного нездоровья и т.п.) ставит врача перед дилеммой – обследовать явно нуждающегося ребенка под видом «психоневролога», «психолога» или врача иной специальности и тем самым вступить в конфликт с законом, либо пустить дело на самотек в ущерб врачебной этике.

5. Особо следует коснуться проблемы психофармакотерапии (ПФТ) в детской психиатрии. Создалась парадоксальная ситуация, когда при наличии массы современных, достаточно безопасных, высокоэффективных и узко направленных препаратов, успешно зарекомендовавших себя во взрослой практике, но не апробированных и официально не апробирующихся на детях, врач вынужден назначать маленьким пациентам отжившие свой век препараты первого поколения, лишенные этих качеств, но отягощенные высоким риском побочных явлений и осложнений при недостаточной избирательности воздействия на психопатологические расстройства. Следование нормам медицинской этики, предписывающим использование максимально действенного и не вредящего лечению, сопряжено с тем, что всякий раз, выписывая рецепт на необходимое ребенку современное лекарство, детский психиатр фактически нарушает закон и рискует оказаться на скамье подсудимых. Педопсихиатрическая общественность неоднократно и пока безрезультатно поднимала вопрос перед Минздравом об организации официальной ускоренной процедуры апробации новых психофармацевтических препаратов в детской практике.

Как ни странно, до сих пор можно слышать категоричные суждения вплоть до полного отрицания возможности использования психотропных препаратов у больных, не достигших 16-летнего возраста. Мы говорим не только об экстремистских высказываниях сайентологов, смешивающих транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы с наркотиками и утверждающих, что педопсихиатры преследуют корыстные цели искусственного создания и расширения группы лекарственно зависимых пациентов, но и некоторых врачей, утверждающих мнение о нецелесообразности лекарственного лечения психических заболеваний у детей. В качестве аргументов в последнем случае используется известный факт

атипии клинической картины страдания у детей по сравнению со взрослыми, а также мнение о функциональной незрелости детского организма и нервной системы в частности.

Безусловно, клиника психических заболеваний в детско-подростковом возрасте обладает не только рудиментарностью, на что указывали еще классики педопсихиатрии, но и известным возрастным изоморфизмом проявлений при различной природе страдания. Данный феномен проистекает из «наслоения» на расстройства, свойственные определенному психическому заболеванию, преимущественных (предпочтительных) для определенного возрастного периода синдромов, встречающихся почти исключительно у детей и подростков. Кроме того, взаимодействие текущего психофизиологического созревания личности и деструктивных тенденций психической болезни приводит к появлению эволютивно-дизонтогенетических нарушений, что и придает страданию атипичный вид.

Однако, атипия не есть что-то принципиально иное в своих основных качественных характеристиках. Ядерные проявления и основные тенденции динамики заболевания сходны у больных зрелого и детско-подросткового возраста. Известно и подтверждено клинической практикой принципиальное сходство лекарственного воздействия всех групп психотропных препаратов на принципиально сходные болезненные нарушения у пациентов разного возраста.

Быстрое избавление пациента от страдания и своевременное оказание помощи, включая ПФТ, нравственно по своей сути. И напротив, врачебная пассивность и неоправданная выжидательная тактика ведут к потере времени, вследствие чего углубляется тяжесть текущего состояния и ухудшается прогноз в целом. Бездействие детского психиатра до тех пор, пока психопатологическая симптоматика не приведет к социально опасным действиям или грубой социальной дизадаптации, граничит с неоказанием помощи и профессиональным преступлением.

Классикой врачебной этики стал постулат - «при проведении терапии не навреди больному», и особую значимость он приобретает в возрастной ПФТ. Практическое воплощение он находит в тактических принципах ПФТ детей и подростков. С нашей точки зрения, сюда следует отнести:

а) **принцип минимальной достаточности**, который заключается в том, что определяющая цель ПФТ заключается не в устранении симптома, а в восстановлении социальной адаптации больного ребенка (или профилактике дизадаптации). При этом учитываются и мощность самого препарата внутри его фармакологической группы, и минимально действенный уровень его дозировки, и возраст больного, и тяжесть психопатологического синдрома, и возможность контролируемого приема лекарств, и многое другое. В начале терапии предпочтение отдается наиболее мягким препаратам; однако это не исключает возможности назначения интенсивных методов терапии при соответствующих показаниях, например, одномоментной отмены препаратов, которая, кстати, переносится подростками значительно легче, чем взрослыми больными.

б) **ограничение показаний к использованию не вообще всех препаратов, но их определенных групп и подгрупп** исходя из возрастных «типично атипичных» закономерностей построения клинической картины страдания у детей и подростков. В частности, в педопсихиатрии практически не используются ингибиторы МАО в виду наличия жестких режимных ограничений, соблюдение которых практически невозможно у детей, вследствие чего риск осложнений на подобной терапии резко превосходит таковой при использовании других антидепрессантов. Нежелательно назначение антидепрессантов со стимулирующим эффектом (типа мелипрамина), а тем более собственно психостимуляторов (сиднокарба или широко рекламируемого на Западе риталина), которые, неплохо выполняя свою основную лечебную задачу (смягчая глубину депрессии, облегчая астению, способствуя более быстрому психическому созреванию ребенка), тем не менее, часто вызывают специфически «возрастные» осложнения терапии в виде появления и/или резкого усиления агрессии, страхов, рудиментарных до этого галлюцинаторных и бредовых эквивалентов, что приводит к переходу страдания с неврозоподобного на психотический уровень.

Выбор методики и тактики терапевтического воздействия подразумевает стремление к предупреждению негативной реакции больного ребенка и его родных на ПФТ, т.е. к минимальному риску побочных эффектов и осложнений терапии при максимально возможной скорости и эффективности результата.

Здесь мы подходим к наиболее актуальному, с нашей точки зрения, на сегодняшний день этическому вопросу ПФТ в детско-подростковом возрасте: недопустимо необдуманное назначение малоизученных препаратов и методик лечения, однако представляются неразумными и чрезмерный консерватизм, неоправданное «осторожничанье» в отношении препаратов последних поколений, положительно зарекомендовавших себя в клинических испытаниях у больных зрелого возраста. Как сказано выше, практически все новые нейрорептики и антидепрессанты официально не разрешены к использованию у детей и подростков. Более того, нет официального разрешения даже на проведения клинических испытаний этих средств в детско-подростковых клиниках, в то время как для общей психиатрии они уже повсеместно вошли в рутинную практику.

Нравственно ли избегание новых препаратов, обладающих малой токсичностью и простотой использования, если вместо них мы назначаем традиционные, но менее эффективные и значительно более «грубые» лекарственные средства? Не является ли подобная «осторожность» следствием трудности решения административно-финансовых вопросов, желанием администраторов избежать оправданного риска, перестраховаться, занять пассивную позицию вопреки соображениям разумности? Вспомним о т.н. гетерономной, а не истинной этике, при которой правила долженствования выводятся не из внутренних, а из внешних по отношению к нравственности условий и интересов.

Выбор терапевтической тактики имеет прямую связь с этическими проблемами детской ПФТ. Как правило, педопсихиатры предпочитают капельные и таблетированные формы препаратов инъекционным и трансректальным, что связано не только со страхом детей перед болью, но и с наличием у них комплекса отрицательных эмоций на любые манипуляции в области ягодиц (в данном случае – уколы и клизмы), факт проведения которых нередко становится известен всему детскому коллективу отделения. Подобные воздействия в детском восприятии стойко ассоциируются с физическими наказаниями, а иногда и со «стыдными» сексуальными поступками. Известно, что при необходимости парентерального введения препарата, подкожный или даже внутривенный способ введения оказывается для маленького пациента психологически более приемлемым, т.к. лишен переживания унижения. Кратность приема препарата также является весьма значимым в детской ПФТ фактором. Возможность однократного в течение дня, а тем более в течение недели или месяца, приема препарата уменьшает степень психологической травматизации больного и его близких. Внедрение в детскую ПФТ дюранных препаратов является насущной потребностью и соответствует принципам деонтологии и этики.

Современная действительность заставляет остановиться на вопросе, казалось бы не связанном напрямую с этикой, - на скачкообразно возрастающей стоимости каждого нового препарата, которая достигает 50-100, а то и 200 долларов в пересчете на месяц приема. Необходимо, чтобы врач знал о цене рекомендованного препарата и его аналогов, поставляемых разными фирмами на отечественный рынок, ведь разница в цене может достигать 2–3 и более раз. Очень важно, чтобы, выбирая лекарство из группы сходно действующих препаратов, врач соотносил свое предписание с финансовыми возможностями семьи пациента, обсуждал возможные денежные расходы на приобретение лекарства, иначе его рецепт «зависнет в воздухе», а больной, скорее всего, останется вовсе без лечения.

Особенностью детской ПФТ является и то, что она обязательно опосредована родителями больного. Исходя из этого, комплаенс, необходимый для достижения хорошего терапевтического результата, должен устанавливаться не только с самим пациентом, но и с его родителями. Эта закономерность выражена тем больше, чем младше возраст ребенка. Комплаенсу способствует учет личностных особенностей, стиля внутрисемейных отношений и воспитания ребенка, создание возможности продолжения непрерывного обучения. Деонтологическим, а следовательно, и этическим принципом именно детско-подростковой ПФТ является обязательность сочетания фармакотерапии с психокоррекционной и психотерапевтической работой с семьей маленького пациента. Помощь семье не только в совладании с вполне понятным родительским страхом перед выявлением психической патологии у ребенка, но и в преодолении разнообразных деструктивных или диссоциативных психологических защит с выстраиванием конструктивного стиля общения и поведения способствуют сознательному согласию больного (его родных) на проведение фармакотерапии и улучшает результаты лечения.

Наконец, остановимся на частных этико-деонтологических проблемах, возникающих в практике детского психиатра при взаимодействии как с маленьким пациентом, так и с его окружением.

Основная этическая проблема в отношениях детского психиатра с обследуемым ребенком заключается в отказе от доминирующих в практике субъект-объектных отношений (когда больной рассматривается не более как объект лечебного воздействия, а врач - как благотворитель больного вне зависимости от желания последнего) и переход к субъект-субъектной парадигме, где врач воспринимает больного ребенка как самодостаточную личность и старается вступить с ним в партнерские отношения взаимопонимания и взаимодействия (естественно с учетом особенностей развития и психического состояния пациента). В качестве частного примера можно привести получение согласия больного на то или иное лечебное вмешательство, естественно, не всегда полностью осознаваемого, но здесь важно исключить или свести к минимуму ощущение больным насилия, принуждения, важно внушить ему необходимость сотрудничества с врачом, своего участия в лечебно-коррекционном процессе. (Интересно, что в ряде случаев создается ситуация, когда больной ребенок, по договоренности с врачом, сам начинает контролировать свой прием лекарств в случае недостаточного внимания или даже скрытого противодействия родителей его психотропному лечению). Сюда же относится используемое в нашей практике условие согласия больного ребенка на сообщение родителям (которые, как правило, не имеют представления о душевной жизни своего ребенка) о его патологических переживаниях, выявленных в интимной беседе с

врачом. Нередко удается убедить ребенка повторить при родителях то, что было открыто врачу. В противном случае, уважая мнение маленького пациента, мы отказываемся передать родителям полученную информацию. Естественно, таким образом может затрудняться дальнейший контакт с ними, но это не единственная проблема, с которой сталкивается врач в этих взаимоотношениях.

Основным же видится взаимное преодоление патерналистской системы взаимоотношений в диаде «врач-родитель больного ребенка», в которой первый принимает на себя всю ответственность за исход лечения, отводя родителю в лучшем случае роль пассивного соучастника процесса, а второй либо полностью снимает себя ответственность, либо осознанно или бессознательно противодействует лечебно-коррекционным мероприятиям, пытается вносить в них свои коррективы, исходя из отмеченных выше антипсихиатрических установок, невежественных обывательских представлений, под давлением других членов семьи и т.п. С подобным постоянно приходится сталкиваться в особенности в пограничной, в том числе психосоматической, клинике. При этом приходится повторить, что казалось бы не вызывающая возражений необходимость семейной коррекции, участия всей семьи в лечении ребенка с психической патологией не находит никакого подкрепления в организации детской психиатрической помощи.

Не менее сложными оказываются этические проблемы взаимоотношений детского психиатра с врачами общепедиатрической практики. Здесь приходится вновь и вновь говорить об отсутствии каких бы то ни было организационных условий для их эффективного взаимодействия, об отсутствии элементарной педопсихиатрической образованности педиатров, об отсутствии детской психосоматической службы в какой-либо форме вообще. Но помимо указанных объективных, не менее важны такие субъективные факторы, как сугубо соматоцентрическое мышление педиатров, их нередко антипсихиатрическая настроенность (как и большинства обывателей), непонимание ими значения душевной жизни больного ребенка для течения многих, особенно функциональных, соматовегетативных расстройств. В этой ситуации от детского психиатра требуется сложное сочетание максимально корректного отношения к педиатру с максимально настойчивым отстаиванием интересов больного ребенка и его семьи.

Наконец, особую, на сегодня практически неразрешимую проблему составляют взаимоотношения детской психиатрии со специалистами немедицинских (образовательных, социальных и др.) ведомств. С одной стороны, детские психиатры постоянно сталкиваются с грубыми ущемлениями прав детей с нарушениями развития, поведения, другой психической патологией; более того, нередко приходится заниматься коррекцией и лечением детей с психогенными расстройствами, вызванными или спровоцированными некорректным отношением к ним со стороны педагогов, администрации образовательных учреждений и т.п. Доходит до того, что школьные администраторы в своих запросах требуют указать диагнозы учащихся, которым необходимы те или иные учебные льготы; требуют справки об отсутствии постановки на психиатрический учет при приеме в престижные учебные заведения. Очевидно, что детский психиатр должен в силу своей профессиональной этики жестко отстаивать интересы детей. Но одновременно приходится признать, что на сегодня он не обладает никакими действенными возможностями для этого, поскольку между ним и другими детскими учреждениями не существует никакой организационной связи, поскольку детская психиатрия лишена необходимого кадрового обеспечения специалистами, способными обеспечить такую связь (социальные педагоги, психологи, юристы, коррекционные педагоги, патронажные работники).

Приведенный далеко не полный список организационных и этических проблем отечественной детской психиатрии еще раз подчеркивает связь медицинской этики с общими проблемами современного российского общества. Это заставляет всякого детского психиатра, следующего этическому кодексу врачебной специальности, быть не только профессиональным, честным и добросовестным на своем рабочем месте, но и проявлять активную гражданскую позицию в посильной роли общественного деятеля.

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБРАЗОВАНИИ

Московский городской психолого-педагогический университет. Москва.

В последнее время в школах и дошкольных учреждениях России широкое распространение получила психолого-педагогическая диагностика. За прошедшие несколько лет в этой области накопились проблемы, которые в последнее время активно обсуждаются как в психологическом, так и в педагогическом сообществе<sup>3</sup>. Более того, некоторые из этих проблем настолько обострились, что их обсуждение вышло за пределы узко профессионального круга и они все чаще становятся предметом разбирательств на нормативно-правовом уровне. Обычно это происходит, когда диагностика оказывается связанной с тяжелыми переживаниями детей и их родителей и в конечном итоге становится источником грубейшего нарушения их прав. Заметим, что весьма уязвимой сферой в этом смысле являются дошкольное образование и начальная школа, поскольку психологическая травма, нанесенная в этом возрасте, особенно болезненно воспринимается и ребенком, и его родителями.

Психолого-педагогическая диагностика начала распространяться в системе образования России в начале 90-х годов. До этого времени методы и приемы диагностики, как правило, применялись в экспериментальном режиме – в контексте академических исследований. В тех редких («штучных») случаях, когда они использовались собственно в практике образования, планирование диагностического исследования, подбор методик, процедура проведения и интерпретация полученных данных были в руках высококвалифицированных специалистов, профессионалов, которые могли обеспечить такой же «штучный» результат.

Массовое использование диагностики в образовании было связано с реформой образования в России, которая именно в начале 90-х переживала свой пик и которая в тот период на своих знаменах писала: построение «лично-относительно-ориентированного» образования. Как известно, лично-относительно-ориентированный тип образования предполагает акцент на индивидуализации педагогических технологий – учет реальных интересов, склонностей и способностей каждого ребенка при построении образовательного процесса. В то же время советская педагогика, несмотря на декларируемый «индивидуальный подход к детям», традиционно игнорировала любые проявления личности ребенка, его чувства, желания, взгляды, которые, собственно, и лежат в основе индивидуализации образования.

Поэтому введение психологической диагностики в систему образования поначалу и объяснялось насущной необходимостью обратить внимание педагогов на индивидуальность ребенка, на присущие лично ему интересы и склонности. Важно было, чтобы педагоги строили свои действия при учете этой информации о ребенке. Кроме того, индивидуализация образования предполагает, что каждый ребенок имеет собственную образовательную траекторию (в пределах это может выражаться в индивидуальном учебном плане), которую он строит совместно с педагогом. Фактически, речь идет о сознательном проектировании ситуации развития для каждого ребенка, разумеется, при опоре на реальную и достоверную информацию о его развитии. Однако со временем практика диагностики исказила эти первоначальные цели и, как уже упоминалось, оказалась сопряженной со множеством проблем профессионального, этического и правового характера.

Очерчивая круг проблем, связанных с обычной практикой диагностирования детей в системе образования, можно рассматривать их как условно относящихся к трем «слоям». Первый из них, наиболее очевидный, связан с практикой использования психолого-педагогической диагностики в образовательном процессе (в школе или в детском саду), а также при всякого рода переходах детей от одной образовательной ступени к другой. В соответствии с такой практикой ее использования диагностику можно разделить на «линейную» (мониторинг развития и отслеживание динамики состояния детей) и диагностику готовности ребенка к новому типу образования, который традиционно закреплен за каждой ступенью образования. Заметим, что само понятие готовности в этом контексте нуждается в серьезном обсуждении – как с точки зрения возрастной психологии, так и с позиции гуманистической педагогики, представляющей за каждым ребенком право на присущий лично ему тип образования. К анализу этого непро-

---

<sup>3</sup> Проблемы, возникающие в связи с использованием диагностики в образовании, чрезвычайно многочисленны и разнообразны; в рамках одной статьи не представляется возможным представить их полный перечень. Поэтому в этом тексте автор ограничивается анализом наиболее очевидных и острых аспектов этой ситуации. Что же касается более подробного ее анализа, то он представлен в опубликованных материалах двух Круглых столов, посвященных обсуждению данной проблемы (см. журнал «Человек», № 6, 2000 г., № 1, 2001 г.; журнал «Вопросы психологии», № 1, 2001 г.).

стого вопроса мы вернемся позднее.

Основные проблемы, относящиеся к этому слою, можно было бы обозначить посредством следующих вопросов: «Кто диагностирует?», «Что выбирается в качестве предмета диагностики?», «Как это делается в каждом отдельном случае?», «Зачем проводится диагностика в каждом конкретном случае?». Поскольку ответы на все эти вопросы каждый раз определяет сам практический психолог или педагог, занимающийся диагностикой, на первый план, таким образом, выносятся круг вопросов, связанных с их квалификацией и уровнем профессионализма. Причем практика показывает, что последний в этом списке вопрос «Зачем?», безусловно, является первым по значимости. Профессионализм психолога или педагога начинается с понимания целей и места диагностики в практике образования вообще и с определения конкретных задач использования определенных диагностических процедур в каждом конкретном случае. Решение этого основного вопроса определяет ответы и на все остальные вопросы, а именно: вычленение адекватного случаю предмета исследования, подбор адекватных ситуации диагностических методик, точное соблюдение правил проведения диагностической процедуры (в том числе, с учетом конкретной ситуации обследования), грамотная (в соответствии с точным знанием возможностей и ограничений той или иной методики) интерпретация полученных данных и, наконец, корректно выбранная форма и адресат сообщения результатов диагностики.

К сожалению, именно вопросы, связанные с профессиональной квалификацией практических психологов, работающих в системе образования, являются чуть ли не самыми болезненными при обсуждении намеченного круга вопросов. Возникшая на пике реформы мода на практических психологов в системе образования привела к возникновению множества платных курсов и даже факультетов в ВУЗах, занимающихся их подготовкой. Спрос породил предложение. И мы в очередной раз увидели, что логика рыночных реформ, проникая в систему образования, может привести к искажению его основных целей. Коммерческий интерес явно доминирует – с очевидным ущербом для качества профессиональной подготовки. Достаточно сказать, что продолжительность обучения на большинстве курсов подготовки практических психологов (для людей, не обладающих базовым психологическим образованием) колеблется от 2 месяцев (!) до 1,5 лет. За эти сроки абсолютно невозможно обеспечить подготовку грамотного специалиста. Более того, тонкие уникальные психологические методики, растиражированные таким грубым способом, начинают использоваться в практике как инструмент примитивного манипулирования, причем часто даже без малейшего злого умысла. Основной этический принцип «Не навреди!» нарушается просто в результате отсутствия достаточной профессиональной информированности. Любопытно, что именно диагностику «недоученные» психологи (а часто и педагоги школы или детского сада) считают делом совсем простым и не требующим никакого особенного образования.

Появившийся в последнее время среди определенных категорий педагогов-практиков интерес к диагностике развития, приводящий к тому, что педагоги начинают использовать наиболее простые методики психологической диагностики, к сожалению, довольно часто оказывается помещенным в контекст технократического мышления. При этом ребенок начинает рассматриваться в качестве объекта исследования, подобно тому, как обычно он рассматривается как объект педагогического воздействия. Парадоксальным образом, диагностические методики, призванные быть средством понимающего отношения к ребенку, основанного, в частности, на признании его права иметь скрытый, интимный внутренний мир, превращаются в инструмент бесцеремонного «исследования». Похожая установка, к сожалению, часто бывает характерна и для практических психологов, причем причиной является не только недостаточный уровень их конкретно-технологических знаний.

Суть дела заключается в том, что квалификация психолога-диагноста никак не может быть исчерпана определенными знаниями и навыками, а основывается на определенной структуре личности самого исследователя, его общем отношении к миру и людям, определяющем гуманистический тип его мышления. Поскольку в процессе диагностики мы имеем дело с человеком, а не с механизмом (пусть очень сложным), принципы исследования подчинены законам взаимодействия исследователя с испытуемым, в котором оба выступают в качестве равноправных партнеров. Именно этим обстоятельством объясняются совершенно недостоверные результаты диагностики, проведенной исследователем-технократом, пусть даже формально владеющим аппаратом диагностической методики. При этом, повторимся: когда речь идет о педагогах или ускоренно обученных психологах, даже такое формальное владение представляется весьма проблематичным, поскольку требует весьма длительного обучения.

Включенность исследователя, его влияние на результаты обследования проявляются на самых разных этапах проведения диагностики, начиная с самой процедуры и кончая интерпретацией результатов. Причем известно, что чем большую свободу допускает методика в интерпретации результатов, тем глубже и точнее может оказаться полученная информация, разумеется, в том случае, если диагностику проводил квалифицированный психолог. В то же время, именно эти методики представляют собой наи-

большую опасность, если они попадают в руки неквалифицированного или недобросовестного исследователя. И именно эти методики (в частности, так называемые «проективные» методики исследования личности) в последнее время приобрели наибольшую популярность среди практических психологов и педагогов. Следствием такого положения вещей являются - для потребителя (в данном случае, это дети и их родители) психологическая травма, нанесенная неквалифицированным исследователем, основанная к тому же на недостоверной информации, а для психологического сообщества - профанация и профессиональная дискредитация.

Повальное увлечение диагностикой привело к тому, что во многих случаях она утратила свой первоначальный смысл: быть всего лишь первым шагом, основой для определенных практических рекомендаций, для построения определенной образовательной стратегии, которая поможет создать наиболее благоприятные условия развития ребенка. В школах и детских садах диагностика часто заканчивается собственно диагностикой. Горы бумаг (протоколов, таблиц и т.п.) в лучшем случае годятся для демонстрации проверяющему инспектору, для которого они могут быть свидетельством, что «ведется большая работа». Парадоксально, но с точки зрения соблюдения прав ребенка, такое использование результатов непрофессионально проведенной диагностики часто можно считать как минимум не худшим. В худшем случае, она может быть основой для последующей «коррекции», т.е. такого же неквалифицированного вмешательства.

Именно с использованием результатов диагностики и связан второй «слой» проблем диагностики в системе образования. К этому «слою» можно отнести собственно этико-правовой аспект применения диагностики в образовании. Этот круг проблем обостряется в связи с использованием результатов диагностики, например, в целях отбора и даже «отсева» детей при наборе в школу, при формировании классов профильного обучения в процессе перехода от основной к старшей школе, а также при прохождении так называемых «курсов» подготовки к школе. В этом же контексте встает проблема информированности детей и их родителей о цели, процедурах и результатах диагностики, а также об их правах (в частности, о праве на отказ от обследования).

Правомерно ли предоставление информации, полученной в результате обследования, родителям, педагогам и администрации дошкольного (школьного) учреждения, или она должна считаться анонимной и конфиденциальной? Если да, то в какой степени, и какова этически приемлемая форма такого информирования? Является ли практика нарушения прав детей и их родителей следствием недостаточной профессиональной подготовленности практических психологов и других специалистов, занимающихся диагностикой, либо нормативно-правовая ситуация с диагностикой в образовании в принципе недостаточно определена?

Одной из самых болезненных точек в обсуждении проблемы использования результатов диагностики является широко распространенная практика применения диагностических методов при приеме детей в школу.

Многие школы и дошкольные учреждения стали использовать систему психолого-педагогической диагностики (часто – тестирования) уровня развития детей для отбора их в определенную школу, класс, группу, кружок или студию, в каждой из которых реализуется особая образовательная программа. Возникла ситуация, когда результаты тестирования ребенка «на входе» ставятся в прямое соответствие с типом образования, которое он в дальнейшем может получить. Не обсуждая здесь весьма серьезную и неоднозначную проблему валидности обычных результатов такого тестирования, считаю, тем не менее, необходимым затронуть проблему их достоверности, а также этической правомерности отбора детей с точки зрения перспективы их развития.

В психологии не существует единого мнения о том, что собственно представляет собой процесс развития. Тем не менее, представители различных школ и направлений психолого-педагогической науки безоговорочно признают тот факт, что реальные способности ребенка могут проявиться достаточно поздно, и тот тип образования, который он получает, в большой мере способствует их проявлению. В частности, введенное Л.С. Выготским понятие «зоны ближайшего развития» особым образом фиксировало именно этот известный факт. Именно поэтому, определяя индивидуальные особенности ребенка, предпочтительно говорить о его «склонностях», а не способностях. Диагностика развития ребенка «на входе» в определенную образовательную программу с целью его отбора вольно или невольно исходит из презумпции, что одни дети «способны» к ее освоению, а другие - нет. Тем самым делается заявка на диагностику способностей детей – в том числе, в очень раннем возрасте, что буквально противоречит основным законам развития личности и психики. Кроме того, производя такого рода отбор, педагог закрывает ребенку возможность для развития в этом направлении и, возможно, навязывает ему менее перспективный путь развития, исходя из собственных представлений об уровне его развития (точнее, как правило, о его знаниях, умениях и навыках), а не из реальных интересов ребенка.

Когда речь заходит о готовности ребенка к школе, то мы имеем дело с социальным феноменом, который диктует необходимость идти в определенном возрасте в школу. Ребенку не приходится выбирать, быть ли ему в определенный период готовым к обучению в школе; в противном случае он оказывается социально неадекватным и социально неуспешным. Стоит ли говорить, что в такой ситуации можно тестировать готовность ребенка к чему угодно: к определенной программе, к определенному стилю преподавания, к определенному учителю, наконец, после чего невольно возникает вопрос: школа для детей или дети для школы? Такая диагностика опирается на расширительное понимание термина «готовность», в результате чего мы сталкиваемся с разнообразными нарушениями прав детей и их родителей.

Стоит разобраться, какими методами обычно проводится диагностика - как линейная, так и диагностика готовности. Как правило, она ведется с помощью тестов, несмотря на тот общеизвестный факт, что информация об объеме внимания или памяти человека сама по себе не существенна с точки зрения возможностей его развития. Сами по себе, изолированно, плохая память или высокий уровень воображения ни о чем не свидетельствуют: плохая память может компенсироваться хорошей произвольностью, а очень развитое воображение может быть при диагнозе шизофрении. Но даже если предположить, что критериально ориентированный тест дает нам реальную информацию об уровне развития ребенка, то откуда следует, что класс нужно формировать из детей одного уровня? Существуют данные, согласно которым успешность обучения в большой степени зависит от складывания сообщества в классе, причем такое сообщество предполагает как разные роли детей, так и несколько различающийся уровень их специальной подготовки и общего развития.

В контексте основных нарушений прав детей и их родителей можно упомянуть классическую проблему «ярлыка» или «стигмата», которая широко (в том числе, за рубежом) обсуждается в связи с этическими проблемами диагностики в социальной и клинической практике. Проблема заключается в том, что ярлык диагноза, присвоенный пациенту, способен сам по себе довольно сильно влиять на его дальнейшую судьбу (даже в том случае, когда речь идет о клинической ситуации, где диагноз является необходимым условием терапевтического вмешательства). Ярлык же «неготовности» ребенка к школе часто наносит серьезную психологическую травму детям и их родителям и может существенно повлиять на траекторию развития ребенка и на дальнейшее его отношение к образованию – и все это в ситуации, когда обоснованность такого диагноза зачастую вызывает серьезные сомнения. Те же сложности возникают и при проведении «линейной» диагностики, в частности, в случае неуспешности ребенка в обучении либо в ситуации конфликта ребенка со сверстниками или с педагогом. Существует серьезная опасность (к сожалению, часто реализующаяся), когда психолог становится в совершенно недопустимую для него позицию третейского судьи и с помощью того или иного диагноза присваивает себе право принимать решение о том, кто прав и кто виноват. Ребенок после такого «психологического обследования» остается с «ярлыком» – иногда очень надолго.

В связи с проблемой «ярлыка» возникает острейшая проблема информирования о результатах диагностики. Совершенно очевидно, что сама по себе информация о результатах диагностики психического развития ребенка носит совершенно конфиденциальный характер, поэтому круг лиц, допущенных к этой информации, должен быть ограничен – как правило, это сам ребенок и его родители (или лица, их заменяющие). Тем не менее, обычная практика допускает весьма существенное расширение этого круга. В него часто входят учитель или воспитатель, завуч и директор школы, методист и заведующая детским садом. Иногда это – социальный педагог или любой освобожденный педагог, ведущий социальную работу. Иногда это даже инспектор из органов управления образованием - в том случае, если он оказался рядом и проявил соответствующий интерес. Обычная аргументация в таких случаях: «Но это же все заинтересованные люди, не случайные!». Последствия бывают самые печальные: мне известны случаи, когда ребенка вынуждены были забирать из школы. Педагогический коллектив школы – это живой организм со своими проблемами, подводными течениями, скрытыми и явными конфликтами, в нем работают очень разные люди. Однако взрослые обязаны решать свои проблемы сами, не превращая ребенка в материал для самоутверждения. Самые благие намерения не оправдывают таких действий; психолог же в этой ситуации играет уж совсем неприглядную роль. Особенно, если вспомнить, сколь сомнительны основания для многих «ярлыков».

Профессиональная этика требует, чтобы и самому ребенку и его родителям не сообщались непосредственные результаты диагностики, даже в том случае, когда они вполне позитивны. В функцию психолога входит предоставление на основании полученных результатов рекомендаций, выраженных понятным языком, без специальных терминов и сложных, заумных выводов. И именно рекомендации на основании диагностики – это то, чего на самом деле ждет от психолога и педагог, исходящий из реальных интересов ребенка. Увы, практика свидетельствует об обратном.

Уже упомянутое убеждение практических психологов, что диагностика должна обязательно по-

влекать за собой коррекцию, представляет собой особую проблему. Если тестируют объем кратковременной памяти и он почему-либо не удовлетворяет, то его нужно тренировать, невзирая на возрастную и личностную специфику развития ребенка. При этом игнорируется тот очевидный факт, что диагностика готовности к школе или к определенной программе проводится в границах нормы, варианты которой, как уже упоминалось, весьма сильно варьируют. А критериально ориентированный тест - это просто инструмент в руках исследователя, а не развивающая методика. Помимо прочего, такая стратегия чревата тем, что тесты перестают быть инструментом исследования: дети могут приходить на процедуру тестирования уже подготовленные именно к этому тесту.

Описанные проблемы влекут за собой неизбежный вопрос: кто отвечает за последствия такой диагностики? Представляется очевидным, что необходимым условием в этом случае должно быть специальное разрешение родителей на проведение тестирования, причем с необходимостью должно соблюдаться правило их добровольного информированного согласия. Информация должна касаться всего комплекса возможных последствий - как социального, так и медицинского характера. Однако существует лишь совсем небольшое количество школ, которые придерживаются этого (к сожалению, неписаного) правила. Юридически же ситуация никак не определена.

Правовые проблемы диагностики в системе образования обостряются в связи с явной пристрастностью администрации школ и детских садов. К сожалению, диагностика из процедуры чисто профессиональной иногда превращается в средство объективации того или иного административного решения по поводу конкретного ребенка. Недостаточный уровень компетентности практических психологов часто не дает им возможности вступать в обоснованную дискуссию с администрацией относительно заказа, а именно целей и методов проведения обследования. В то же время у администрации школы существует вполне внятный мотив для проведения такой «отборочной» диагностики, и это мотив - скорее коммерческий, чем содержательный: школа в такой ситуации очень часто организует платную систему подготовки, где детей просто целенаправленно натаскивают на определенные показатели. Нередки случаи, когда такие подготовительные курсы оказываются единственным видимым результатом диагностики готовности ребенка к школе; в дальнейшем школа никак не возвращается к ее результатам. В то же время, многочисленные попытки компетентных органов (в частности, Министерства образования) нормировать эту ситуацию остаются безуспешными, поскольку основываются, как правило, на однозначных запретах, не решающих основные проблемы школы и противоречия, связанные с самими феноменом диагностики в образовании.

Противоречия, между тем, существуют реально, и обсуждение профессиональных проблем не исчерпывается обстоятельствами, связанными с недостаточным уровнем квалификации практических психологов системы образования. Справедливости ради надо отметить, что и для профессионального психолога с хорошей подготовкой и опытом практической работы в образовании отнюдь не все проблемы, связанные с психолого-педагогической диагностикой, имеют однозначное решение. Третий «слой» как раз и образуют проблемы, которые, на первый взгляд, являются в большей степени теоретическими, связанными с научными представлениями о психологии развития, а также с закономерностями развития отечественного образования. Однако при ближайшем рассмотрении они оказываются достаточно тесно сопрягающимися с реальными процессами проведения диагностических процедур в школах и детских садах. Это вопросы о возрастной норме и критериях развития, ибо никакая диагностика не обходится без этих понятий. Это также вопрос о том, насколько тип развития связан с типом образования - вопрос, который возникает в контексте вариативности образования. Насколько зависит диагностика развития от типа образовательной программы? Это, наконец, вопрос о разных видах диагностики, в том числе, о правомерности использования некоторых методик (например, проективно-личностных) в целях оценки качества образования. Какова роль тестирования в образовании вообще и в дошкольном образовании, в частности, учитывая, например, что тесты достижений в этом возрасте не могут носить только ЗУНовский характер?

В частности, надо признать, что вообще возникают серьезные сомнения в обоснованности содержательной диагностики готовности как диагностики специальных навыков и способностей ребенка. Речь идет о так называемой диагностике «готовности детей к школе», которая представляет собой один из видов уже упоминавшейся «готовности». Общее понятие «готовности» ребенка к той или иной деятельности должно быть рассмотрено в контексте его развития и в этом случае выступает в качестве определенного этапа его продвижения. Такая логика не противоречит гуманистическому представлению о развитии; в частности, готовность ребенка к определенному типу обучения может быть - а может и не быть - этапом на пути его развития. В последнем случае ребенок просто идет собственным путем, и если этот путь не выходит за рамки нормального развития, то неизбежно пройдет через этап готовности к какому-либо типу обучения. Однако как уже упоминалось, готовность к школе в большой степени представляет

собой социальный феномен, и, учитывая зону ближайшего развития ребенка, бывает затруднительно точно установить степень такой готовности.

С другой стороны, существуют основания, по которым весьма нежелательно отказываться от этого типа диагностики. В частности, речь может идти о детях, которые действительно не готовы к наиболее распространенному типу школьного обучения – например, о шестилетних детях. В последнее время обнаруживается явная тенденция к снижению возраста начала школьного обучения, причем без внесения серьезных изменений в традиционный тип преподавания и в стиль взаимодействия педагогов с детьми. В школах стали появляться шести- и даже пятилетние дети; при этом основной причиной их поступления в школу является отнюдь не их чрезвычайно быстрое развитие. Эти причины носят чисто социальный характер. Неготовность этих детей к условиям школы в основном проявляется в их неспособности отвечать предъявляемым требованиям и, кроме того, в несформированности у них механизмов защиты от жесткого стиля, в котором эти требования достаточно часто предъявляются. Они просто слишком малы. Не вдаваясь в обсуждение серьезной проблемы шестилетних детей в связи с их обучением в условиях массовой школы, хочу лишь заметить, что именно квалифицированная диагностика их готовности к школе могла бы правильно сориентировать их родителей и педагогов школы, уберечь их от ошибочного шага слишком раннего начала школьного обучения.

Вопрос о том, может ли диагностика развития использоваться при оценке качества образования, является отнюдь не праздным. В последние несколько лет наблюдается явная тенденция связывать качество образования и уровень и качество психического развития детей, причем способом их оценки начинает служить психолого-педагогическая диагностика. В частности, такой подход обсуждается в контексте перехода школы на безотметочное обучение и оказывается связанным с проблемой оценки в образовательном процессе. Проблема роли отметки в школьном обучении, безусловно, давно назрела, и сама по себе тенденция перехода на безотметочное обучение, видимо, может быть оценена вполне положительно (хотя сам механизм этого перехода еще нуждается в обсуждении). Однако использование в этом качестве диагностических процедур вызывает серьезное сомнение. Все обсуждавшиеся выше проблемы, связанные с достоверностью их результатов, с профессиональной квалификацией диагностов и т.п., являются вескими аргументами против такой практики. Кроме того, тип развития, безусловно, тесно связан с типом образования, которое обеспечивает школа. В условиях вариативности образовательных программ и систем мы можем получить совершенно разные «портреты» выпускников разных школ: художник по конкретным психологическим параметрам будет сильно отличаться от математика, но кому из них должен быть отдан приоритет с точки зрения качества образования? Еще не придумана (и может ли существовать?) такая система диагностики, которая зафиксировала бы желаемый уровень развития ребенка вне зависимости от типа полученного им образования. При такой постановке вопроса само понятие «качества образования» почти теряет смысл.

В заключение хочу заметить: после всех обсуждавшихся проблем важным остается одно: совершенно очевидно, что сам по себе принцип диагностики ситуации развития детей остается чрезвычайно актуальным в системе образования. Однако, если психологическое сообщество не хочет, чтобы его постигла участь педологии (в связи с печально знаменитым Постановлением «О педологических извращениях в системе Наркомпроса»), необходимо оценить место и реальные возможности психолого-педагогической диагностики в школе и детском саду. Важно определить те запреты и границы, которые не должны нарушаться в практике диагностирования. Не исключено, что эта задача должна решаться не только внутри психолого-педагогического сообщества, но с привлечением специалистов более широкого профиля – в области философии, права, профессиональной этики и деонтологии. Иными словами, необходима широкая гуманитарная экспертиза всего комплекса проблем, связанных с диагностикой в сфере образования.

## ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

**Институт социальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга.**

М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Н.М. Филатов и др. требовали лечить больного, а не симптомы болезни, от которых тот страдает. Они настаивали на учете особенностей личности больного в процессе диагностики и лечения. А.Р. Лурия (1977), создав понятие внутренней картины болезни (ВКБ), отнес к нему «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». ВКБ необходима не только для понимания психики больного, но и для лечения (психотерапии).

Оформление ВКБ зависит от структуры личности, глубины осознания и переживания болезни. Сознание болезни является частью сознания «Я» и зависит от интероцепции, интеллекта и эмоций. Оно зависит также от жизненной ситуации и социальной среды. Отсутствие сознания болезни объясняется торможением интероцепции более мощными экстероцептивными сигналами, в связи с этим интероцептивная деятельность протекает ниже порога сознания.

Созданная *модель внутренней картины болезни* (В.М. Смирнов, 1975, Л.И. Вассерман, 1989, Т.Н. Резникова, 1998)) представляет единство и взаимодействие внутриличностной структуры и нейрофизиологического базиса. В.В. Ковалев, 1972, Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков, 1976, А.Е. Личко и Н.Я. Иванов, 1980, и др. подчеркивают влияние возраста на формирование реакции личности на болезнь, описывают различные *типы отношений к заболеванию*. Большое значение для понимания переживаний больного ребенка имеют исследования развития самосознания, схемы тела, внутренней картины здоровья и всего того, что связано с его психической жизнью. В основе реагирования на болезнь - нарушение отношения к своему телесному и духовному «Я», изменение самосознания.

Реакции на заболевание у детей изучались лишь в последнее время (А.И. Захаров, 1971; В.А. Еренков, 1976; Н.Д. Игнатьева и др., 1978; В.Я. Сидельников, 1982; А.А. Яковлева, 1977, и др.).

По нашему мнению, изучение внутренней картины болезни – наиболее прямой путь к оценке *психосоматической ситуации*, возникающей в результате взаимодействия личности больного и среды. Суть ее сводится не только к невозможности играть, учиться, но и в отношении к больному родственников, других взрослых и детей. Психосоматическая ситуация – это надежда, разочарования больного по поводу выздоровления и лечения, перспектив жизни и отношений с окружением и, в тоже время, это – его ропот, борьба за свой прежний социальный статус, а в некоторых случаях - отчаяние или апатия. ВКБ у детей, будучи фактором то положительным, то отрицательным, влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказывается причиной душевных конфликтов. Многолетнее изучение психологии больных детей привело нас (Д.Н. Исаев, 1984; 2000) к выводу, что к основным составляющим, формирующим ВКБ у детей относятся: 1) объективные проявления болезни; 2) особенности эмоционального реагирования; 3) половая принадлежность; 4) уровень интеллектуального функционирования; 5) опыт жизни и перенесенных болезней; 6) информация о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении; 7) понимание универсальности и необратимости смерти; 8) отношение родителей к заболеванию; 9) влияние медперсонала; 10) другие стрессоры. ВКБ у детей изучалась в беседе с ними и их родителями, наблюдая за их поведением и участием в играх, опрашивая медперсонал, воспитателей, а также посредством психологических исследований.

Уровень интеллектуального функционирования. Нарушения формирования сенсорных элементов схемы тела, восприятия своего физического «Я» в связи с органической патологией или неправильностями воспитания могут стать существенными препятствиями в осознании своей болезни. Для создания представления о болезни, ее причинах требуется также способность к анализу воспринимаемых симптомов: общего дискомфорта, болевых ощущений, нарушенных функций органов и др. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Наряду с развитыми умственными способностями ребенка требуются достаточно дифференцированные чувства и значительные волевые усилия.

Исследование умственно отсталых детей, 7-12 лет, с вегетососудистой дистонией показало, что у них в два раза чаще отмечаются гипернозогнозия и анозогнозия, выше показатели тревожности, ниже самоконтроль, чем у детей с нормальным интеллектом (К.Д. Ефремов, 1990). На этом основании можно

заклучить, что низкий интеллект детей изменяет направленность личностных реакций на болезнь, тип эмоционального отношения к ней, препятствует развитию адекватной ВКБ и у детей младшего возраста, и у умственно отсталых. По-видимому, этот тип ВКБ связан также с неоформленностью концепции «Я».

Знания о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении. Без концепции здоровья трудно построить правильное представление о болезни. Дети 4-9 лет на вопрос «что такое здоровье?» отвечают: «не быть больным». Старшие дети описывают здоровье как переживание приятного состояния: «чувствовать себя превосходно». Дети знают об ограниченной возможности сохранить здоровье и осознают подверженность людей болезням. Они считают, что питание и забота родителя - наиболее важные условия поддержания здоровья. Устойчивые представления о вероятности заболевания дети приобретают к 7 годам. Девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Освоение понятия здоровья к 10 годам связывают с воспитанием. Однако это скорее отражение развития обратимости, интеллектуальной операции, формирующейся к 10 годам. Представления о здоровье у детей возникают чаще под влиянием телевидения, чем под влиянием матерей. Здоровье дети воспринимают как комфортное состояние. Оценивая здоровье, дети 9-11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, подростки 12-14 лет - на социальную активность. Сохранение здоровья, как это понимают младшие дети, зависит от соблюдения режима и гигиены. Подростки придают большее значение спорту и закаливанию. Младшие дети считают, что для поддержания здоровья достаточно подчиняться взрослому. Старшие уже понимают, что о сохранении здоровья надо заботиться самим.

Для формирования ВКБ имеют значение знания о внутренних органах. Дети думают, что количество внутренних органов у разных людей разное. Их число, по мнению детей, от трех - у 4-6-летних, до тринадцати - у 15-16-летних. Половина детей упоминает кости, кровеносные сосуды, сердце и кровь (Е. Gellert, 1978). Дети разного возраста различно оценивают степень важности частей тела и органов. С отсутствием легких жизнь несовместима по представлениям 64% старших и 27% младших детей. По степени важности для жизнедеятельности организма дети на первое место ставят сердце, затем (с 9-10 лет) мозг и, наконец, желудок. 1/7 часть детей жизненно важными считают легкие, нос, глотку и рот. Если старшие дети судили о необходимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие - по тому времени, которое требовалось для ухода за ними. Ноги, например, назывались в связи с постоянной обязанностью их мыть. 1/3 здоровых детей этого возраста неправильно истолковывает понятие «нервы». Здоровые дети относят это понятие к анатомическим образованиям («нужны, чтобы чувствовать боль»). Дети с нервными расстройствами «нервы» рассматривают как психическое состояние («психует», «припадный»). Дети с кардиалгиями и частыми сердцебиениями на первое место сердце не ставят, в то время как 90% больных детей с другими заболеваниями называют именно его. До 60% детей 4-6 лет относительно верно определяют расположение сердца. Относительно других органов это удается редко. К 7 годам дети понимают важность сердца. Более 40% детей 9-10 лет связывают функции сердца с дыханием, к 13 годам большинство понимает значение сердца для кровообращения. Легкие редко (8%) упоминают даже в старшем возрасте. Между 7 и 11 годами половина детей думает, что легкие находятся в шее или глотке. Дети старше 10 лет локализируют легкие в большинстве случаев правильно и связывают их с дыханием (N. Nagy, 1962). Начиная с 7 лет дети могут знать о пищеварительной функции желудка. Мозг нарисовали 35% младших и 73% старших детей, его функции сумели назвать 70% старших и 39% младших детей (Н.В. Александрова).

Для создания ВКБ имеют значение знания детей о болезнях и их причинах. Немногие больные 8-12 лет понимают разнообразие причин болезней. Они еще не могут учитывать ни состояния организма, ни качество возбудителя (N. Nagy, 1953). 2/3 обследованных детей 4-16 лет считают, что болезнь - результат нарушения ими правил поведения (Е. Gellert, 1978), осуждают себя за проступки, якобы вызывающие заболевание. Подростки и дети чаще всего видят причины заболеваний в нарушении питания и гигиенических правил. 20% детей и 10% подростков не знают причин болезней. Часть подростков видят причину болезни в наследственности, в школьных и домашних конфликтах. Мнение о причине заболевания меняется в зависимости от того, здоров ребенок или болен.

В зависимости от возраста дети по-разному описывают заболевание. Для младших школьников более значимы внешние проявления болезни: «кашель», «жар». Подростки используют характеристики эмоционального состояния: «плохое настроение», «плакать хочется». Они менее оптимистичны в отношении прогноза болезни, связывают выздоровление с его серьезностью.

Понимание детьми универсальности и необратимости смерти. Формирование адекватной ВКБ требует понимания того, что смерть - окончательное завершение жизни. Половина дошкольников в своем лексиконе используют такие слова, как «смерть» или «покойник». Некоторые дошкольники никак не реагируют на произнесенное слово «смерть», другие - не знают его значения, третьи - имеют очень ограниченные представления о смерти («быть больным»). При столкновении со смертью животных или

насекомых дети игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции, избегая контакта или радуясь убийству маленького существа (S. Anthony, 1971). Понятия смерти как окончательного прекращения жизни и универсального явления у детей этого возраста нет, так как у них еще преобладает дооперациональное мышление (S.L. Hostler, 1978). Они понимают ее как долгий отъезд или сон. 20% дошкольников (5-6 лет) считают, что у животных смерть обратима, а около 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти (M.S. McIntire et al., 1972). Смерть родителя из-за магического мышления дошкольник интерпретирует как результат его желаний, что нередко приводит к чувству вины (S.L. Hostler, 1978). Смерть родителей для дошкольника – не только разлука с защищающими эмоционально значимыми фигурами, но и покинутость ими. Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, привязанности ребенка к умершему родственнику и его уровня развития. Его грусть интенсивна, коротка и часто возвращается вновь. Иногда родные считают, что ребенок не осознает произошедшее. Однако он также печалится. Это можно обнаружить в его играх, снах, фантазиях и даже симптомах психосоматических расстройств.

Дети 5-9 лет персонифицируют смерть либо идентифицируют ее с умершим. Они думают, что смерть невидима, стремится быть незамеченной, прячется на кладбище (A. Mauger, 1966). Другие исследования не обнаруживают персонификации (G.P. Koosher, 1974). Различия объясняются культурой, религиозным воспитанием или стилями психологической защиты. Дети нередко считают, что смерть – наказание за плохие дела. В этом суждении сказывается не преодоленное магическое мышление. Школьники, в отличие дошкольников, признают, что смерть может случиться в любой момент. После смерти, школьники думают, «покойник уносит детей на небо», «куда-то далеко, в чистилище», или в рай. Они полагают, что после смерти их «закопают» (52%), они попадут на небо, будут жить и после смерти, подвергнутся божьей каре (21%), будут похоронены (19%), заснут (7%), их будут помнить другие (5%), «перевоплощусь» (4%), «кремируют» (3%). Причиной смерти дети называют конкретные воздействия: ножи, пистолеты, взрывы, рак, сердечные приступы, возраст. Школьники не используют уже имеющиеся у них представления о смерти, даже страдая неизлечимой болезнью или находясь в опасной для жизни ситуации. Состояние сильной тревоги или болезнь затрудняют осмысление детьми представлений о смерти. Вопросы «Я умираю?» могут не отражать правильного понимания происходящего. Лучшую информацию об истинных переживаниях школьника дают его игры, рисунки, фантазии, рассказы или своеобразие поведения. Для детей 6-10 лет смерть становится более реальной, окончательной, универсальной и неизбежной. Формируется понимание разницы между живым и неживым.

Подростки, имеющие отвлеченное мышление, уже принимают мысль о собственной смерти. Чтобы преодолеть тревогу, вызываемую этим знанием реальности, они фактически игнорируют смерть, когда создают опасные для жизни ситуации, – в гонках на мотоциклах, экспериментируя с наркотиками, поднимаясь на высоту, не обеспечивая безопасность, отказываясь от назначений врачей при тяжелых заболеваниях. Причину смерти подростки видят в изнашивании тела, нарушении работы органов. 20% подростков верят в сохранение сознания после смерти, 60% – в существование души и еще 20% – в смерть как прекращение физической и духовной жизни (McIntire et al., 1972). Подростки реагируют на смерть различно: осознают, отвергают, любопытствуют, презирают, отчаиваются.

Важная часть ВКБ – отношение ребенка к лечению. Дети понимают, что для выздоровления надо лечиться. Младшие из них наиболее важным считают режим, диету и выполнение требований гигиены. Часть старших детей отмечает, что для ослабления болезненных явлений важно душевное состояние. Большинство детей не знает, чем они могли бы помочь своему выздоровлению. Треть детей лечение понимает как наказание. Очень немногие относят к лечению прием лекарств и ограничение активности, но значительно чаще – хирургические операции (В.М. Peters, 1975). Для детей лекарства кажутся опасными, неприятными, безразличными или обещающими улучшение состояния.

Жизненный опыт ребенка и внутренняя картина болезни. В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт и особенно перенесенные ранее болезни. Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить актуальную ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами, обобщить имеющиеся сведения и использовать их для понимания переживаемого. Поэтому то, что было пережито ребенком недавно, может наложить серьезный отпечаток на ВКБ. Отрицательную роль в формировании ВКБ могут сыграть наблюдаемые ребенком обострения тяжелых заболеваний у живущих совместно родственников. Собственные болезни, перенесенные в раннем детстве, не оставляют осмысленного воспоминания, не сказываются на переживаниях как недавние, воспринятые как серьезная угроза здоровью. На формирование ВКБ ребенка влияет атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за предполагаемых или развившихся у него заболеваний.

Информация о болезни может быть получена от родителей, других взрослых, сверстников, учителя

лей, из книг и телепередач. Для ребенка наиболее значимы сведения, получаемые от родителей. Дети 10-12 лет получают сведения о болезнях в 60% случаев от родителей, в 20% - от учителей и в 10% - из средств массовой информации. Больные дети этого возраста утверждают, что о болезни их информировали родители. Менее половины детей с умственной отсталостью были информированы о болезнях родителями, по 20% детей получили эти сведения от учителей, сверстников и из телепередач (О.А. Шевяхова, 1998). Таким образом, источники информации о болезнях у здоровых детей, болеющих и отстающих в психическом развитии различны. Здоровые дети вспоминают все источники. Часто болеющие дети, постоянно обсуждая свою болезнь с родителями, сообщают о них, забывая о других. Ответы умственно отсталых – либо показатель недостаточного контакта родителей с этими детьми, либо неумение последних закрепить в памяти необходимую информацию. Утрированное беспокойство о ребенке, проявляемое тревожными родителями, может привести к возникновению неадекватной пессимистичной оценке заболевания.

Суждение другого взрослого, например, воспитателя детского дома, к которому ребенок привязан, будет принято безоговорочно. Для детей с хроническим заболеванием (например, сахарным диабетом), особое значение имеет врач. От него они получают сведения о болезни, лечении, регулировании питания, последствиях при нарушениях режима. В этих случаях информация родителей менее существенна (С.М. Зелинский, 1990). Мнение сверстников подростка о болезни – наивное или ошибочное – может стать составной частью его ВКБ. Дети, смотря телепередачи, нередко неправильно понимают увиденное о болезнях и без разъяснений не могут использовать полученные сведения для формирования адекватной ВКБ.

Преобладающие эмоциональные отношения. У детей, как с премобильными, так и с развивающимися в процессе заболевания невропатическими, тревожными, истероидными и др. чертами личности, эмоциональной лабильностью или взрывчатостью, формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ. Эмоциональное отношение определяет возникновение одного из трех типов ВКБ: 1) гипонозогнозического – с недооценкой симптомов, игнорированием болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего состояния, завышением ожидаемых результатов лечения; 2) гипернозоогнозического – с эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением тяжести проявлений заболевания, неверием в успех лечения; 3) прагматического – с реальной оценкой болезни и ее прогноза, хорошим контактом с врачом и желанием выполнять лечение.

Особенности половой принадлежности. Зависимость формирования ВКБ от пола была показана на больных детях с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, лейкозом и другими болезнями. Оказалось, что самооценка и конфликтность у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек. У девочек чаще, чем у мальчиков, вытесняется представление о болезни (Г.К. Поппе, Л.Б. Броуде, 1990). Дети, страдающие диабетом, в зависимости от пола по-разному понимают причину заболевания и неодинаково его переживают, что приводит к различному формированию ВКБ (С.М. Зелинский, 1990). Девочки, болеющие лейкозом, быстрее адаптируются к изменению жизни, связанному с неизлечимой болезнью, чаще испытывают при этом опасения за свое будущее. Переживание болезни у девочек носит более объективный характер, чем у мальчиков (И.К. Шац, 1986).

Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. Госпитализация, если ей подвергаются дети, сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных и иных занятий, переживанием разочарования из-за невозможности продолжать привычную активность. У детей до 11 лет само помещение в больницу, даже без связанных с лечением неприятностей, возбуждает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей психологическую подготовку (А.Н. Schwartz, 1972). При поступлении в больницу детям «страшно», «грустно». Больные младше 10 лет жалуются, что «очень хочется домой». Это объясняется страхом, который дети 7-10 лет испытывают перед врачами и процедурами (Т.И. Иоаниди, 1998). Понимание школьниками пользы лечения не отражается на их отрицательном отношении к больнице. Это, а также и восприятие госпитализации как наказания, искажает ВКБ. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, отношений в семье, продолжительности стационарирования, природы заболевания, посещений родителями и их реакций, процедур, средств, смягчающих тревогу (Е.И. Varowsky, 1978). После выписки у 22% детей до 5 лет обнаруживают энурез, трудности приспособления, нарушения поведения, раздражительность, расстройства сна, вспыльчивость, речевую патологию (J.W. Douglas, 1975).

Отношение родителей к болезни ребенка. У родителей может возникать чувство вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с плохим прогнозом, безразличное отношение к болезни или ее отрицание. Переживания родителей чаще всего вызывают у детей аналогичные чувства, которые и ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев усиливает и без

того имеющегося у большинства детей чувство вины за свое поведение, «вызвавшее болезнь». При тревожно-мнительном отношении родителей к болезни ребенка и их чрезмерной заботе, как правило, у последнего возникает нереалистичная ВКБ с ипохондрией и неверием в выздоровление. Отрицание родителями серьезности заболевания может способствовать формированию ВКБ гипонозогнозического типа.

На развитие ВКБ и психосоматической ситуации влияет и многое другое: 1) плохое здоровье родителей, переживания, связанные с недугами близких; 2) широкая, но неумелая информация населения об опасностях заболеваний, вредностях среды и связанный с ней страх перед неизбежностью заболевания. 3) убежденность родителей в своих «знаниях» или «незнаниях» о конкретной детской болезни. Одни родители с уверенностью «лечат» детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят ребенка к разным специалистам. Атмосфера в семье, когда ребенок болеет, во многом зависит от того, как его воспитывают. Если ребенку до болезни не хватало внимания, то и больного не обеспечат всем необходимым.

На психосоматическую ситуацию, возникающую в связи с болезнью ребенка, влияют взаимоотношения родителей с медперсоналом. Доверие к врачу делает родителя не только незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создает атмосферу надежды и веры в благополучный исход болезни.

Влияние медицинского персонала на формирование внутренней картины болезни. Врач, обследуя, подготавливая к госпитализации, операциям, оказывает на ребенка психологическое воздействие. Его доброжелательность, понятные разъяснения, использование необходимых средств, уменьшающих болезненность манипуляций, положительно влияют на ВКБ. Недоучет же детских представлений о болезни и лечении может привести к тому, что возникнет неадекватная ВКБ. Врач должен создать благоприятную окружающую среду, смягчить тревогу больного ребенка, исправить его заблуждения о болезни и лечении. Все это уменьшит риск возникновения неблагоприятной психосоматической ситуации.

Восприятие симптомов болезни и представления о ней позволяют врачу понять, что больше всего тяготит ребенка, от чего он страдает. Особенно важно знать, какова концепция ребенка о болезни, что можно использовать для психотерапии. Пример восприятия детьми своего заболевания - переживания больных с острым лейкозом. В зависимости от фазы заболевания и его тяжести дети по-разному оценивают свою болезнь. При отсутствии явных симптомов лейкоза больные связывают его с кровью, локализируют его в животе. В активной фазе болезни отмечают ее опасность для жизни. 2/3 детей жалуются на то, что при мысли о своем заболевании падает настроение: «становится плохо на душе» (Д.Н. Исаев, И.К. Шац, 1985). У детей ВКБ формируется скорее на эмоционально-чувственном (неосознаваемом), чем на логическом (сознательном) уровне. «Расшифровав» ВКБ, психолог сможет реконструировать те ее элементы, которые частично не осознаются, и использовать в процессе психотерапии, что поможет больному создать адекватную ВКБ.

Психосоматические ситуации, возникающие при хронических болезнях. Понятие *ситуация*, используемое в психологии, является результатом активного взаимодействия личности и среды и определяется как система субъективных и объективных элементов, объединяющихся в деятельности субъекта (А.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова, 1998). Применительно к психосоматическим ситуациям к таким элементам следует относить следующие:

Объективные элементы: 1) стимулы (постановка или отмена диагноза); 2) эпизоды (госпитализация, выписка из больницы, болезненная процедура); 3) ситуации (длительный отрыв от родителей); 4) окружение (отсутствие сверстников в палате, круглосуточный уход за больным); 5) среда (домашняя обстановка, палата больницы).

Субъективные элементы: 1) межличностные отношения с родными, сверстниками, медперсоналом; 2) социально-психологический климат, возникающий в процессе воспитания, пребывания в стационаре; 3) групповые нормы отношений, установившиеся между детьми в палате; 4) ценности больного (вера во врачей, надежда на выздоровление); 5) стереотипы сознания (подчиняться взрослым, всего остерегаться).

Ситуация всегда субъективна, так как она всегда «чья-то», при этом она, в отличие от «среды», относительно кратковременна. Определение ситуации происходит посредством *придания значения* объективной ситуации (Т. Shibutani). Таким образом, она становится субъективной. Фактически поведение человека определяется не столько внешним окружением, сколько его интерпретацией этого окружения. Влияние ситуации опосредуется *личностным смыслом*, являющимся оценкой ребенком значения объективных обстоятельств, связанных с болезнью (состоянием) и его действий в них. Чтобы обозначить уязвимость личности к определенным факторам среды, предложено понятие *значимой ситуации* (В.Н. Мясищев). Введение понятия *жизненной ситуации* обусловлено желанием осмыслить сущность поведения человека, зависимость от особенностей его личности и существующих обстоятельств (болезнь, инвалидность). Поведение больных можно объяснить, лишь анализируя ситуационно-поведенческие связи, так как оно зависит от того, находится ли больной дома или в больнице, от особенностей ухаживающих за

ним людей. Драматические, а иногда и трагические обстоятельства создаются у больных и инвалидов. Их значимые личностные отношения, сталкиваясь с неблагоприятной жизненной ситуацией, возникшей в связи с заболеванием или инвалидизирующим состоянием, приводят к развитию психологического конфликта. Больной воспринимает свою болезнь или инвалидность как потрясение, потому, что расстроенные телесные функции изменяют восприятие и оценку своего тела. Переживания настолько концентрируют пациента на своих страданиях, что может возникнуть *эмоциональная реактивная сдержанность* и ограничение рефлексии. Защищаясь от заболевания (инвалидности), больной становится раздражительным, враждебным. Он пытается подавлять эти *фрустрационно-агрессивные* стремления, так как они могут изменить отношение к нему семьи и медперсонала, от которых он зависит. *Страх и депрессия* у больных – следствие не только подавления фрустрационной агрессии, но и проявление эмоционального потрясения в связи с болезнью или стойкой утратой здоровья. У них отмечается желание зависимости, своеобразной формы социальной адаптации. Иногда они *отрицают* реальность своего состояния, что является механизмом самосохранения. Особенно выраженные вторичные психические изменения при заболеваниях имеются в экстремальных ситуациях: интенсивной терапии, лечении диализом, лечении онкологических больных и при нарушениях развития.

Взаимодействие личности больного (инвалида) с теми обстоятельствами, которые создаются во время болезни, называются *психосоматической ситуацией*. Больной может считать свое заболевание - препятствием, которое следует преодолеть; наказанием за плохое поведение; проявлением слабости организма; облегчением, позволяющим уйти от социальных требований; инструментом для приспособления к жизни; невозвратимой потерей; положительной ценностью, позволяющей проникнуть в смысл жизни (Z.J. Lipowski, 1969). В зависимости от этого формируются его образ жизни и поведение. Интрапсихические, поведенческие и социальные реакции на болезнь сливаются с психологической и общественной активностью больного. Психологические факторы влияют на течение и исход болезни, манеру, с какой больной предъявляет жалобы, желание лечиться. Они также вмешиваются в систему отношений в семье, с медперсоналом, на тип преодоления больным болезни, инвалидности и стремление к реабилитации. Концепция *болезненного поведения* объясняет поступки больных, помогает предупредить вредные для здоровья. Это понятие полезно, так как оно ставит вопрос о модификации поведения с целью улучшения адаптации больного к болезни, нарушенным функциям, а затем и реабилитации. Анализ психосоматической ситуации, возникшей у больного или инвалида, дает необходимые факты для медикаментозного лечения и психотерапии, которые улучшат и физическое и психическое состояние больного; кроме того, улучшат его реабилитацию.

Рассмотрим психосоматическую ситуацию, возникающую у детей с наследственным летальным заболеванием – муковисцидозом, проявляющимся недостаточностью многих органов и систем. Больные, страдающие от тяжелых поражений многих органов и осознающие неизлечимость болезни, оказываются в тяжелой психосоматической ситуации. Защищая больных от инфекций из-за опасности осложнений, больным запрещают общение, обучают дома, а это затрудняет их социализацию. Из-за слабости, неуклюжести, невозможности передвигаться развивается чувство неполноценности. Замедление полового созревания создает «основания» для дополнительных переживаний. Под влиянием жизненно опасных симптомов, препятствий для общения и трудностей формирования личности у больных возникает комплекс неполноценности. Их чрезмерно тревожные родители, осознавая тяжесть болезни, уверены, что их дети ни на что не способны. Фобия утраты, воспитательская неуверенность родителей, а также гиперпротекция влияют на формирование психосоматической ситуации. Большинство больных, проявляя психологическую защиту, завышают свои возможности и способности. Истинное же отношение их к себе - сниженная самооценка, самоуничижение, недовольство собой, подавленность. У больных чаще встречается ипохондрическое, фобическое или сенситивное отношение к болезни, что при их психосоматической ситуации объясняется тяжестью болезни и тревожностью членов семьи. У большинства больных в связи с истощением ЦНС и накоплением негативных переживаний имеются явная астения, эмоциональная неустойчивость, тревожное развитие личности (О.А. Горлач, 1999).

Реакция личности 14-летнего подростка с лимфосаркомой, которая возникла на тяжелейшее, крайне болезненное заболевание, не менее тягостное лечение (операцию, пункции) и осознание близкой смерти, - пример психосоматической ситуации, определявшейся процессом умирания (Л.В. Шульженко). Положение больного осложнилось длительным пребыванием в отделении для тяжело больных детей и неспособностью родителей психологически поддержать умирающего сына. Переживания и поведение подростка, осознававшего свое смертельное заболевание, менялись. Вначале, находясь в субдепрессии, мальчик обращался за помощью к матери, пытался сам преодолеть страх перед будущим, отрицая смертельный исход (мечты больного о будущем). Затем, как он надеялся, он «вступил в сговор» с Богом, отдав за надежду на продолжение жизни терпеливое отношение к мукам, причиняемым болезнью и терапией. В

самом конце своей жизни он пережил несколько стадий: 1) недоумения из-за не оправдавшихся надежд; 2) гнева и агрессии, так как его терпение и муки в рамках «договора с Всевышним» не выкупили его у смерти; 3) смирения и истощения. Проводившаяся психотерапия с учетом эмоционального состояния больного ставила цель облегчить душевное состояние умирающего, укрепить его психологическую защиту от разрушающего действия мыслей о близкой смерти, тяжелых страданий и поддержать силы.

Практический смысл вышесказанного состоит в том, что для того, чтобы врач и психотерапевт могли эффективно лечить и реабилитировать больного ребенка, им следует мобилизовать его личность на участие в этом процессе, а для этого необходима оценка ВКБ и жизненной (психосоматической) ситуации больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
2. Исаев Д.Н. Формирование понятия смерти в детском возрасте и реакция детей на процесс умирания. Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1992; 2: - С. 17-28.
3. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. Л.: ЛПМИ, 1993. – 76 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. - 454 с.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб: Питер, 2000. - 512 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ДЕТЕЙ****Психологический институт РАО. Москва.**

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем, волнующих сегодня как педагогов и психологов, так и родителей. Агрессивное поведение встречается у значительного числа маленьких детей как отражение детской непосредственности и импульсивности. На протяжении дошкольного возраста на смену агрессивности приходят новые, просоциальные формы поведения. Однако, у определенной категории детей агрессия как устойчивая форма поведения не только сохраняется, но и развивается, трансформируясь в устойчивое качество личности. В итоге снижается продуктивный потенциал ребенка, сужаются возможности полноценной коммуникации, деформируется его личностное развитие. Агрессивный ребенок приносит массу проблем не только окружающим, но и самому себе. Нарастающая волна детской преступности и увеличение числа детей, склонных к агрессивным формам поведения, выдвигает на первый план задачу изучения психологических условий, вызывающих эти опасные явления. Особенно важным является изучение агрессивности в дошкольном возрасте, когда эта черта находится в стадии своего становления и когда еще возможно предпринять своевременные корригирующие меры.

В последние годы научный интерес к проблемам детской агрессивности значительно возрос. Однако, несмотря на значительное количество исследований и монографий, посвященных этой проблеме, ключевые вопросы, связанные с природой и истоками агрессивности остаются открытыми (Р. Бэрн, Д. Ричардсон, 2000). Учеными разных направлений предлагаются различные подходы к определению сущности агрессивного поведения, его психологических механизмов. При всем многообразии трактовок этого явления, агрессивность в общих чертах понимается как целенаправленное нанесение физического или психического ущерба другому лицу. Многие психологи справедливо отмечают, что об агрессивности нельзя судить лишь по ее внешним проявлениям, необходимо знать ее мотивы и сопутствующие ей переживания. Вместе с тем, в большинстве исследований выявляется и описывается лишь уровень агрессивного поведения и влияющие на него факторы. Среди этих факторов обычно выделяются особенности семейного воспитания (Eron & Huesmann, 1984; Leffowitz, Eron & al., 1977), модели агрессивного поведения на телеэкране (Bandura, 1965; Grusec, 19972) или со стороны сверстников (Haskins, 1985; Dodge, 1983), уровень фрустрации (I. Berkowitz, 1989) и пр. Однако, очевидно, что все эти факторы вызывают агрессивное поведение далеко не у всех детей, а только у определенной части. В одной и той же семье, в сходных условиях воспитания вырастают разные по степени агрессивности дети. Лонгитюдные исследования показывают, что агрессивность, сложившаяся в детстве, остается устойчивой чертой и сохраняется на протяжении дальнейшей жизни человека (Olweus, 1977; Huesmann, 1984). Можно полагать, что уже в дошкольном возрасте складываются определенные внутренние предпосылки, способствующие проявлению агрессивности, что дети, склонные к насилию, существенно отличаются от своих миролюбивых сверстников не только по внешнему поведению, но и по своим психологическим характеристикам. Тем не менее, комплексного исследования психологических особенностей, лежащих в основе детской агрессивности и дающих представление о психологической природе этого явления, в доступной литературе нам обнаружить не удалось. Между тем, выявление мотивов агрессивного поведения детей, изучение его психологических условий настоятельно необходимы как для своевременной диагностики этого явления, так и для разработки коррекционных программ. Именно эта цель стояла перед нашей работой. Мы попытались выявить внутренние, психологические условия, способствующие проявлениям агрессивности у детей дошкольного возраста.

Первой необходимой задачей нашей было описание феноменологии агрессивного поведения современных дошкольников, и выявление детей, склонных к агрессии. Эта задача решалась методом наблюдения. В результате наблюдений за подобным взаимодействием 115 дошкольников 5-6 лет (5 групп детских садов) были выявлены многочисленные и разнообразные формы агрессивного поведения. Наиболее часто у подавляющего большинства детей наблюдалась прямая и косвенная вербальная агрессия – от жалоб и агрессивных фантазий («Позвоню милиционеру, и он тебя в тюрьму заберет») до прямых оскорблений («Толстуха», «Дурак», «Ябеда и нытик»). У некоторых детей были зафиксированы случаи физической агрессии – как косвенной (разрушение продуктов деятельности другого, поломка чужих игрушек и пр.), так и прямой (дети били сверстников кулаком или палкой по голове, кусались, и т.п.)

Особой задачей было выявление тех ситуаций, в которых наиболее часто проявляется агрессивное поведение. Анализ содержания этих ситуаций и переживаний ребенка необходим для понимания направленности агрессивного поведения, его причин и целей, что может пролить свет на его мотивацию. Среди ситуаций, провоцирующих агрессивность детей, были выделены следующие:

- привлечение к себе внимания сверстников (мальчик вырывает книгу у девочки, разбрасывает игрушки и начинает громко лаять, изображая злую собаку, чем, естественно, привлекает к себе внимание);
- ущемление достоинств другого с целью подчеркнуть свое превосходство (заметив, что партнер расстроился из-за того, что у него не хватает деталей, мальчик кричит: «Ха-ха-ха, так тебе и надо, у тебя

ничего не получится, ты плакса и нытик»);

- защита и месть (в ответ на «нападение» или насильственное изъятие игрушки дети отвечают яркими вспышками агрессии);
- стремление быть главным (после неудачной попытки занять первое место в строю мальчик отталкивает опередившего его друга, хватая за волосы и пытается стукнуть головой о стену);
- стремление получить желанный предмет (чтобы обладать нужной игрушкой, некоторые дети прибегали к прямому насилию над сверстниками).

Как можно видеть, большинство проявлений агрессивного поведения наблюдается в ситуациях защиты своих интересов и отстаивания своего превосходства, когда агрессивные действия используются как средства достижения определенной цели. Соответственно, максимальное удовлетворение дети получают при получении желанной цели – будь то внимание сверстников или привлекательная игрушка, – после чего агрессивные действия прекращаются. Таким образом, в большинстве случаев агрессивные действия детей имеют инструментальный или реактивный характер. В то же время, у отдельных детей наблюдались агрессивные действия, не имеющие какой-либо цели и направленные исключительно на причинение вреда другому. Например, мальчик толкает девочку в бассейн и смеется над ее слезами, или девочка прячет тапочки своей подруги и с удовольствием наблюдает за ее переживаниями. Физическая боль или унижение сверстника вызывали у этих детей удовлетворение, а агрессия выступала при этом как самоцель. Такое поведение может свидетельствовать о склонности ребенка к враждебности и жестокости, что естественно вызывает особую тревогу.

Те или иные формы агрессивного поведения наблюдались у большинства дошкольников. В то же время некоторые дети проявляли значительно более выраженную склонность к агрессивности, которая проявлялась в следующем:

- 1) высокая частота агрессивных действий – в течение часа наблюдений они демонстрировали не менее 4 актов, направленных на причинение вреда сверстникам, в то время как у других детей было зафиксировано не более одного;
- 2) преобладание прямой физической агрессии – если у большинства дошкольников чаще всего наблюдалась вербальная агрессия, то эти дети часто использовали прямое физическое насилие;
- 3) наличие враждебных агрессивных действий, направленных не на достижение какой-либо цели (как у остальных дошкольников), а на причинение физической боли или страданий сверстникам.

В соответствии с этими признаками мы выделили группу дошкольников с повышенной агрессивностью, в состав которой вошел 31 человек (20% выборки), среди которых было 17 мальчиков и 14 девочек. Эти агрессивные дети и составили экспериментальную группу (ЭГ), которая подверглась разностороннему психологическому обследованию.

Среди психологических особенностей, провоцирующих агрессивное поведение, обычно выделяют недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков, сниженный уровень саморегуляции, неразвитость игровой деятельности, сниженную самооценку, нарушения в отношениях со сверстниками (Р. Бэрн и Д. Ричардсон, 2000). Однако, остается неясным, какие именно из этих особенностей в наибольшей мере влияют на агрессивность детей, поскольку в каждом исследовании изучалась какая-либо одна характеристика. В своей работе при обследовании агрессивных детей мы стремились выявить, по возможности, максимально широкий спектр психологических характеристик, с тем чтобы выделить психологические особенности, отличающие агрессивных дошкольников от их обычных сверстников. Контрольную группу (КГ) составили 50 детей из тех же детских садов. Для сравнительного анализа были выделены следующие показатели:

- общий интеллект, который определялся по методике Л.А. Венгера «Схематизация»;
- социальный интеллект, составляющий когнитивный компонент коммуникативной компетентности и выявляемый при решении социальных проблем;
- уровень развития произвольности (известная методика «Да и нет»);
- самооценка, которая традиционно определялась с помощью методики «Лесенка»- детям предлагалось не только оценить себя, но и ответить, как их оценивают сверстники;
- уровень развития игровой деятельности (определялся по схеме Д.Б. Эльконина, включающей 4 уровня развития ролевой игры);
- положение ребенка в группе сверстников (выявлялось с помощью детского варианта социометрии)
- способ выхода из конфликтных ситуаций (проективная методика «Картинки», в которой дети должны были найти выход из конфликта с позиции обиженного ребенка);
- особенности отношения к сверстнику (выявлялись в авторской методике «Раскрась картинку», которая давала возможность зафиксировать интерес к действиям другого, реакции на его успехи и неудачи, способность к просоциальным действиям).

Сравнительный анализ данных экспериментальной и контрольной групп выявил, что по большинству из них агрессивные дошкольники мало отличаются от своих неагрессивных сверстников. Так, уровень развития интеллекта в обеих группах был примерно одинаковым; уровень социального интеллекта

в КГ, в среднем, был несколько выше, чем в ЭГ (соответственно 6,9 и 6 баллов), хотя у 60% агрессивных дошкольников был зафиксирован достаточно высокий социальный интеллект (в КГ – у 65 %). Показатели развития произвольности в группе агрессивных детей в целом были ниже – у 56% был зафиксирован низкий уровень произвольности и только у 12% высокий (в КГ соответственно 38% и 30%). Уровень развития игры в ЭГ и КГ был примерно одинаковым – большинство детей в обеих группах находились на средних уровнях - 2 и 3; в то же время среди агрессивных дошкольников было больше детей, не умеющих играть (1 уровень) и меньше тех, кто достиг высшего 4-го уровня развития игры (только 6,5%, в КГ таких детей было 31%).

По результатам диагностики самооценки оказалось, что 40% агрессивных детей имеют заниженную самооценку (в КГ – 16%), однако у 60% самооценка оказалась высокой. Несмотря на незначительные различия в средних показателях самооценки в ЭГ и КГ (5,7 и 6,1 баллов), выяснилось, что у агрессивных детей более существенны расхождения между их самооценкой и ожидаемой оценкой со стороны сверстников: у детей, не проявляющих агрессивных форм поведения данный показатель составил 1,4 балла, в группе агрессивных – 2,2. Данный факт может свидетельствовать о том, что эти дети более остро переживают свою «недооцененность», непризнанность своих достоинств со стороны сверстников. В то же время по своему социальному статусу в группе агрессивные дети мало отличались от других – как и в КГ, среди них были и предпочитаемые и отвергаемые сверстниками.

Сравнительный анализ данных показателей свидетельствует о том, что уровень развития общего и социального интеллекта, произвольность, самооценку или недостаточный уровень развития игры нельзя рассматривать как основу или причину агрессивного поведения. Несмотря на некоторые различия средних показателей ЭГ и КГ, значительное число агрессивных детей имели высокие результаты по данным характеристикам.

Наиболее существенные различия между двумя группами были выявлены по способу выхода из конфликтной ситуации и по отношению ребенка к сверстникам. При решении конфликтных ситуаций, изображенных на картинках (например, кто-то берет чужую игрушку или рушит постройку других, или ломает игрушку) на вопрос, чтобы ты сделал на месте обиженного ребенка, практически все дети ЭГ давали агрессивные ответы типа: «Дам ботинком по животу», «Схвачу и посажу в клетку», «Убью», «Изобью» и пр. В отличие от этого, дети КГ в большинстве случаев давали более конструктивные и миролюбивые ответы: «Починю», «Сделаю новую», «Пойду играть в другую игру», «Заплачу и пожалуюсь маме». Показательно, что интерпретируя сюжеты картинок, все дети ЭГ приписывали изображенным персонажам агрессивные намерения: «Он нарочно сломал», «Украл», «Сейчас будет бить». В КГ достаточно часто дети интерпретировали те же сюжеты как бесконфликтные: «Случайно сломали домик, нужно починить», «Он поиграет и вернет», «Они договорятся и пойдут играть вместе».

Не менее значимые различия были выявлены в процессе реального взаимодействия детей в ситуации «Раскрась картинку», в которой два ребенка должны были использовать как можно больше цветов, что предполагало обмен карандашами. В этой ситуации агрессивные дети проявляли меньший интерес к работе партнера, ярко отрицательное, а иногда и агрессивное отношение к успехам сверстника (вырывали его рисунок, пытались стукнуть) и чрезвычайно редко уступали свои карандаши, в отличие от детей КГ, которые в половине случаев помогали партнеру.

Эти данные дают основание полагать, что главной отличительной чертой агрессивных детей является их отношение к сверстнику. Другой ребенок выступает для них как противник, как конкурент, как препятствие, которое нужно устранить. Такое отношение нельзя свести к недостатку коммуникативных навыков (заметим, что многие дети ЭГ в ряде случаев демонстрировали вполне адекватные способы общения, и при этом проявляли незаурядную изобретательность, придумывая разнообразные формы нанесения ущерба сверстникам). Можно полагать, что это отношение отражает особый склад личности, ее направленность, которая порождает специфическое восприятие другого как «врага». В литературе неоднократно отмечалось, что агрессивный человек имеет предвзятое мнение, будто поступками окружающих руководит враждебность, они приписывают другим враждебные намерения и пренебрежение к себе (Dodge & Frame, 1982; Dodge & Coie, 1987). Эта же атрибуция враждебности была зафиксирована у агрессивных детей и в наших экспериментах. Она проявлялась в представлениях о своей недооцененности со стороны сверстников, в приписывании агрессивных намерений при решении конфликтных ситуаций, в реальном взаимодействии детей. Все это говорит о том, что главные проблемы агрессивных детей лежат в сфере отношений со сверстниками. Однако оказалось, что эти проблемы неоднородны в экспериментальной группе дошкольников.

Для выяснения положения агрессивных детей в группе сверстников было проведено социометрическое обследование во всех участвовавших в эксперименте детских садах. В результате оказалось, что социальный статус в группе сверстников у агрессивных детей существенно различается – одни из них занимают положение лидеров и предпочитаемых, другие попадают в отверженные. Этот факт, а также существенные индивидуальные различия, полученные при обследовании агрессивных детей, побудили нас осуществить дифференцированный анализ выборки и выделить индивидуальные варианты агрес-

сивности в дошкольном возрасте. На основе этого анализа были выделены три группы детей, которые различаются по внешним проявлениям агрессивности, по своим психологическим характеристикам и по своему положению в группе сверстников. Остановимся на описании этих типов.

В первую группу вошли дети, которые чаще всего используют агрессию как средство привлечения внимания. Они, как правило, чрезвычайно ярко выражают свои агрессивные эмоции (кричат, громко ругаются, разбрасывают вещи); их поведение направлено на получение эмоционального отклика от других. Такие дети активно стремятся к контактам со сверстниками; получив внимание партнеров, они успокаиваются и прекращают свои вызывающие действия. У таких детей агрессивные акты мимолетны, ситуативны и не отличаются особой жестокостью. Чаще всего они используют физическую агрессию (прямую или косвенную) в ситуации привлечения внимания. Их агрессия носит непроизвольный, непосредственный и импульсивный характер; их враждебные действия быстро сменяются дружелюбными, а выпады против сверстников – готовностью сотрудничать и ним. Их агрессивные действия отличаются ситуативностью, наиболее яркие эмоции наблюдаются в момент самих действий и быстро угасают. По данным социометрического обследования, дети этой группы имеют весьма невысокий статус в группе сверстников – их либо не замечают и не принимают всерьез, либо избегают. По словам сверстников, такие дети «Все ломают», «Всегда мешают», «Никого не слушают».

Данные психологического обследования показывают, что такие дети значительно отличаются от других (как обычных, так и агрессивных) низким уровнем развития интеллекта и произвольности, а также неразвитостью игровой деятельности. Они игнорируют нормы и правила поведения (как в игре, так и вне игры), ведут себя очень шумно, демонстративно обижаются, кричат, однако их эмоции носят поверхностный характер и быстро переходят в более спокойные состояния. Все эти данные позволяют предположить, что в данном случае мы имеем дело с некоторым отставанием в общем психическом развитии ребенка. Его обостренная потребность во внимании и в признании сверстников не может реализоваться через традиционные формы детской деятельности, и в качестве средства самоутверждения и самовыражения он использует агрессивные действия. Этот вариант детской агрессивности можно назвать **импульсивно-демонстративным**, поскольку главная задача ребенка здесь – продемонстрировать себя, обратить на себя внимание.

Вторую группу составили дети, которые используют агрессию в основном как норму поведения в общении со сверстниками. У этих детей агрессивные действия выступают как средство достижения какой-либо конкретной цели – нужного им предмета или ведущей роли в игре, или выигрыша у своих партнеров. Об этом свидетельствует, в частности, тот факт, что положительные эмоции они испытывают после достижения результата, а не в момент агрессивных действий. Деятельность этих детей отличается целенаправленностью и самостоятельностью. Они умеют организовать игру, их игровая деятельность достаточно хорошо развита. При этом в любой деятельности они стремятся к лидирующим позициям, подчиняя и подавляя других. В отличие от предыдущей группы, они не стремятся привлечь к себе внимание сверстников. Как правило, эти дети обладают высоким статусом в группе: большинство из них занимает положение предпочитаемых, а некоторые выходят на положение «звезд». Среди всех форм агрессивного поведения у них чаще всего встречается прямая физическая агрессия (37%), которая, впрочем, не отличается особой жестокостью. В конфликтных ситуациях они игнорируют переживания и обиды сверстников, ориентируясь исключительно на собственные желания.

По результатам обследования, эти дети обладают высоким уровнем интеллекта (как общего, так и социального) и хорошо развитой произвольностью. Они хорошо знают нормы и правила поведения, но постоянно нарушают их. Нарушая правила, они оправдывают себя и обвиняют своих товарищей, стремясь избежать негативной оценки взрослого: «Он первый начал», «Он сам лезет, я не виноват». Положительная оценка взрослого, несомненно, важна для них. В то же время они как бы не замечают собственной агрессивности; их способ действия представляется им привычным, нормальным и единственно возможным средством достижения своей цели. Например, сталкивая с лошадки товарища, мальчик заявляет: «А что же мне делать, я тоже хочу играть, а он мне мешает». Данный вид агрессивности детей можно назвать **нормативно-инструментальным**.

В третью группу входят дети, для которых нанесение вреда другому выступает как самоцель. Их агрессивные действия не имеют какой-либо видимой цели – ни для окружающих, ни для них самих. Они испытывают удовольствие от самих действий, приносящих боль и унижение сверстникам. Дети данного типа используют в основном прямую агрессию, причем более половины всех агрессивных актов составляет прямая физическая агрессия. Их действия отличаются особой жестокостью и хладнокровием. Например, безо всякой видимой причины ребенок хватается другого за волосы и бьет головой об стену или толкает с лестницы и со спокойной улыбкой наблюдает крики и слезы своей жертвы. Обычно такие дети выбирают для своих агрессивных действий одну-две постоянных жертвы – более слабых детей, не способных ответить тем же. Чувство вины или раскаяния при этом совершенно отсутствует. Нормы и правила поведения открыто игнорируются. На упреки и осуждение взрослых они отвечают: «Ну и что!», «И пусть ему больно», «Что хочу, то и делаю». Отрицательные оценки окружающих не принимаются в рас-

чет. Для таких детей особенно характерны мстительность и злопамятность: они долго помнят любые мелкие обиды и, пока не отомстят обидчику, не могут переключиться на другую деятельность. Самые нейтральные ситуации они рассматривают как угрозу и посягательство на свои права.

Эти дети, как правило, имеют низкий социальный статус в группе сверстников – их боятся и избегают. По результатам психологического обследования, эти дети имеют средние показатели интеллекта, произвольности и развития игры. Их игры часто носят агрессивное содержание – все дерутся, мучают или убивают друг друга. Этот вид детской агрессивности можно назвать **целенаправленно-враждебным**.

Таким образом, в основе детской агрессивности может лежать различная мотивационная направленность: в первом случае – спонтанная демонстрация себя, во втором – достижение своих целей, в третьем – подавление и унижение другого. Однако, несмотря на эти очевидные различия, всех агрессивных детей объединяет одно общее свойство – невнимание к другим детям, неспособность видеть и понимать другого. В ситуации, выявляющей отношение к сверстнику («Раскрась картинку») по всем показателям значимых различий между подгруппами агрессивных детей обнаружено не было. Все они проявляли низкий интерес к сверстнику, неадекватные реакции на успехи другого (злорадство при его неуспехе и протест против его достижений) и неспособность бескорыстно поделить или помочь другому. Подобный тип отношения к сверстнику оказался не связанным ни с уровнем развития игры, ни с самооценкой, ни с реальным положением ребенка в группе сверстников. По-видимому, в основе такого отношения к другим лежит особое строение самосознания ребенка, а именно фиксированность на себе и внутренняя изоляция от других.

В окружающем мире и в других людях такой ребенок видит прежде всего себя и отношение к себе. Другие люди выступают для него как обстоятельства его жизни, которые либо мешают достижению его целей, либо не уделяют ему должного внимания, либо пытаются нанести ему вред. Фиксированность на себе, ожидание враждебности со стороны окружающих не позволяют такому ребенку увидеть другого во всей его полноте и целостности, пережить чувство связи и общности с ним. Поэтому таким детям недоступны сочувствие, сопереживание или содействие. Очевидно, что такое мировосприятие создает ощущение своего острого одиночества во враждебном и угрожающем мире, которое порождает все большее противостояние и отделенность от других. Степень такого восприятия враждебности может быть различной (по нашим данным, она нарастает от 1-й группы к 3-й), однако ее психологическая природа остается той же – внутренняя изоляция, приписывание враждебных намерений окружающим и невозможность видеть другого.

В то же время, в дошкольном возрасте еще не поздно предпринять своевременные меры, для преодоления этих тенденций. Мы полагаем, что наша работа дает новые ориентиры для коррекционной работы с агрессивными детьми. Эта работа должна быть направлена не на безопасный выход агрессии (эмоциональный катарсис), не на повышение самооценки, не на развитие коммуникативных навыков или игровой деятельности, а на преодоление внутренней изоляции, на формирование способности видеть и понимать других. Построение и апробация такой коррекционной программы составляет дальнейшую задачу нашей работы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бэрн Р., Ричардсон Д. (2000) Агрессия. Питер, серия Мастера Психологии.
2. Bandura A., (1965) Influence of model's reinforcement contingencies on acquisition of imitative responses. *Journal of personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
3. Berkowitz I. (1989), Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.
4. Dodge K.A. (1983) Behavioral antecedents of peer social status. *Child development*, 54, 1386-1399.
5. Dodge R.A. & Frame C.L. (1982) Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53, 620-635.
6. Dodge R.A. & Coie J.D. (1987) Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.
7. Eron L.D. & Huesmann L.R. (1984) The control of aggressive behavior by changes in attitudes, values, and the conditions of learning. In *Advances in the study of aggression* (Vol. 1, 139-173), Orlando, FL Academic Press.
8. Grusec J.E. (1972) Demand characteristics of the modeling experiment: Altruism as a function of age and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 139-148.
9. Haskins R. (1985) Public school aggression among children with varying day-care experience. *Child Development*, 56, 689-703.
10. Huesmann L.R. (1988) An information processing model for the development of aggression. *Aggressive behavior*, 14, 13-24.
11. Leffowitz M.M., Eron L.D., Walder L.O. & Huesmann L.R. (1977) Growing up to be violent: A longitudinal study of the development of aggression. New York: Pergamon.
12. Olweus D. (1977) Aggression and peer acceptance in adolescent boys: Two short-term longitudinal studies of ratings. *Child Development*, 48, 1301-1313.

Е. Р. Слободская, М. В. Сафронова, Н. Н. Савина<sup>4</sup>

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКИХ ШКОЛЬНИКОВ  
В МЕЖКУЛЬТУРНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ  
(по данным учительских опросников)**

**ГУ НИИ Физиологии СО РАМН. Новосибирск.**

Наиболее распространенные формы нарушений психического здоровья у детей и подростков - эмоциональные расстройства (ЭР) и отклонения в поведении (ОП) (Goodman, Scott, 1998; Ekblad, 1990). ОП причиняют больше всего беспокойства родителям и учителям; ЭР - депрессивные состояния, тревожность и страхи - менее заметны. Однако оба вида нарушений сопровождаются снижением успеваемости в школе и приводят, в конечном счете, к снижению самореализации и приспособленности. Серьезные последствия отклонений в психическом здоровье подростков - противоправные действия, самоубийства и психосоматические заболевания.

По определению американской классификации психических расстройств DSM-IV и классификации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) МКБ -10 (Achenbach, 1993; American Psychiatric Association, 1994; Международная классификация..., б/г), ОП- это «повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются или основные права других людей, или важнейшие соответствующие возрасту социальные нормы или правила». ОП включают: воровство, побеги из дома, ложь, поджоги, прогулы школы, намеренную порчу чужого имущества, жестокость по отношению к животным, организацию драк и нанесение телесных повреждений людям. Они встречаются у 20-60% школьников (Offord, Boyle, Racine, 1990) и составляют основной источник беспокойств родителей и учителей. Отклонения в поведении являются и медицинской, и социальной проблемой (Ушаков, 1987). Встречаемость клинических форм в США оценивается в 3-12% (Moffitt, 1993a), а частота подростковой преступности значительно выше: в США 25% юношей бывают арестованы полицией, а 80-65% юношей при опросах признаются в преступлении закона. У мальчиков ОП встречаются в четыре раза чаще, чем у девочек (Steinfeld, 1990).

ОП - один из основных факторов неблагоприятной адаптации. 80% взрослых, имевших в детстве ОП, отличаются стойкими психическими расстройствами; в среднем 40-50% антисоциальных детей становятся антисоциальными взрослыми, и практически все антисоциальные взрослые в детстве отличались ОП (Lytton, 1990). В подавляющем большинстве случаев ОП появляются в подростковом возрасте, а после 17 лет идут на спад, однако у 3-5% людей ОП чрезвычайно устойчивы. Показано, что если ОП возникли до 11 лет, то риск формирования антисоциальной личности в два раза больше, чем при чисто подростковых формах. Именно эта группа ответственна более чем за половину преступлений, особенно отличающихся жестокостью (Moffitt, 1993a, 1993b).

Обе группы нарушителей - чисто подростковые и стабильные на протяжении жизни - в подростковом возрасте внешне неразличимы, но механизмы возникновения ОП существенно различаются. Их подробно описала Т. Моффит (Moffitt, 1993b). В подавляющем большинстве случаев деструктивное поведение и правонарушения подростков - типичное для современного общества явление, которое связывают с несовпадением времени наступления физической и социальной зрелости. В 12-14 лет современный подросток часто внешне ничем не отличается от взрослого, но его права и возможности - по-прежнему, как у ребенка.

Поэтому в начале этого периода вынужденной недееспособности наиболее привлекательными образцами для подражания становятся те сверстники, которые пользуются привилегиями взрослых, получив их в результате непослушания, обмана или насилия. Первое время поступки, квалифицируемые взрослыми как ОП, дают подросткам преимущества: они получают доступ к благам взрослого мира и приобретают уважение сверстников. Однако если семья и школа систематически наказывают эти отклонения, поощряют положительное поведение и внедряют свои ценности, то постепенно в сознании и в поведении подростков наступают желательные изменения, и они становятся добропорядочными взрослыми.

Иная картина характерна для небольшой группы с устойчивыми отклонениями. На первый взгляд кажется, что основной причиной продолжающихся ОП может быть неблагоприятное окружение. И многочисленные исследования, проводившиеся на протяжении нескольких десятков лет, были посвящены именно социальным факторам. Показано, что возникновению расстройств способствуют экономические трудности, семейные неурядицы, беспорядочное воспитание и житейские невзгоды. (Conger et al., 1994; Goodyer, 1990). По последним данным, главные семейные факторы ОП и правонарушений - это безнадзорность, недостаточный интерес родителей к ребенку и его отверженность. Умеренный риск создают конфликты супругов и их правонарушения. И наименьшее влияние оказывают строгая дисциплина, плохое здоровье родителей и разлука с родным домом. При действии нескольких факторов их неблагоприятное влияние суммируется (Loeber, Stouthamer-Loeber, 1986; цит. по: Lytton, 1990).

<sup>4</sup> Авторы выражают признательность М. Раттеру, любезно предоставившему свои опросники, Ю. П. Шорину, вдохновившему исследование, учителям, заполнявшим опросники, и Т. Э. Рау, помогавшей при обработке данных.

Тем не менее, большинство индивидов, выросших в неблагополучной обстановке, как отметил Магнуссон (Magnusson, 1992), не только не становятся асоциальными личностями - преступниками или наркоманами, но, напротив, часто дают пример общественно полезной деятельности. Поэтому в последнее время больше внимания стали обращать на защитные факторы, такие, например, как социальная поддержка (Levitt et al., 1993) и сильные стороны ребенка (Goodman, 1994).

С другой стороны, антисоциальные личности появляются и в благоприятной обстановке. Lytton (1990) оценил вклад биологических и средовых факторов в развитие ОП в современных западных странах и пришел к выводу, что в целом влияние личностных особенностей ребенка преобладает над родительским. Речь идет о том, что существует биологическая предрасположенность к определенной психопатологии - ОП или ЭР. Какова бы ни была окружающая ребенка среда, ее влияние опосредуется познавательными и эмоциональными процессами, и результат развития поэтому зависит от свойств нейрофизиологических систем, контролирующих эмоции и поведение.

Эти системы и их связь с нормальным и патологическим развитием личности описаны Дж. Греем из Института психиатрии Лондонского университета (Грей, 1987). Согласно теории Грея, система торможения поведения (СТП) контролирует реакции индивида на неопределенность, новую обстановку и угрозу наказания, а система приближения (СП) активизируется в ответ на привлекательные стимулы. Исследования Дж. Кагана и его сотрудников из Гарвардского университета США показали, что 10-15% людей в популяции отличаются повышенной чувствительностью какой-либо из этих систем (Kagan et al., 1985). Если повышена чувствительность СТП, то ребенок с первых месяцев жизни отличается пугливостью и робостью: сначала он боится незнакомцев, потом не хочет играть со сверстниками и вырастает застенчивым подростком; такие люди предрасположены к развитию ЭР: страхов, тревоги и депрессии. Если повышена чувствительность СП, то ребенок интересуется всем новым, но предрасположен к развитию ОП: он может быть чрезмерно активным, импульсивным и агрессивным. Наиболее неблагоприятно сочетание высокой чувствительности СП и низкой - СТП: если стремление к награде преобладает над торможением поведения, вызванным страхом наказания, то ребенку с первых лет жизни настолько трудно контролировать самого себя, что возникает риск развития антисоциальной личности (Quay, 1993).

На исход развития влияют и другие особенности ребенка. Так, у мальчиков наиболее неблагоприятен прогноз в тех случаях, когда ОП сочетается с гиперактивностью и нарушением внимания (Moffitt, 1990). Если же ОП сопутствует тревожность (повышена чувствительность обеих систем - СП и СТП), то вероятность правонарушений у мальчиков значительно меньше (Walker et al., 1991). Таким же образом вероятность хорошей адаптации застенчивых детей повышается, если у них высокий коэффициент интеллектуальности (Asendorpf, 1994).

В целом, в благоприятной обстановке развитие трудных детей вполне может быть благополучным; более того, современные исследования указывают на то, что средовые воздействия изменяют свойства нейрофизиологических систем; в результате усвоенный в процессе обучения контроль поведения приобретает физиологическую основу (Susman, 1993). В неблагоприятной обстановке, например, при беспорядочном воспитании, распущенное поведение, приводя к цели, не только подкрепляется, но может изменять свойства нейрофизиологических систем. Кроме того, антисоциальный ребенок или подросток активно создает вокруг себя среду, поддерживающую свойственное ему поведение. Сходные механизмы действуют при развитии ребенка с чувствительной СТП: в благоприятной обстановке он может преодолеть свойственную ему робость и стать хорошо адаптированной и полезной для общества личностью, а во враждебной среде - оказаться в изоляции и стать невротиком.

Одним из важнейших обстоятельств развития детей является школа. М. Раттер с коллегами обобщили многочисленные исследования влияния школы на здоровье и приспособленность детей в книге "Пятнадцать тысяч часов" - именно столько проводит в среднем в школе британский ученик. Авторы заключили, что некоторые школы могут укрепить психическое здоровье, в то время как другие - способствуют его расстройству. При детальном изучении школьных факторов оказалось, что уровень финансирования, размер школы и классов, программы обучения, наказания, а также социальный и интеллектуальный состав учащихся не оказывали существенного влияния на успеваемость и поведение детей.

Важными факторами являлись награды и похвала за работу в школе и хорошее поведение, комфортная для учеников обстановка в школе, ответственность учеников и их участие в жизни школы, упор на учебу, хороший пример, подаваемый учителями, их компетентность при управлении классом и эффективная организация работы коллектива. В целом эти факторы отражают наличие в школе стабильных ценностей и норм, которые ученики в принципе принимают. Установление таких ценностей и норм - залог хорошей успеваемости и хорошего поведения детей.

В современном мире накоплен многолетний опыт применения различных профилактических и коррекционных программ. Большинство из них было направлено на снижение подростковой преступности; помощь адресовалась непосредственно детям, родителям, учителям, семьям и школам. Оказалось, что результат дают только те воздействия, которые применяются в наиболее раннем возрасте, преимущественно в дошкольном или в начальной школе, когда ОП еще не квалифицируются как правонарушения и заметны лишь узкому

кругу близких ребенку людей. Программы, адресованные подросткам, оказались неэффективны, возможно, из-за описанной выше неоднородности группы правонарушителей в этом возрасте (Tremblay, Craig, 1995).

Поэтому раннее выявление групп риска становится особенно актуальным. Для этого необходимы надежные и обоснованные методики, позволяющие объективно оценить частоту и выраженность ЭР и ОП у детей и подростков (Rutter & Sandberg, 1985). Широко известны скрининговые опросники Майкла Раттера (Ekblad, 1990; Morita et al., 1993; Rutter, 1967; Rutter, Tizard & Whitmore, 1970), позволяющие количественно оценить выраженность показателей и проводить сравнение данных.

Целью настоящего исследования было выявление отклонений в психическом здоровье школьников с помощью учительских оценок, анализ динамики этих показателей при повторном обследовании и сравнение полученных данных с аналогичными показателями в других странах.

### Методы

**Опросник М. Раттера (Шкала Б2) для учителей**, предназначен для детей 7-16 лет, состоит из 26 коротких высказываний, касающихся поведения ребенка, которые учитель отмечает как несоответствующие, отчасти соответствующие или полностью соответствующие определенному ребенку. Они соответственно оцениваются 0, 1 или 2, так что общая оценка (ОО) может колебаться от 0 до 52 баллов. В настоящем исследовании применялась русская версия шкалы, переведенная одним из авторов (Е.С.) совместно с А.Г. Близнюк. Согласно авторской методике, сначала вычисляют общую оценку. Далее детей, у которых ОО равна 9 баллов и более выделяют в группу риска. Далее вычисляют оценки ЭР (сумма пп. 7. “Часто беспокоится и волнуется по разным поводам”, 10. “Часто кажется жалким, несчастным, плачущим и страдающим”, 17. “Похоже, что боится новых вещей или новых ситуаций” и 23. “Плакал по пути в школу или отказывался заходить в здание школы в течение последнего года”) и ОП (сумма пп. 4. “Часто ломает или портит свои или чужие вещи”, 5. “Часто дерется или слишком задирает других детей”, 15. “Часто непослушен”, 19. “Часто говорит неправду”, 20. “Воровал вещи один раз или чаще в течение последнего года” и 26. “Обижает других детей”). Те дети из группы риска, у которых оценка ЭР выше, чем оценка ОП, считаются имеющими ЭР (Э), а те, у которых оценка ОП выше, чем оценка ЭР, считаются имеющими ОП (ОП). Дети с равными оценками ЭР и ОП не дифференцируются. Кроме того, можно вычислить не зависящие друг от друга оценки ЭР, ОП и гиперактивности (ГА). Многомерный анализ учительских и родительских оценок мальчиков и девочек 10-11 и 14-15 лет, проведенный методом главных компонент, выявил фактор, состоящий из трех пунктов: “Очень непоседлив, ему трудно усидеть на одном месте долгое время”, “Вертится и суетится” и “Не может заниматься чем-нибудь более нескольких минут”. Сумма этих пунктов (по учительским опросникам пункты 1, 3 и 16) является оценкой гиперактивности (ГА).

В настоящей работе анализ проводили по следующим показателям: 1) ОО - общая оценка отклонений; 2) ЭР - оценка по эмоциональной шкале; 3) ОП - оценка по шкале поведенческих расстройств; 4) ГА - оценка гиперактивности.

### Результаты и обсуждение

Всего обследовано 500 учеников двух школ города Новосибирска, 249 мальчиков и 251 девочка из 1-9 классов; в возрасте от 7 до 16 лет. Достоверных различий показателей психического здоровья, полученных в разных школах, не было. Для анализа эффекта пола проводили однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, возраст включали в качестве контрольной переменной. Величину влияния фактора оценивали при помощи  $\epsilon^2$ , считая, согласно критериям Коэна, эффекты, объясняющие менее 5,9% разнобразия, небольшими, от 5,9% до 13,8% - средними, а эффекты, объясняющие более 13%, - существенными (Cohen, 1988). Достоверного эффекта возраста выявлено не было, средние значения показателей, межполовые различия и величина эффекта показаны в табл. 1.

По мнению учителей, у мальчиков было значительно больше отклонений, чем у девочек, - за счет проблем, заметных для окружающих (плохое поведение, агрессивность и нарушения внимания). Эффекты, связанные с полом, объясняли 5% различий оценок ЭР, 8% различий в гиперактивности и 7,6% разнобразия оценок ОП, то есть были средней величины.

Таблица 1.

Распределение показателей психического здоровья школьников по данным учительского опросника М. Раттера

| Показатели                 | Вся выборка<br>(N = 500) | Мальчики<br>(N = 249) | Девочки<br>(N = 251) | Различия |                  |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|----------|------------------|
|                            | M $\pm$ $\delta$         | M $\pm$ $\delta$      | M $\pm$ $\delta$     | F        | $\epsilon^2$ (%) |
| Общая оценка               | 9,0 $\pm$ 7,5            | 10,7 $\pm$ 7,9        | 7,4 $\pm$ 6,6        | 25,76**  | 4,9              |
| Эмоциональные расстройства | 3,0 $\pm$ 2,4            | 3,3 $\pm$ 2,4         | 2,8 $\pm$ 2,4        | 4,49*    | 0,9              |
| Отклонения в поведении     | 3,8 $\pm$ 3,9            | 4,9 $\pm$ 4,2         | 2,8 $\pm$ 3,3        | 40,61**  | 7,6              |
| Гиперактивность            | 1,9 $\pm$ 1,9            | 2,4 $\pm$ 1,9         | 1,4 $\pm$ 1,7        | 43,56**  | 8,1              |

\*p < 0,05; \*\* p < 0,001.

Среди отдельных симптомов учителя чаще всего называли: неусидчивость (п. 1. “Очень непоседлив, трудно усидеть на одном месте долгое время” и п. 3. “Вертится и суетится” отмечены у 65,9% мальчиков и 43% девочек), беспокойство (п. 7. “Часто беспокоится и волнуется по разным поводам” отмечен у 58,6% мальчиков и 53,8% девочек, п. 18. “Беспокоен и требует к себе особого внимания” отмечен у 50,8% мальчиков и 41% девочек) и непослушание (п. 15 отмечен у 59,1% мальчиков и 37,5% девочек). При обследовании 11-13-летних китайских детей, посещавших школу при Академии наук (Ekblad, 1990), учителя чаще всего отмечали непослушание (у 22% мальчиков и 3% девочек), непопулярность у других детей (у 18% мальчиков и 7% девочек) и агрессивность (у 19% мальчиков и 4% девочек).

Неусидчивость и беспокойство, отмеченные учителями у большинства обследованных детей, можно объяснить двояко. С одной стороны, они могут свидетельствовать о неблагоприятном состоянии самих детей. С другой стороны, нельзя исключить вероятность нереалистических требований учителей к усидчивости детей и необходимому им количеству внимания. В пользу первой трактовки говорят данные юношеского опросника, подтверждающие неблагоприятное эмоциональное состояние обследованных детей. Однако для определенного утверждения о психическом неблагополучии школьников необходимы дальнейшие исследования.

Сравнение некоторых отклонений в поведении, выявленных в настоящем исследовании с помощью учительских опросников, с аналогичными данными из других стран, приведенными в работе С. Экблад (Ekblad, 1990), дано на рис. 1. Обращает на себя внимание, что наши дети значительно чаще прогуливают школу, чем дети в других странах (мальчики - в 6-8 раз чаще, чем в Англии и Китае, и многократно чаще, чем в Новой Зеландии; девочки - в десятки раз чаще, чем в других странах). Кроме того, наши дети значительно чаще лгут (мальчики в 2,5-3,5 раза чаще, чем в Англии, Новой Зеландии и Китае; девочки - в 3 раза чаще, чем в Новой Зеландии, почти в 5 раз чаще, чем коренные жители Англии, в 12 раз чаще, чем в Китае, и в 1,3-1,2 раза чаще, чем иммигранты в Англии).

Воровство у мальчиков отмечалось примерно так же часто, как в Новой Зеландии (в 2 раза чаще, чем у коренных жителей Англии, в 4 раза чаще, чем в Китае, но в 2 раза реже, чем у иммигрантов в Англии). У девочек воровство отмечалось примерно так же, как в Новой Зеландии, в 3 раза реже, чем у иммигрантов в Англии, но в 3 раза чаще, чем у коренных жителей Англии, и значительно чаще, чем в Китае, где воровства среди девочек учителями почти не отмечено.

Психосоматические симптомы (признаки эмоциональных расстройств), выявленные в настоящем исследовании, показаны на рис. 2 в сравнении с данными, приведенными С. Экблад (Ekblad, 1990). Обследованные нами российские школьники грызли ногти в школе примерно так же часто, как дети в Англии, но значительно чаще, чем в Китае и Новой Зеландии. Тики (судороги, вычурные движения или подергивания лица и туловища) отмечались несколько чаще, чем в Англии, примерно в 2 раза чаще, чем в Новой Зеландии, и многократно чаще, чем в Китае. Дети сосали палец примерно так же часто, как в Англии, и реже, чем в Новой Зеландии и Китае. Заикание у мальчиков наблюдалось несколько чаще, чем в Китае, но в 1,5 раза реже, чем в Новой Зеландии, и в 3 раза реже, чем в Англии. У девочек заикание наблюдалось немного чаще, чем в других странах.

Проведенные сравнения обрисовывают удручающую картину: частота прогулов школы и лжи у обследованных детей обоего пола и воровства у мальчиков многократно превышала известные из литературы показатели. Малоутешительным кажется и сходство наших детей с иммигрантами из Вест-Индии. В надежности этих данных значительно труднее усомниться, чем в учительских оценках усидчивости и беспокойства, рассмотренных ранее, так как прогулы школы, ложь и воровство являются достаточно объективными поведенческими показателями, не зависящими от взглядов самого учителя. Более того, рядом исследователей отмечено, что в России более терпимое отношение ко лжи, чем в других странах (Экман, 1993; Хьюитт, 1992). В то же время психосоматические симптомы в нашем исследовании наблюдались учителями у детей примерно так же часто, как и в других странах.

Дети, нуждающиеся в дальнейшем обследовании и коррекции. Как видно из табл. 1, среднее значение общего числа отклонений в нашей выборке (9 баллов) равнялось пороговой величине, установленной в исследованиях М. Раттера в качестве критерия для отнесения ребенка к группе риска (ОО = 9). При установлении пограничных значений обычно исходят из предположения о том, что 10% детей имеют выраженные отклонения, 10% относятся к пограничной группе, а 80% здоровы (Meltzer et al., 2000).

В аналогичных исследованиях, применявших учительский опросник М. Раттера у 12-15 летних японских школьников (Morita et al., 1993) и у 11-13-летних китайских детей (Ekblad, 1990), величина группы риска составила соответственно 7,3% и 8,6%. В развивающихся странах встречаемость отклонений несколько выше, но не превышает 20% (Mullick, Goodman, 2001).

В отечественной литературе в последнее время отмечается тенденция к снижению приспособленности и повышению частоты психических расстройств у детей и подростков (Борзов, Положий, 1993); при этом можно встретить данные о том, что от 40% до 70% российских школьников имеют отклонения психического здоровья (Дербенев, 1997; Шеметова, Дашиева, 1998). Можно ожидать, что в нашей стране, находящейся в переходном периоде развития, у детей будут чаще встречаться нарушения психического здо-

ровья, чем в благополучных странах, однако трудно согласиться с тем, что дети с выраженными отклонениями, нуждающиеся в помощи специалистов, могут составлять существенную часть населения.

Столь существенные различия в статистике, скорее всего, объясняются различными подходами к выявлению отклонений психического здоровья. В настоящее время все большее число исследователей приходят к согласию о том, что если диагностировать только на основании соответствия имеющейся симптоматики признакам, отмеченным в классификации, встречаемость отклонений оказывается неоправданно высокой (Goodman, 1999). Подобным образом встречаемость психических расстройств среди 4-16-летних детей и подростков в Пуэрто-Рико была оценена в 49,5% (Bird et al., 1998; цит. по: Goodman, 1999), а частота отклонений психического здоровья среди 8-16-летних жителей штата Вирджиния, США, оказалась равной 42% (Simonoff et al., 1997; цит. по: Goodman, 1999).

В связи с этим последние классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 и DSM-IV оговаривают, что в большинстве случаев психических отклонений у детей диагноз не может быть поставлен, если имеющиеся симптомы не приводят к значительному расстройству или нарушению социальных функций. Учитывая это, можно полагать, что при использовании этого критерия, частота отклонений психического здоровья у российских детей окажется сопоставимой с показателями других стран. Для окончательного решения этого вопроса необходимы дальнейшие исследования с применением стандартизованных обоснованных скрининговых методик, таких, например, как опросник «Сильные стороны и трудности» с дополнением о влиянии отклонений на важнейшие сферы жизни ребенка (домашняя жизнь, дружеские отношения, учеба в школе, занятия в свободное время, Goodman, 1999).

Тем не менее, поскольку среднее значение отклонений в нашем исследовании равнялось пороговой величине, установленной авторами для выделения группы риска, можно говорить об определенном неблагополучии обследованных детей. Это означает, что при использовании британских пороговых значений 43% российских школьников могут быть отнесены к группе риска. Как видно из сказанного выше, эти данные согласуются и с отечественной статистикой, полученной в клинко-эпидемиологических исследованиях ((Борзов, Положий, 1993; Шеметова, Дашиева, 1998).

Для более детального изучения группы риска было выбрано 135 учеников, у которых общая оценка отклонений, по данным учительских опросников, была равна или превысила пороговую величину 13 баллов (75-й процентиль оценки ОО). В группе риска было почти в 2 раза больше мальчиков, чем девочек (88 и 47 соответственно). Такое же соотношение между мальчиками и девочками (2,7/1) наблюдалось в Японии. Преобладали ОП (у мальчиков они наблюдались в 81,3% случаев, у девочек - в 62,5%); ЭР встречались у 15,6% мальчиков и 28,1% девочек. У мальчиков ОП встречались в 5,2 раза чаще, чем ЭР (для сравнения: в Китае соотношение ОП : ЭР у мальчиков группы риска составило 4/1). У девочек ОП встречались в 2,2 раза чаще, чем ЭР (в других странах у девочек, как правило, преобладают ЭР; в Японии, например, они встречались в 4,8 раза чаще, чем ОП, Morita et al., 1993). Значительное преобладание ОП над ЭР в группе риска характерно для развивающихся стран; в западной культуре доля ЭР выше. Поэтому очень высокое соотношение ОП : ЭР у мальчиков наряду с преобладанием ОП у девочек можно оценить как неблагоприятное.

Помимо основного критерия выделения группы риска ( $ОУ \geq 13$ ) можно учитывать и значения показателей ЭР, ОП и ГА превышающие 75-й процентиль. Сочетание оценок  $ЭР > 4$ ,  $ПР > 6$  и  $ГА > 3$  выявлено у 141 ребенка. Соотношение мальчиков и девочек (2/1) в этой подгруппе достоверно не отличалось от такового в основной группе риска. Неблагоприятное сочетание ОП и ГА выявлено у 35 детей. В этой подгруппе соотношение мальчиков и девочек (25 : 10) также не отличалось от основной группы риска. Сочетание ОП с ЭР наблюдалось у 16 детей (9 девочек и 7 мальчиков). Относительно большое число девочек в этой подгруппе согласуется с их большей подверженностью ЭР. Сочетание ОП с ЭР у мальчиков является относительно благоприятным.

### **Заключение**

Результаты обследования говорят о неблагополучном состоянии психического здоровья российских школьников. В целом 44% обследованных детей можно отнести к группе риска. В группе риска преобладают отклонения в поведении - агрессивность по отношению к другим детям, порча вещей, непослушание, ложь и воровство. Более чем половина обследованных детей отличается неусидчивостью и беспокойством. Значения этих показателей многократно превышают известные из литературы величины, полученные в других странах. При этом частота невротических симптомов, отмеченных учителями, в целом соответствует величинам, полученным в других странах.

Для разработки рекомендаций желательно данные настоящего медико-психологического обследования сопоставить с показателями социальной приспособленности (занятия, круг общения и отношения с близкими людьми) и школьной успеваемости детей. Желательно проконтролировать социально-экономические обстоятельства жизни детей (состав семьи и род деятельности родителей или опекунов) и их интеллектуальный уровень.

Можно предположить, что несмотря на культурные различия и неблагоприятную экономическую и социальную ситуацию в нашей стране наиболее значимые для успеваемости и психического здоровья

детей факторы, выделенные М. Раттером, будут в определенных пределах играть свою роль и в школах Новосибирска. Поэтому мы перечислим их здесь более подробно.

Награды и похвала. Существенное влияние на успеваемость и поведение детей оказывали похвала за работу на уроке, публичная похвала за учебу и хорошее поведение, награждение детей на школьных собраниях и выставление успехов учеников на стенах для всеобщего обозрения (чем больше были представлены работа на стенах, тем лучше были результаты экзаменов).

Условия в школе. Комфортная обстановка способствовала принятию учениками школьных норм и ценностей. Наибольшее значение имели: возможность использовать здание на переменах, доступ к телефону и доступность горячих напитков. Важно было, чтобы ученики видели заботу учителей о школьном здании и кабинетах. И, наконец, успеваемость и поведение были лучше, если ученики считали, что они всегда могут обратиться к учителям за советом и помощью.

Ответственность и участие учеников в жизни школы. Успеваемость и поведение были лучше в тех школах, где большая доля учеников имела какие-либо должности (например, ответственного форму, за домашние задания и др.) и там, где ученики несли большую ответственность за свои учебники, пособия и принадлежности для письма.

Сильный упор на успехи в учебе. В целом между временем, потраченным на какой-либо предмет, и успеваемостью по этому предмету была положительная связь. В школах, где домашнюю работу задавали больше и чаще, успеваемость детей и их поведение были лучше. И большое значение имела уверенность учителей, что дети могут и будут хорошо учиться.

Пример, подаваемый учителями. Имело значение, чтобы учителя вовремя начинали и заканчивали уроки, не реагировали на провокации и деструктивное поведение частыми замечаниями и наказаниями. Важно было также, чтобы учителя заботились об оформлении здания школы и классов и в любое время соглашались обсудить проблемы, волнующие учеников.

Управление классом. Чем больше времени тратил учитель на уроке на установку оборудования и раздачу материала, тем хуже было поведение учеников. Опытные учителя большую часть времени обращались к классу в целом, а не к отдельным ученикам. Лучше всего дисциплина там, где педагог устанавливал ее ненавязчивыми тихими замечаниями, а не криком, обращал внимание на хорошее поведение, а не на плохое, но при необходимости быстро реагировал на деструкцию.

Организация работы педагогического коллектива. Оказалось важным, чтобы учебный план и подход к дисциплине согласовывались в коллективе и поддерживались всеми педагогами. Это способствовало преемственности и давало учителям возможность поддерживать друг друга в трудных ситуациях. Поведение учеников было лучше в тех школах, где дисциплина основывалась на определенных принципах, а не там, где учителя действовали сами по себе. При этом было не столь важно, какие именно правила установлены и какие приемы применяются; имел значение сам факт установления в школе определенных принципов и порядков, признанных всеми. Наилучшие результаты были в тех школах, где лидерство и принятие решений на верхнем уровне сочетались с таким процессом выработки решения, при котором все учителя чувствовали, что их взгляды представлены и всерьез учтены. Имело значение, чтобы выполнение учебных планов и соблюдение принятых порядков регулярно проверялось старшими членами коллектива.

В пользу предложенного говорит и то, что эти мероприятия не требуют дополнительных затрат, могут осуществляться в любой школе и, в отличие от различного рода экспериментальных воздействий, не несут угрозу ухудшить ситуацию в школе. Конечно, особенности нашей культуры и социально-экономических условий могут потребовать специфических подходов к образованию и укреплению психического здоровья детей. Но в целом установление порядка в школе и улучшение настроения и самооценки детей должно благотворно сказаться на их успеваемости, эмоциональном состоянии и поведении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Грей Дж. (1987). Нейропсихология эмоций и структура личности. *Журнал высшей нервной деятельности*, 37, Вып. 6, 1011-1024.
2. Борзов С.П., Положий Б.С. (1993). Состояние психического здоровья детей младшего школьного возраста и возможные направления психопрофилактической помощи. *Профилактика нервно-психических заболеваний*. Томск: НИИ психического здоровья СО РАМН, 22-23.
3. Дербенев Д.П. (1997). Состояние психического здоровья городских подростков с неадекватным поведением и делинквентов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 97, № 8, 48-52.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. - СПб., Б.г. - 208 с.
5. Шеметова Л.Я., Дашиева Б.А. (1998). Клинико-эпидемиологические исследования школьников и разработка психопрофилактических программ. *Психическое здоровье детей и подростков*. Томск- Кемерово: НИИ психического здоровья СО РАМН, 126-129.
6. Ушаков Г. К. (1987). *Пограничные нервно-психические расстройства*. Москва: Медицина.

7. Эжман П. (1993). *Почему дети лгут?* - Москва: Педагогика-Пресс.
8. Хьюитт К. (1992). *Понять Британию. Реальности западной культуры для озадаченного гостя из России*: Пер. с англ. - Пермь: Книжный мир.
9. Achenbach T. M. (1993). Taxonomy and comorbidity of conduct problems: evidence from empirically based approaches. *Development and Psychopathology*, **5**, 51-64.
10. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
11. Asendorpf J. (1994). The malleability of behavioral inhibition: A study of individual developmental functions. *Developmental Psychology*, **30**, 912-919.
12. Carter, A. S., Grigorenko, E. L. & Pauls, D. L. (1995). A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **23**, 661-684.
13. Compas B. E., Howell D. C., Phares V. et al. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **57**, 732-740.
14. Ekblad S. (1990). The children's Behavior Questionnaire for completion by parents and teachers in a Chinese sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **31**, 775-791.
15. Goodman R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **35**, 1483-1494.
16. Goodman, R. (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **40**, 791-801.
17. Goodman, R., Scott, S. *Child psychiatry*. - Blackwell Science. 1998. - P. 328.
18. Goodyer I. M. (1990). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **31**, 161-192.
19. Kagan J., Reznick J. S., Clarke C., Snidman N. & Garcia-Call C. (1985). Behavioral inhibition to the unfamiliar. In S. Chess & M.E. Hertzig (Eds.), *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* (pp. 280-303). New York: Bruner/Mazel.
20. Levitt M.J., Guacci-Franco N. & Levitt J. (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: structure and function. *Developmental Psychology*, **29**, 811-818.
21. Lytton H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, **26**, 683-697.
22. Magnusson D. (1992). Individual development: a longitudinal perspective. *European Journal of Personality*, **6**, 119-138.
23. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, T. (2000) *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office.
24. Moffitt T. E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. *Child Development*, **61**, 893-910.
25. Moffitt T. E. (1993a). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, **5**, 135-151.
26. Moffitt T. E. (1993b). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, **100**, 674-701.
27. Morita H., Suzuki M., Suzuki S. & Karmoshita S. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**, 317-332.
28. Mullick, M., Goodman, R. (2001) Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **36**, 94-99
29. Offord D. R., Boyle M. H. & Racine Y. (1990). Ontario Child Health Study: Correlates of disorder In: S. Chess and M. Hertzig (Eds.). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* (pp. 194-204). New York: Brunner/Mazel.
30. Rutter M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **8**, 1-11.
31. Rutter M. (1981). School influences on children's behavior and development: The 1979 Kenneth Blackfan Lecture, Children's Hospital Medical Center, Boston. In: S. Chess and A. Thomas (Eds.), *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* (pp. 170-197). New York: Brunner/Mazel.
32. Rutter M., Maughan B., Mortimore P. et al. (1979). Fifteen thousand hours: secondary schools and their effects on children. London, Open Books.
33. Rutter M. & Sandberg S. (1985). Epidemiology of child psychiatric disorder: Methodological issues and some substantive findings.
34. Rutter M., Tizard J. & Whitmore K. (Eds.), (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longman.
35. Quay H. C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical

perspective. *Development and Psychopathology*, **5**, 165-180.

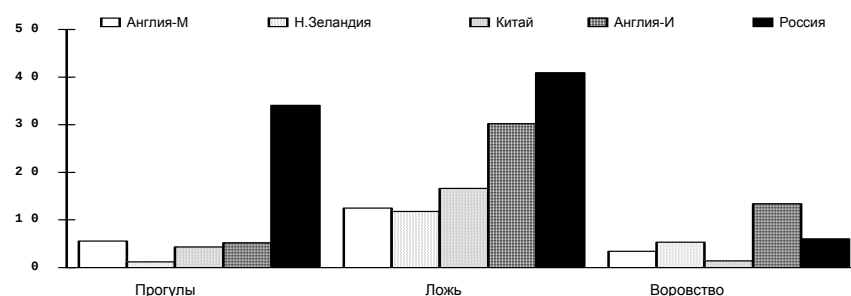
36. Steinfeld B. I. (1990). Adolescent development and psychopathology. In: E. L. Feindler & G. R. Kalfus (Eds.), *Adolescent Behavior Therapy Handbook* (pp. 107-123). New York: Springer.

37. Susman E. J. (1993). Psychological, contextual, and psychobiological interactions: A developmental perspective on conduct disorder. *Development and Psychopathology*, **5**, 181-189.

38. Tremblay R. E. & Craig W. M. (1995). Developmental crime prevention. In: M. Tonry & D. P. Farrington (Eds.), *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention* (pp. 151-236). Chicago: The University of Chicago Press.

39. Walker J. L., Lahey B. B., Russo M. F. et al. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 187-191.

#### Мальчики



#### Девочки

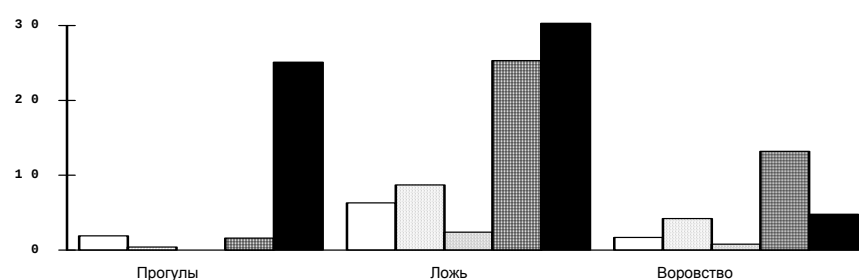
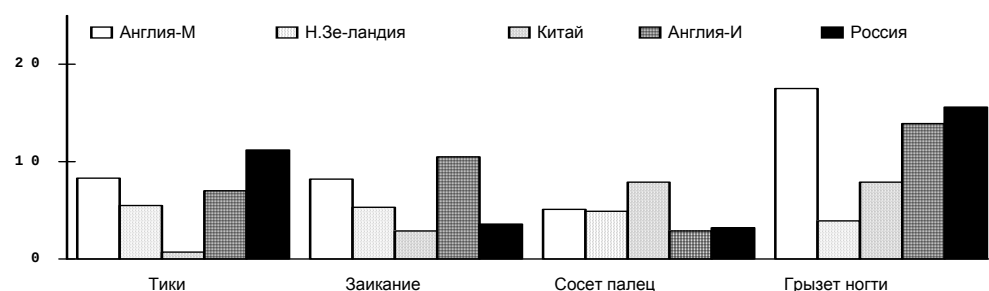


Рис. 1. Отклонения в поведении школьников разных стран по данным учителей.

#### Мальчики



#### Девочки

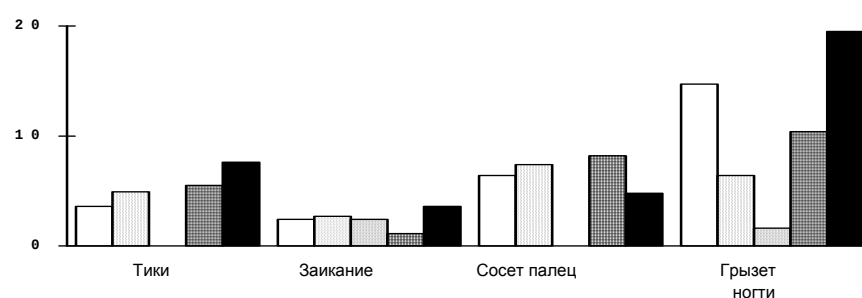


Рис. 2. Невротические симптомы у школьников разных стран по данным учителей

Р. М. Грановская, М. С. Гринева, Д. В. Третьяков  
**ДЕТИ И КОМПЬЮТЕРЫ**

**Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. Санкт-Петербург.**

Во все времена и во все эпохи существовала «проблема отцов и детей», каждое следующее поколение, глядя на молодежь, неизменно произносит, вздыхая: «А вот в наше время...». Это было и в каменном веке, и в бронзовом, и в «золотом» XIX, то же самое происходит и сейчас, в век компьютеров.

А что же, собственно говоря, происходит?

Компьютеры – венец человеческой мысли конца XX века, на него возлагаются основные надежды на грядущие успехи нового тысячелетия. Что принесло это в нашу жизнь? Как отражается на молодом поколении, которое и будет этих успехов достигать?

Рассмотрим различные аспекты взаимодействия детей и компьютеров.

### **1. Медицинский аспект.**

Самым очевидным, на наш взгляд, является тот вред, который это взаимодействие наносит физическому здоровью: длительное сидение за монитором может вызвать сухость и резь в глазах, проблемы со зрением, головные боли; длительное сидение как таковое – большая нагрузка для позвоночника и часто приводит к болям в спине, нарушениям осанки; интенсивное управление мышкой, джойстиком или клавиатурой приводит к излишнему напряжению в отдельных мышцах и нервных стволах рук – «синдром карпального канала». [7]

Все это, в принципе, относится к любому процессу деятельности, связанному с «сидячей» работой и большой нагрузкой на зрительную систему. Однако когда речь идет о работе (например, оператора), то существуют нормы СЭС, статьи КЗОТа, которые регламентируют время непрерывного нахождения за монитором – не более 6 часов, с перерывами на 5-10 минут в течение каждого часа [13]. Подчеркиваем, эти нормы рассчитаны на ВЗРОСЛЫХ людей, для детей же все эти показатели должны быть гораздо более жесткими; и если в учебных учреждениях их соблюдают, то в домашней обстановке родители далеко не всегда в состоянии контролировать своего ребенка, в компьютерных клубах же на это никто не обращает внимания совсем.

Еще один негативный в плане физического развития момент – это резкое преобладание зрительной информации над прочей. И если слуховой анализатор еще как-то задействуется, то кинестетический и тактильный не используются совсем. Можно возразить, что и в процессе обычной школьной учебы дети подвержены подобным нагрузкам, например, на уроках письма, чтения, рисования. Но, во-первых, эти уроки проходят под наблюдением педагогов, которые следят за физическим состоянием детей, особенно младших школьников, и чередуют сидение за партой физкультминутками, а во-вторых, хотя в некоторых типах компьютерных игр (например, Simulation Games) и требуется высокая сенсомоторная координация, мелкая моторика практически не развивается, в то время как уроки письма и рисования направлены именно на ее развитие. (Неразвитость же мелкой моторики приводит к проблемам с развитием речи.)

### **2. Обучение.**

Применение компьютера в качестве средства тренинга позволяет решить проблему ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ, поскольку может быть реализована предварительная диагностика. Она предполагает сбор, накопление и анализ информации о состоянии данного человека и на этой основе соответствующий выбор трассировки продвижения. Кроме того, в рамках новых технологий возможно посещение различных ВИРТУАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ, работа в которых тоже может подстраиваться и предлагать индивидуальную, оптимальную для данного человека, траекторию усвоения материала. Если кто-то хочет обследовать поверхность Марса, то значительно безопаснее сделать это через виртуальную реальность.

Ребенок учится, общаясь с компьютером, не только используя специальные обучающие программы, но когда просто играет. Более того, большинство обучающих программ реализовано в форме игр. Основной и, на наш взгляд, самый важный положительный момент, связанный с использованием компьютеров в процессе обучения, – это ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СВОИМ ОШИБКАМ. Многовековая традиция прививала человеку страх наказания за сделанные ошибки. Вместе с тем, боязнь совершить ошибку парализует творческие порывы. Найдя некоторое решение, ребенок быстро перестает искать новые пути и способы, потому что ошибки чреваты негативными эмоциями, а в результате тормозится продвижение к оптимальному решению. В условиях общения с компьютером сообщения об ошибках (низкие баллы) не влекут за собой унизительных последствий и, наоборот, начинают выполнять свою истинную роль – ИНДИКАТОРА ПРОДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД. Чем быстрее найдена и устранена ошибка, тем стремительнее движение вперед. УПЛОТНЯЯ ВРЕМЯ, компьютеры организуют контакт с собст-

венными ошибками. В реальности произвести коррекцию часто невозможно, поскольку совершаемые ошибки становятся явными слишком поздно, чтобы можно было успеть перестроить свое поведение, а побочные влияния могут вообще не обнаружиться явно. Благодаря этому происходит сдвиг **ИГРОВЫХ МОТИВОВ** на **ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ**. Однако здесь есть опасность того, что ребенок, перенося подобное отношение к ошибкам на реальную жизнь (оно, в общем-то, свойственно людям творческим, целеустремленным), будет ожидать такой же легкости в исправлении ошибок, что может резко повысить склонность к риску и привести к безответственному поведению.

Использование компьютеров меняет **ТЕХНОЛОГИЮ ТВОРЧЕСТВА**. Во-первых, они **ИНТЕНСИФИЦИРУЮТ** продвижение за счет чередования информационного и практического обучения с включением эмоциональных моментов, повышающих привлекательность и удовлетворенность деятельностью. Интенсификация осуществляется **ОДНОВРЕМЕННОСТЬЮ** включения текстовой информации с графической, которая может быть цветной, динамичной, контрастной, представлена в разных ассоциативных связях, что влияет на эмоциональную и волевую сферы. Такие игры развивают навыки общения на языке постоянно меняющихся форм и скоростей, раскачивая тем самым **ПОДВИЖНОСТЬ** высшей нервной деятельности, повышая ее **ТОЧНОСТЬ**. В этих условиях процесс познания ускоряется не только за счет наглядности, динамичности, красочности изображения, но и вследствие освобождения интеллекта от рутинной работы по проведению громоздких вычислений, что позволяет сконцентрировать внимание на творческой стороне решаемой задачи. Однако надо учитывать, что компьютер как вычислительная машина не избавляет от необходимости **ПОНИМАТЬ**, как именно производить различные вычисления. Многие школьники очень неохотно изучают математические методы, оправдывая это тем, что все равно они все будут решать на компьютере. Требуется большой опыт, такт и терпение со стороны педагогов, чтобы разъяснить им, что данные знания необходимы для выбора конкретного способа вычислений в нужной задаче, и незнание азов ведет к зависимости от 1-2 усвоенных методик и невозможности творческого подхода к решению.

Логические игры – прекрасный инструмент для тренировки и развития интеллекта. Особый интерес для развития **ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ** представляют игры, требующие конструирования из заданного множества элементов механизмов, выполняющих заданные функции. Примером может служить игра «Невероятная машина». Здесь к решению задачи ведет способность к нестандартному использованию «деталей». Фактически, это набор головоломок разной степени сложности. В каждой из них игроку необходимо собрать «дикий», «немыслимый» механизм из заданного комплекта частей. В дело идут шестеренки, мячики, вентиляторы, воздушные шарики, куски веревки, ножницы, боксерские перчатки. Из всего этого хлама и требуется собрать машину. Существенно, что в игре нет лимита времени и неограниченное число попыток. Собранный механический монстр, к которому все части, на первый взгляд, хаотичны и нефункциональны, в итоге способен выполнять свои задачи, что и доставляет большое и законное удовольствие, служащее подкреплением затраченным усилиям.

**УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ИГРЫ** требуют масштабного, **СТРАТЕГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ**. Здесь игроку может быть предложено стать мэром большого современного города, руководить его развитием в неблагоприятных условиях внешних воздействий, поспевая за стремительно меняющейся обстановкой, или же заняться большим бизнесом и, начав «с нуля», построить гигантскую транспортную империю, или, наконец, стать правителем первобытной страны и создать на ее территории цивилизованное государство, своевременно принимая меры по развитию науки и техники, здравоохранения и военного дела, решая одновременно и межгосударственные проблемы. Нам нужно обратить внимание на развитие важного для будущего руководителя и менеджера умения задавать вопросы. Так, при игре в «Лохазен» преимущество показывают не только те игроки, которые задают больше вопросов и с их помощью проверяют больше гипотез, но и те из них, кто чаще спрашивает «ПОЧЕМУ?», чем «ЕСТЬ ЛИ?». Эти игроки оказываются способны учесть больше побочных, нелинейных и отдаленных влияний. Эти игры позволяют получить навык в использовании полезных советов, содержащихся в инструкции, что является непременным условием выигрыша.

Основная опасность, подстерегающая человека, увлеченного стратегической игрой, – полностью забыть о времени. Дело в том, что внутри игры идет свой временной отсчет, своя скорость течения времени (в некоторых играх ее задает сам играющий по своему выбору), а в результате полностью подавляется ощущение реального течения времени. Очень часто, даже взрослые люди, присев на «полчасика» поиграть, например, в «Civilization-2», в какой-то момент обнаруживают, что просидели за компьютером более 3-4 часов. Мы считаем, что это не тот случай, когда можно говорить о кибераддикции [8], скорее ситуация подобна той, которая возникает при чтении увлекательной книги (чтение «запоем»). И сложности, возникающие у родителей при попытке «оторвать» свое чадо от монитора, подобны тем, с какими сталкивались их собственные мамы, извлекая их из-под одеяла с фонариком и томиком Жюль Верна.

Но, в отличие от чтения, такое времяпрепровождение в большей степени чревато медицинскими последствиями, о чем уже говорилось выше. Данная особенность стратегических (и не только) компьютерных игр – затягивание – была уже давно подмечена владельцами компьютерных клубов, которые именно на этом и «делают деньги», подобно владельцам казино. Однако о финансовом аспекте взаимодействия с компьютером мы поговорим чуть позже.

Неожиданный положительный момент в увлечении играми может быть обнаружен, если обратить внимание на страну-изготовителя каждой конкретной игры, точнее на язык, на котором говорят герои игр, пишутся пояснения, инструкции, подсказки. Большинство из них используют английский – не только потому, что сделаны в англоязычных странах, но и чтобы быть доступными максимальному количеству потребителей. Это обстоятельство побуждает детей к изучению языка, более того, сам этого не замечая, ребенок в процессе англоязычной игры запоминает достаточно большое количество новых слов. Беда лишь в том, что зачастую мультипликационные герои игр очень нечетко произносят слова, давая неверное, искаженное произношение, да и сам лексикон многих игр не «блещет» интеллектуальностью. В этом плане выгодно отличаются различные обучающие иностранным языкам программы, которые, сохраняя игровую форму, не забывают о качественном содержании. Что же касается перевода компьютерных игр, то он, как правило, настолько непрофессионален, что не передает ни юмор, ни литературную прелесть оригинала, и уж тем более не учитывает национальную специфику речи.

Стоит сказать еще о целом комплексе проблем, связанных с тем влиянием, которое оказывают компьютеры на процесс обучения. И прежде всего – это **НЕРАВНОМЕРНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЗНАНИЙ** ребенка, обучающегося в процессе игр. Так, например, может оказаться, что, используя знания, полученные с помощью компьютера, ученик сильно опередил школьную программу по техническим предметам, но при этом значительно отстает по гуманитарным или, наоборот, отказывается изучать математику, объясняя это тем, что не видит в этом необходимости, т.к. предполагает все подобные задачи решать на компьютере (см. выше). Некоторые дети, привыкшие к работе с текстовыми программами, автоматически проверяющими пунктуацию и орфографию, не только не умеют самостоятельно проверять написанное, но и теряют навык грамотного письма. Все это осложняется тем, что, во-первых, проблема индивидуального обучения в нашей стране еще очень далека от решения, а во-вторых, к сожалению, очень многие учителя уступают своим ученикам по уровню компьютерной грамотности, что, в силу свойственного детской психике максимализма, приводит к падению их авторитета в глазах учеников. Таким образом педагоги, чьи советы родителям и детям могли бы максимально помочь справиться с данной проблемой, оказываются не просто изолированы от ее решения отрицательным настроением учеников («Да что они в компьютерах понимают?!»), но и сами, в силу отсутствия необходимых знаний, становятся источником противоречий («Да что они /ученики/ в этих компьютерах нашли?!»). Насколько нам известно, сейчас Министерство образования РФ и директора многих школ организуют различные курсы повышения квалификации учителей, на которых, в частности, им предоставляется возможность овладеть навыками работы на компьютере. К сожалению, в силу многих, в том числе и финансовых, проблем этот процесс идет еще очень медленно. На данный момент отсутствие необходимых компьютерных навыков у родителей и учителей, в силу глобальности восприятия ребенка, неизбежно ведет к **СНИЖЕНИЮ УВАЖЕНИЯ** к ним только на том основании, что они слабее владеют компьютерной техникой, а это, в свою очередь, приводит к **ДЕГУМАНИЗАЦИИ** общества.

Как известно, процесс вхождения человека в его родную культуру осуществляется посредством участия в межличностных ситуациях, т.е. через усвоение передающихся из поколения в поколение особенностей поведения. Анкетирование 538 подростков 9–16 лет показало следующий ход развития ценностных ориентаций: до 10 лет имеет место довольно существенное совпадение с ценностями родителей, которое в 11–14 лет уменьшается, но затем вновь возрастает к 16 годам. В этих условиях у подростков перенос образца с родителей на референтную группу постепенно возрастает. Здесь важно, что обесценивание родителей как морального эталона должно происходить параллельно с ростом признания абстрактных ценностей. Когда же, в связи с компьютеризацией, первая часть этого процесса развивается **ПРЕЖДЕВРЕМЕННО**, происходит значительная деформация личности.

Несколько слов необходимо сказать об **ИНТЕРНЕТЕ**. Он обеспечивает **ФОРМИРОВАНИЕ ОБЪЕДИНЯЮЩЕЙ ПЛАТФОРМЫ**, расширяет сферу общения, предоставляет огромные возможности для **ПОИСКА** различной информации. В то же время никто не гарантирует соответствие этой информации действительности, т.к. пока нет законов, регламентирующих, что можно размещать в Сети, а что нельзя. И если проблема доступа детей к порносайтам более или менее решается, то доступ к откровенно националистической информации или к сюжетам, связанным с насилием абсолютно свободен. Все это не может не вызывать опасений, учитывая особую ранимость и восприимчивость детской психики.

### 3. Усвоение национальных традиций.

Прочность национальной самоидентификации связана с сохранением в семье национальных традиций, воспринимаемых ребенком. Стереотипы усваиваются детьми очень рано, задолго до возникновения ясных представлений о тех группах, к которым они относятся, т.к. развиваются подражанием. Ощущение ребенком этнической принадлежности актуализирует АРЕХИТИПЫ, связанные с героическим, драматическим и жертвенным прошлым своего народа. Архетипы привлекательны, поскольку они выступают как инструмент поднятия самоуважения и достоинства этнической группы.

Следует отметить, что в настоящее время появилось большое количество компьютерных игр с национальным колоритом – это и виртуальные версии традиционных игр (таких, как «эрудит», «морской бой» и т.п.), и стратегические игры, основанные на реальных событиях русской истории, в которых предлагается самостоятельно выиграть, например, Невскую битву, более того, в ряде подобных зарубежных игр используются сценарии, основанные на реальных сражениях, выигранных Советской Армией в ходе Второй мировой войны. В тоже время, на современном компьютерном рынке (так же, как и на рынке видеопродукции) наблюдается огромное количество игр, которые, кроме как «неинтеллектуальными», назвать сложно. И если качественно сделанная стратегическая игра, учитывающая национальный колорит страны и эпохи (например, «Сегун»), может обогатить внутренний мир ребенка, внушить ему уважение к представителям других этносов, то увлечение «стрелялками» может помешать как усвоению национальных традиций, так и пониманию своеобразия различных культур и формированию национальной терпимости.

### 4. Компьютерные игры.

На эту тему уже немало написано, существуют различные классификации игр, изучается их влияние на психику, возможности и скорость формирования кибер-аддикций в зависимости от типа игры. Хочется отметить, что поскольку сюжеты многих игр включают погони и УБИЙСТВА, а в роли жертв выступают люди, то возникает ситуация снятия психологического барьера на подобные поступки. В ВИРТУАЛЬНОМ МИРЕ ВОЗНИКАЕТ ВИРТУАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Учитывая восприимчивость детей, это может привести к снижению ощущения ответственности в реальном мире.

### 5. Общение.

Навыки эффективного общения требуют общения. Важно, чтобы НЕ В ВИРТУАЛЬНОЙ, А В РЕАЛЬНОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ребенок ощутил себя неотрывной частью коллектива. Тогда, при взаимодействии с незнакомыми людьми нормализуются эмоциональная активность и агрессия – человек реже испытывает страх перед контактами и в большей степени контролирует свой гнев. Однако для этого необходимо ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ и РАЗНООБРАЗНОЕ общение. Общение через Интернет позволяет устанавливать связи с далекими людьми, СОХРАНЯЯ АНОНИМНОСТЬ и ограждая себя от чрезмерных претензий непосредственной близости. Когда ребенок, не имеющий необходимых навыков общения в реальности, но привыкший к регулярному «общению» в Сети, оказывается «извлеченным» из своего компьютерного мира, он обнаруживает, что его техническое мастерство в этом мире не имеет существенного значения, а его способность общаться с другими людьми в реальности радикально ослаблена.

Говоря об общении через Интернет, нельзя забывать и об Интернет-аддикциях, особенно если ребенок несколько аутичен и у него не сформирована способность к встрече с окружающим миром, другими и собственным «Я». Для таких детей первоочередной задачей становится развитие самой способности к общению с другими людьми, поскольку использование компьютеров позволяет добиться впечатляющего, но ЧАСТИЧНОГО УСПЕХА и должно обязательно сопровождаться реальным общением, ибо только оно (даже по мнению интернет-зависимых) ведет к улучшению самовосприятия и к счастью быть понимаемым.

### 6. Финансовый аспект.

В первую очередь, здесь надо сказать о том, что сам по себе компьютер – достаточно дорогое удовольствие. При средней стоимости современного компьютера \$600-\$800, мы можем утверждать, что не только не каждая семья, даже живущая в крупном городе (не говоря уже о провинции, где уровень жизни традиционно ниже), но и не каждая школа в состоянии себе позволить обзавестись подобным «агрегатом». Кроме этого, при покупке компьютера необходимо сознавать, для каких целей он будет использоваться. Дело в том, что для большинства УЧЕБНЫХ и РАБОЧИХ программ, используемых школьниками, среднего компьютера вполне достаточно, а вот для игр... Современные компьютерные игры развиваются в сторону все большего сближения с видеофильмами и все большего усложнения графики, ее объемности, а это требует все больших мощностей и быстродействия, более сложных (а значит и более дорогих) периферийных устройств.

Требуется рассмотрения еще один очень важный, на наш взгляд, момент – для молодежи компьютерная грамотность стала неотъемлемой частью жизни. В крупных городах подростки смотрят на своих то-

варищей, не владеющих навыками работы на компьютере, как на не умеющих читать или писать. В глазах подростков компьютер – это не только необходимо, но и престижно. И если еще лет 5 назад, чтобы не выделяться из своего окружения в негативном смысле, чтобы «быть на уровне» надо было слушать определенные кассеты, смотреть американские видеофильмы, читать книги популярных авторов, то теперь к этому прибавилась «необходимость» знать определенные компьютерные игры, и не просто уметь в них играть, но пройти некоторое количество уровней, демонстрируя этим не только свои технические навыки, интеллект, но и доступ к сложной, дорогой технике.

Для людей, не имеющих домашнего компьютера, (и для тех, чьи компьютеры не соответствуют возросшим техническим требованиям), выходом становятся компьютерные клубы. В них, правда, ходят и те, кто, имея дома хорошую машину, хочет просто поиграть в некоторые компьютерные игры, имея в качестве соперника не компьютер, а кого-либо из друзей. Это реализуется использованием локальной сети или Интернета, но услуги Интернет-провайдеров достаточно дороги, а качество связи обычно не слишком высоко, поэтому различные «турниры» по компьютерным играм проводятся, как правило, в компьютерных клубах. И тут мы вплотную подходим к еще одной, по нашему мнению, серьезнейшей проблеме: компьютерные клубы в России. Вы когда-нибудь заглядывали туда? Большого несоблюдения санитарно-гигиенических норм, касающихся работы за компьютером вообразить сложно! В плохо проветриваемом и скудно освещенном помещении площадью около 50 м<sup>2</sup> стоят рядами на столах более 50 машин. Основные посетители – дети и подростки, 90% - мальчики. По существующим санитарным нормам, требуется МИНИМУМ 3 м<sup>2</sup> на 1 компьютер, более того, «согласно действующим нормам, учащиеся 7 классов могут непрерывно работать с компьютером не более 20 минут. Норма непрерывной работы за компьютером для учащихся 8-9 классов - 25 минут, 10-11 классов - 30 минут на первом, 20 минут на втором уроке». В клубах же подростки проводят зачастую по 3-4, а то и по 6-8 часов подряд. Возникает ряд вопросов: 1. Откуда берется столько свободного времени? Ответ: в большинстве случаев за счет прогула школьных уроков или невыполнения домашних заданий (не говоря уже о занятиях спортом). 2. Час игры в таких клубах стоит от 10-15 рублей утром до 30-50 вечером. А откуда деньги у подростков? Допустим, некоторым из них деньги дают родители, кто-то экономит на завтраках, но ведь кибераддикция требует все большего времени игры, а значит и все больших денег (подобно наркотической зависимости). Конечно, эти суммы не сопоставимы с теми ценами, которые существуют на наркотики, но ведь и 300-400 рублей в неделю (а именно столько и тратят кибераддикты в клубах) для большинства семей очень существенны! К сожалению, следствием такой ситуации становится КРИМИНАЛИЗАЦИЯ молодежи. Очень интересный факт: нам неоднократно приходилось общаться с подростками, довольно много времени проводящими в компьютерных клубах (причем эти клубы находятся в разных частях города и принадлежат разным людям) и неоднократно в ответ на вопрос: “А где ты берешь деньги на игру?” нам доводилось слышать рассказы о неких «доброжелателях» - молодых людях, лет 18-20, которые одалживают подросткам деньги на игру и при этом не требуют возврата. К сожалению, ситуация слишком напоминает приобщение к наркотикам – «первая доза бесплатно!». Что, в конце концов, потребуют в качестве отдачи долга эти «доброжелатели» пока неясно, хотя очевидно, что их деятельность – не реклама и не благотворительность.

Вообще, на наш взгляд, ситуация, сложившаяся вокруг компьютерных клубов, требует незамедлительного вмешательства властей, особенно СЭС. Мы не призываем к их закрытию, наоборот, доступ к компьютерам как средствам работы, учебы, поиска информации, да и виду отдыха не должен быть ограничен, НО в цивилизованных условиях, полностью соответствующим санитарно-гигиеническим нормам!

В заключение мы хотим сказать, что использование компьютеров в процессе обучения стало реальностью, с которой невозможно не считаться. Однако следует помнить, что наряду с несомненными плюсами, которые несут компьютеры, существуют и негативные моменты. Нужны дополнительные исследования, которые позволят разработать новые методики преподавания и найти способы свести отрицательные последствия влияния компьютеров на детей к минимуму.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Грановская Р.М. «Развитие ребенка и компьютерные игры» ж. "Компьютерные инструменты в образовании" СПб, 1998, № 3/4.
2. Никольская И.М., Грановская Р.М. «Психологическая защита у детей».
3. Грановская Р.М., Никольская И.М. «Защита личности. (Психологические механизмы)»
4. Гринева М.С. «Взаимоотношения человека с компьютером» Вестник Балтийской Педагогической Академии вып.38, СПб, 2001.
5. Бурова В.А. «Кибераддикт – Человек Играющий».
6. Иванов М. «Влияние ролевых компьютерных игр на формирование психологической зависимости человека от компьютера». <http://flogiston.ru/projects/articles/gameaddict.shtml>

7. Иванов М. «Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека». <http://www.newsib.ru/club/docs/GameAddict.shtml>
8. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е. «Психологическое исследование мотивации пользователей Интернета».
9. Жичкина А. «Результаты исследования поведения в Интернете». <http://flogiston.ru/projects/articles/>
10. Зарецкий Д.В., Зарецкая З.А., Медведева С.В. «Соотношение компьютерных программ и учебника на начальном этапе обучения» АО ЭЛТИ-КУДИЦ, с/ш № 1531, г. Москва.
11. «Информационный сборник статистических и аналитических материалов: Анализ деятельности учреждений санэпидслужбы Российской Федерации по гигиене труда за 1991-1996 гг.» М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора МЗ РФ, 1997.

## ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ



Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова

### АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА И АНАЛИТИКО-СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: АСПЕКТЫ КОТЕРАПИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. Санкт-Петербург.

**Введение: актуальность выбранной темы.** Сразу хотим предупредить возможный вопрос читателя: «Почему аналитическая психодрама и семейная психотерапия рассматриваются вместе?».

Возможно несколько вариантов ответов на этот вопрос:

1) аналитическая психодрама и семейная психотерапия являются наиболее востребованными населением методами психотерапии в разных странах мира [1,2];

2) аналитическая психодрама, которая появилась в 1-й четверти XX века, оказала сильное влияние на развитие групповой психотерапии, а через прогресс последней - и на развитие семейной психотерапии. В настоящее время семейные психотерапевты, независимо от своих теоретических и практических ориентаций, широко используют в работе с семьями такие техники аналитической психодрамы, как психоскульптурирование [3, 4, 5];

3) семейная психотерапия, которая на начальных этапах своего развития представляла собой эклектику различных теорий личности и методов психотерапии – психоанализа, поведенческой психотерапии, аналитической психодрамы, гештальт-терапии, групповой психотерапии, – в настоящее время обрела признаки, позволяющие выделить ее в самостоятельное направление психотерапии;

4) близость аналитической психодрамы и семейной психотерапии определяется, в первую очередь, теми теоретическими концепциями, которые лежат в их основе, прежде всего, это психоанализ, который своим развитием вызвал на себя реакции как позитивного, так и негативного характера, тем самым подтвердив истинность своих основных положений. Именно благодаря противостоянию психоанализу родились аналитическая психодрама, гештальт-терапия и телесно-ориентированная психотерапия. В свою очередь, психоанализ явился основным источником понимания развития личности в онтогенезе, а эта методология была использована медицинскими, педагогическими и социальными психологами для выявления и понимания стадийности развития семьи.

Наш опыт показывает: что отдельно взятая личность, что психотерапевтическая группа, что семейная группа проходят фазы развития, которые отличаются содержанием, но имеют структурную идентичность. Мы делаем вывод об изоморфности процессов развития индивида, группы и семьи.

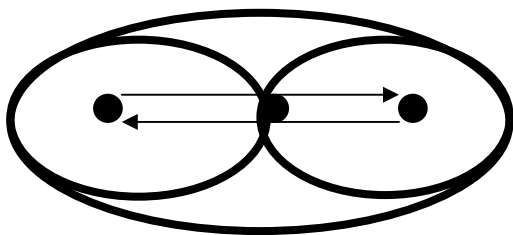
К примеру, для ребенка, находящегося на оральной фазе развития, основная потребность – «брать и отдавать», а основным источником удовлетворения ее и получения удовольствия являются мать и ее забота (физиологический симбиоз матери и младенца). Участники психотерапевтической группы, находящейся на 2-й фазе развития, бессознательно и отчасти осознанно ожидают от психотерапевта внимания, безопасности и «актов кормления» (удовлетворения потребности в заботе, зависимости, подчинении). Мужчина и женщина, которые выбрали друг друга для создания семьи, стремятся взаимно в максимальной степени удовлетворить потребности в интимности, во взаимопроникновении. В этот период их отношения носят характер «психологического симбиоза». Кстати, с нашей точки зрения, любые другие симбиотические отношения – «взрослый-взрослый», «взрослый-ребенок», «взрослый-подросток» - являются проблемными, отражающими незавершенность симбиотических отношений на ранних стадиях развития каждого участника симбиоза;

5) в основе аналитической психодрамы лежит теория Джекоба Леви Морено о ролевом взаимодействии. Он считал, что «исполнение роли первично по отношению к «Я». Роли не возникают из «Я», но «Я» может возникнуть из ролей [6]. Роли, ролевые ожидания, ролевое взаимодействие, эффективность или неэффективность в исполнении ролей – это те понятия, с помощью которых Д. Морено соединил фрейдистского «героя-одиночку» с социальными группами, в том числе и с семьей. Благодаря исследованиям В.М. Бехтерева, А.Ф. Лазурского, М.Я. Басова и В.Н. Мясищева и разработанной ими концепции «психологии отношений» стало очевидным, что личность развивается благодаря взаимодействию с другими личностями, которые выступают по отношению друг к другу как носители определенных ролей [5].

Д. Морено называл эллипс лучшей геометрической фигурой, метафорически отражающей взаимоотношения людей. Он выделял в эллипсе два полюса – 1 и 3, которые имели названия: взаимоотношение (эмоциональный компонент) и взаимодействие (поведенческий компонент). С момента знакомства с этой геометрической фигурой на семинаре Г. Лейц, проходившем в мае 1994 года, нас не оставляло чув-

ство некоей незавершенности; этот рисунок моделирует как внутри-, так и межличностные отношения. Напрашивается определенная аналогия с отношениями, по В.Н. Мясищеву: в отношении существуют три компонента – эмоциональный («что я чувствую»), когнитивный («что я думаю»), поведенческий («что я делаю»). Вслед за В.Н. Мясищевым, мы решили в геометрической фигуре эллипса Д.Л. Морено выделить еще один полюс – 2 – «что я знаю».

Рисунок 1. Компоненты внутри- и межролевого взаимодействия.



- 1) взаимоотношение (эмоциональный компонент)
- 2) когнитивный компонент
- 3) взаимодействие (поведенческий компонент)

С. Минухин [7] описал структуру базисных семейных ролей. О зрелости семьи можно судить по характеру распределения ролей, по эффективности их исполнения, по отсутствию патологизирующих семейных конфликтов, по гибкости изменений в исполнении ролей в зависимости от стадии развития семьи;

б) в отечественной литературе практически отсутствуют публикации о котерапии. С нашей точки зрения, когда в психотерапию вовлекаются дети, подростки, а также и взрослые, необходимо, чтобы с ними работала команда психотерапевтов. В групповой психотерапии минимальное количество психотерапевтов 1-2.

Цель нашей публикации – ознакомить читателей с нашим опытом проведения аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми, а также с разработанной нами моделью аналитико-системной семейной психотерапии, которая интегрировала в себя положения психоанализа, системного и нарративного подходов.

**Аналитическая психодрама и аспекты котерапии.** Аналитическая психодрама используется нами как метод индивидуальной и групповой психотерапии. Преимущество аналитической психодрамы перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык – язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна и детям, начиная с 4-5 лет, и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных психотравмирующих ситуациях.

Каждым из нас в отдельности и нами совместно была проведена психотерапия 64 пациентов разных возрастов с различными нервно-психическими расстройствами с использованием индивидуальной психотерапии продолжительностью от 4 до 20 сеансов длительностью по 1 часу каждый сеанс, 6 психотерапевтических групп (58 пациентов) аналитической психодрамы и 36 групп «личностного роста» для психологов и врачей (724 участника).

Начальный этап проведения аналитической психодрамы характеризовался высоким уровнем тревоги у всех участников, проявляющейся в крике, оцепенении, высокой двигательной активности участников.

До настоящего времени в отечественной литературе нет указаний на особенности динамики группового процесса в группах аналитической психодрамы. Наш опыт позволил выделить в развитии групп аналитической психодрамы 5 фаз.

*Первая (или нулевая, по [8]) – «фаза предгрупповой ситуации».* Психотерапевты знакомятся с клиентами, устанавливают раппорт, помогают им сформулировать психотерапевтический запрос, привыкнуть к необычной ситуации психологического взаимодействия между психотерапевтом/тами и клиентом, усилить у клиентов мотивацию на психотерапевтические изменения, необходимость пройти предусмотренные клиничко-психологические исследования. Мы сформулировали для себя правило, которым неизменно руководствуемся, – кто ведет группу, тот ее и формирует. Выполнение этого правила стимулирует переносные чувства членов группы с момента ее зарождения и до окончания работы группы. На первой фазе важное значение имеет психологическое состояние психотерапевта/тов, с какими чувствами и зачем они собирают очередную психотерапевтическую группу. В этот момент переживания котерапевтов напоминают переживания супругов, решивших завести ребенка. Чем более тщательно психотерапевты проведут инвентаризацию внутри- и межличностного пространства, тем выше шансы у группы на успешность работы.

*Вторая фаза – «фаза ориентации»,* которая имеет сходство по форме и содержанию с оральной

фазой психосексуального развития индивида по З. Фрейду. Ожидания всех участников группы связаны с тем, что психотерапевты их «накормят» - решат все их проблемы. В эмоциональном состоянии участников группы преобладают вера, надежда и тревога. Правила работы группы, которые обсуждались на предыдущей фазе и принимались всеми участниками, являются для большинства из них внешними, и хотя каждый участвует в играх и моделировании ситуаций, соприкасаясь при этом с собственными переживаниями, все участники уверены, что психотерапевты «волшебным образом» решат все их проблемы. На этой фазе используем те подвижные игры, в которых нет проигравших. Эти игры способствуют сплочению, снижают уровень тревоги, повышают внимание и спонтанность. На первом занятии второй фазы в группах подростков психотерапевты не настаивают изначально на рассадке в круге, а используют спонтанную рассадку участников, по очереди присоединяясь к отдельным участникам или малым группам. И лишь после оговаривания правил работы группы, объяснения того, что из себя представляет психотерапия и аналитическая психодрама, психотерапевты предлагают всем сесть в круг, причем первыми делают это сами.

*Третья фаза - «фаза переформулирования целей и перераспределения ответственности»* [9]. К этому моменту участники теряют веру и надежду на то, что обретут спокойствие и здоровье, усиливается тревожность, основной формой совладания с которой у детей, подростков и взрослых становятся апатия, раздражительность. Мы знаем, что группа в этот момент нуждается в особом внимании и поддержке со стороны психотерапевтов. Проявление агрессии в адрес психотерапевтов, спровоцированной ими самими, в группах взрослых пациентов может способствовать активизации самостоятельности, раскрепощенности.

В детских и подростковых группах мы не используем этот прием из-за низкой толерантности членов группы: стимуляция психотерапевтами агрессии на себя приведет к тому, что некоторые участники ее проявят, однако в дальнейшем это может сформировать у них переживание чувства вины. Популярная среди некоторых психотерапевтов точка зрения, что выражение агрессии на психотерапевтов на 3-й фазе поможет клиентам снять зависимость от психотерапевтов, не является, по нашему мнению, аксиомой. Более того, зависимость клиентов от психотерапевтов сохраняется до момента окончания психотерапевтических отношений. Переносы и контрпереносы являются самыми мощными катализаторами психотерапевтического процесса.

Мы считаем, что наилучшим разрешением коллизий 3-й фазы является обсуждение членами группы, включая психотерапевтов, тех отношений, которые сложились внутри группы, но не были до этого вербализованы. Технически это может быть осуществлено в виде дискуссии, когда каждый участник по кругу отвечает на вопросы: что происходит в группе, чего он хочет, какие он видит перспективы в изменении работы группы. Другие техники, которые мы используем – это различного рода социометрические игры («плот в бушующем море», «автомобиль», «заложники» и др.). Важно то, что эти игры или дискуссии привносят в группу не психотерапевты, а сами участники, задача же психотерапевтов - услышать и подкрепить те ключевые слова, в которых отражена суть происходящего в группе: «в группе туман... словно ходим по болоту... все закрыто, никто никого не знает...». Психотерапевты предлагают прояснить, что такое туман, кто есть кто в "тумане и на болоте", какие есть желания и что надо изменить в группе. В классических группах аналитической психодрамы прохождение 3-й фазы происходит опосредовано, во время моделирования и игр. Классическая аналитическая психодрама может длиться от 200 до 600 и более часов работы.

Мы в своей практике разработали модель групповой аналитической психодрамы продолжительностью 40 часов с периодичностью работы 3 раза в неделю по 2 часа сеанс. Вследствие такой интенсивной работы группы на 3-й фазе переживания участников имеют сильный характер, поэтому требуют кларификации и управления ими с помощью социометрических техник. Это мы считаем своим «ноу-хау» в создании модели краткосрочной групповой аналитической психодрамы. Задача котерапевтов на этой фазе, повторим, фазе, когда многие участники переживают сильные негативные чувства, поддерживать друг друга и участников группы.

Котерапевты в детских, подростковых, да и во взрослых группах – фигуры, вызывающие на себя переносы, связанные с родителями, бабушками, дедушками, учителями, начальниками, с собственным детством, с ощущением силы и бессилия. Котерапевты являются эталонными фигурами.

Эталонное поведение котерапевтов заключается в том, как они совладают с собственной тревожностью, с тревогой в группе, как они проводят переговоры между собой и как осуществляют кооперацию. Котерапевты не являются героями, великанами или волшебниками. Они самые обыкновенные люди, имеющие на первых этапах развития группы лишь одно небольшое преимущество, которое в дальнейшем станет принадлежностью каждого члена группы, – способностью быть зеркалом друг для друга.

*Четвертая фаза - «фаза зрелой группы»* [8]. Мы эту фазу называем «рабочей фазой». Не будем ос-

танавливаться на характеристиках этой фазы, которые есть в известных руководствах. Важно дать описание того, как проходит проигрывание психодрам.

Разумеется, проигрывание психодрам происходит с первого же занятия психотерапевтической группы. Сначала преобладает проигрывание различных историй, сочиненных в группе, сказок, затем участники начинают играть частные проблемы, не захватывающие целиком их внутри- и межличностное пространство, например, ситуации просьбы–отказа. Эти психодрамы носят характер ролевых игр и не предполагают исследования глубинных проблем. На 4-й фазе участники проигрывают психотравмирующие ситуации: отношения с учителями, друзьями, родителями и другими членами семей. Каждое занятие группы аналитической психодрамы состоит из 3-х фаз: 1) фаза «разогрева группы» – выяснение эмоционального состояния участников, желания/нежелания проиграть подготовительные игры, выявление протагониста и его рассказ о проблеме. Если в классической аналитической психодраме Д. Морено [1] право расспрашивать протагониста принадлежит только режиссеру и этого права лишен ассистент режиссера, то в нашем случае котерапевты, слушая протагониста, задают оба вопроса, которые позволяют согласованно восстанавливать контекст заявляемой проблемы.

Далее протагонист выбирает вспомогательные «эго», и с началом построения сцены группа переходит на 2-ю фазу сеанса аналитической психодрамы – «проигрывание собственно психодрамы».

Для разрешения проблемы протагониста мы используем базисные техники аналитической психодрамы в собственной модификации. В технике индивидуального разогрева вспомогательного «эго» в группах детей и подростков мы отказались от накладывания протагонистом рук на плечи вспомогательного «эго». Для многих подростков такое взаимодействие вызывало усиление тревоги, напряжение, обусловленное страхом сексуальных переживаний, что внешне проявлялось хохотом, потерей спонтанности. Вместо этого протагонист, стоя рядом со вспомогательным «эго», произносил от первого лица те слова, которые хотел дать исполнителю роли. Иногда мы используем технику дублирования: протагонист последовательно занимал место каждого вспомогательного «эго», произносил слова, а затем эти слова повторяли вспомогательные «эго». Такая техника способствовала не только стереоскопическому исследованию и познанию проблемы, но и дистанцированию от нее, и эмоциональному отреагированию. Эту технику, которая родилась в детских и подростковых группах, мы охотно используем в работе со взрослыми. Нами осуществлена модификация широко известной техники «семейная фотография» [10, 11]. Новшество заключается в том, что мы расспрашиваем протагониста, кто делает фотографию и предлагаем выбрать его (ее) среди членов группы. Именно на фотографа протагонист может спроецировать самые сильные переживания.

Приведем пример психодрамы с врачами и психологами, в которой мы впервые использовали эту модификацию. При проигрывании «фотографии» протагонист расположил себя и коллегу-врача, своего ровесника и профессионального конкурента, на качелях–доске, на концах которой они и сидели. При расспросе о том, кто делал фотографию, выяснилось, что это была молодая женщина-врач, коллега обоих участников фотографии, которая являлась объектом ухаживания обоих мужчин. Протагонист выбрал вспомогательное «эго» и на эту роль. При использовании приема диссоциации протагонист имел возможность увидеть «со стороны» двух молодых мужчин, разделенных между собой деревянной доской качелей и фиксирующую эту «картинку» женщину – объект конкуренции этих мужчин. Один из психотерапевтов, наблюдая за ситуацией, применив усиление, сказал: «Двое мужчин, перед ними женщина. То один наверху, то другой. А между ног у них деревяшка».

Другой особенностью проводимой нами аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми является то, что мы часто предлагаем участникам проигрывать роли животных и неодушевленных предметов – собак, кошек, капельниц в больнице, зонтика, дверец шкафа, внутренних органов и т.д. Обратные связи животных и неодушевленных предметов позволяют протагонисту воссоздавать и реконструировать контекст переживаний со значительно большей эмоциональной силой. Проигрывание психодрамы завершается снятием ролей и разборкой сцены. На 3-й фазе сеанса аналитической психодрамы режиссеры, спросив согласие протагониста, призывают участников группы поделиться своими чувствами, ассоциациями, опытом.

*Пятая фаза группового процесса и аналитической психодрамы названа нами «фазой экзистенциального выбора».* Раньше мы считали, что этой фазы у детей и подростков не может быть в силу незавершенности их личностного развития. Но оказалось, что дети и подростки не хуже взрослых способны говорить о своем предназначении, о своем пути, индивидуализировать свой собственный жизненный стиль, строить образ будущего и, наконец, нести ответственность за свое самоопределение.

#### **Аналитико-системная семейная психотерапия и аспекты котерапии.**

В иерархии профессиональных трудностей, встречающихся на пути психотерапевта, семейная психотерапия занимает самое высокое место. Это связано с тем, что, во-первых, каждая семья является уникаль-

ным живым организмом, вследствие чего для опознания этой уникальности у психотерапевта может не хватить ни жизненного опыта, ни профессиональных умений; во-вторых, семьи приходят такими, какие есть. Психотерапевт лишен возможности сказать какому-либо члену семьи, чтобы он больше не приходил на сеансы, потому что он своим поведением дезорганизует семью. Эта же ситуация многократно повторяется при отборе пациентов в групповую психотерапию, но там психотерапевт может решительно сказать, что «Вам не показана групповая психотерапия» и предложить другой метод лечения. Если случается, что семейный психотерапевт кого-то изгоняет из семейной психотерапии с целью «облегчения процесса психотерапии», то это означает грубейшее вмешательство в систему семейных отношений и взаимодействий, вследствие чего семья рано или поздно перестанет сотрудничать с психотерапевтом.

В семейной психотерапии мы себя идентифицируем как аналитико-системных психотерапевтов. Что это означает?

При классической системной семейной психотерапии психотерапевт занимается исследованием характера и последовательности взаимодействий членов семьи, корригируя эти взаимодействия; семья обретает новый «статус-кво», при котором симптомы или симптоматическое поведение исчезают. Можно сказать, что системные психотерапевты работают с формой. В свою очередь, психоаналитик работает с содержанием и формой. Выслушивая спонтанные ассоциации или рассказы о сновидениях, психоаналитик угадывает форму и содержание наиболее предпочтительных эмоционально-поведенческих реакций, связанных с фрустрациями на более ранних этапах онтогенеза, регрессиях, фиксациях, катексисе.

Вслед за М. Сельвини-Палацолли [цит. по 5, стр. 353], мы придерживаемся в своей работе следующих принципов:

- 1) выдвижение психотерапевтических гипотез;
- 2) принцип циркулярности;
- 3) нейтральность;
- 4) позитивное истолкование симптомов или проблем клиента и его семьи.

Отдельно мы хотели бы остановиться на принципе циркулярности, которую мы понимаем как в этиопатогенетическом смысле (см. «принципы круговой причинности» Марио Андолифи, 1980), так и в практическом, когда участников психотерапии опрашивают по кругу. Если участник, к примеру, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», то психотерапевт спрашивает у других членов семьи: «А что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?». Осуществляя круговой опрос, мы не только выявляем особенности взаимоотношений членов семьи и, соответственно, позволяем им осознать это, но также мы позволяем себе задавать вопросы участникам о том, как себя они чувствует, какие появляются ассоциации, воспоминания. Во время такой беседы один из участников может вспомнить эпизод из своей жизни и рассказать о нем. У других участников при этом появится желание поделиться своими собственными воспоминаниями, и окажется, что независимо от содержания историй они изоморфны по форме и выражают таким образом общую матрицу бессознательных переживаний участников на этом сеансе.

Основополагающим принципом нашей работы с семьями мы считаем исследование материала семьи сочетанно в ситуациях «здесь и теперь» и «там и тогда».

Натан Аккерман в своей работе с семьями показал несомненную близость психоанализа и системного подхода [12]. Именно поэтому мы отважились на создание модели аналитико-системной семейной психотерапии. С нашей точки зрения, в условиях современной России, особенностей ее национального и культурного контекстов, клиентами легче и с большим доверием воспринимается психотерапия, которая внешне представляет собой «разговоры».

Здесь уместно дать определение семейной психотерапии, основанное на нарративном подходе: семейная психотерапия – это переговоры членов семьи на их языке с участием и при помощи психотерапевта, выступающего в роли переводчика, посредника и инициатора изменений, с целью оптимизации семейного функционирования. В этих обычных «разговорах» поведение аналитико-системного психотерапевта доверительно-поддерживающее, сочувствующее и задающего лишь те вопросы, которые позволяют клиенту/там соприкоснуться с искаженным контекстом семейных отношений. Метафорой, которая отражает суть и форму сообщений клиента/тов, является «скомканное письмо», в котором есть частично размытый, запачканный (возможно, слезами, возможно, комками грязи) текст, отражающий переживания по поводу разных, часто забытых или полузабытых событий и отношений в прошлом. Задача психотерапевта/тов – помочь клиенту/там как можно более полно расправить послание, восстановить полностью все, что было записано в нем в течение жизни, с возможно полным осмыслением и вчувствованием в прочитываемое. Ознакомившись с содержанием своего «письма», клиент может соприкоснуться с тем, какие еще слова он хочет написать в нем, и попытаться сформулировать образ своего будущего.

Основные техники, которые мы используем при проведении аналитико-системной семейной психотерапии, следующие:

- 1) вербальная дискуссия, осуществляемая в форме кругового опроса;
- 2) исследование исторического прошлого каждого члена семьи и семьи в целом;
- 3) конструктивное использование дистанции между членами семьи;
- 4) исследование внешних и внутренних границ;
- 5) исследование функционирования подсистем и стандартов взаимодействия;
- 6) психодраматизация и психоскульптурирование.

**Заключение.** Взаимодействие котерапевтов при проведении аналитико-системной семейной психотерапии обусловлено заявляемой проблемой семьи, выдвижением психотерапевтических гипотез, которые предстоит исследовать клиентам и психотерапевтам.

В нашей котерапии мы признали основными два принципа: кооперация и взаимодополнение. Путем вербальных и невербальных переговоров мы установили, что роли психотерапевтов в психотерапевтическом процессе равноправны, но каждый, исходя из своих личностных и профессиональных особенностей, реализует те локальные действия, которые в конечном итоге сольются вместе для достижения психотерапевтических целей. Например, на сеанс пришла семья, состоящая из нескольких детей и двоих родителей. Каждый ребенок требует к себе специального внимания. Когда взрослые начинают говорить о проблеме, дети теряют интерес к происходящему. В такой ситуации один из психотерапевтов осуществляет присоединение к взрослым, а другой устанавливает контакт с детьми. При этом разговор может идти либо громко, либо шепотом, зачастую на ту же тему, что и у взрослых, но у детей при этом есть «свой психотерапевт». Несмотря на то, что присоединение носит внешне сепаративный характер, но на самом деле осуществляется присоединение ко всей семье как к целому, так как каждый член семьи при такой форме общения имеет возможность выбрать из всех слов те, которые считает для себя наиболее важными. Можно сказать, что один из нас чаще отвечает за стратегию психотерапии, за выдвижение гипотез, за определение общего контура психотерапевтических изменений, которые могут произойти за время психотерапевтического лечения. Другой котерапевт не лишает себя права самому выдвигать гипотезы и определять стратегию психотерапии, но в большей степени концентрируется на исследовании эмоционального состояния членов семьи, исследовании паттернов реагирования на разных уровнях, осуществлении поддержки семьи в целом и тем ее членам, которые чувствуют себя наиболее фрустрированными во время психотерапии. Если мужчина-котерапевт обращается к семье с каким-то вопросом, то женщина-котерапевт в первую очередь слушает этот вопрос, оценивает эмоционально-поведенческий контекст, в котором возник этот вопрос, и либо принимает решение поддержать своего коллегу в разработке выдвинутой гипотезы, и тогда ее уточняющие вопросы будут носить поддерживающий и разрабатывающий эту гипотезу характер, либо дождется, когда разработка этой темы завершится без очевидных результатов, и тогда она в свою очередь выдвинет свои инициативы. Котерапевты помогают друг другу в переформулировании вопросов, обращенных к членам семьи, так как вопросы могут быть правильными по содержанию, но по форме трудными и недостаточно понятными для членов семьи.

И в аналитической психодраме, и в аналитико-системной семейной психотерапии поведение психотерапевтов директивное, так как им принадлежит много инициатив для стимуляции психотерапевтических изменений.

Во время сеанса семейной психотерапии мы практикуем так называемые «технические перерывы»: «Я прошу вас сейчас на время остановиться в нашей работе. Я хочу задать Нине несколько вопросов, чтобы узнать, что происходит у нас на сеансе психотерапии. При этом вы можете нас слушать или не слушать». Цель такой техники: во-первых, обсудить друг с другом, что происходит на сеансе, а во-вторых, дать семье возможность дистанцироваться от обсуждаемой проблемы и получить еще одну неявную корректирующую обратную связь от психотерапевтов. Точно также мы поступаем и при проведении аналитической психодрамы.

Наша котерапия развивалась и развивается на протяжении 11 лет. Как стать котерапевтами и какие обстоятельства могут в этом помочь?

- 1) доверие друг к другу;
- 2) личностное разнообразие при совпадении духовных и ценностных ориентаций (именно этот критерий известный психолог А.Н. Волкова выделила в качестве фактора, обеспечивающего стабильность супружеских отношений);
- 3) желание, умение слушать и слышать друг друга;
- 4) склонность к взаимодополнению;
- 5) способность аутентично исполнять те семейные и половые роли, которых бессознательно ожидают от психотерапевтов участники психотерапии;

6) быть супервизорами друг для друга;

7) осуществлять в своей психотерапевтической работе принцип «связки альпинистов», когда первый забивает колья и прокладывает дорогу, а второй крепко держит веревку, его поддерживающую, а затем, когда первый укрепился на новом месте, он в свою очередь помогает второму и страхует его.

Котерапия в нашей стране пока еще молодой институт. Условно можно сказать, что он находится на доэдипальной фазе развития. В таком же положении находится и институт супервизии. Хочется надеяться, что наши коллеги, как и мы, захотят заниматься котерапией, которая имеет несомненные преимущества перед работой психотерапевтов «глаза в глаза» с клиентами. Возможно, радость обретения зрелости, доверия, радость кооперации позволят справиться со страхами одиночки-психотерапевта.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Д.Л. Морено. - М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 352 с.
2. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. - СПб: Питер, 2001. – 352 с.
3. Satir V. The new people making. - Science and behavior Books, Inc., 1988.
4. Julius E.K., Papp P. Family choreography: a multigenerational view of an alcoholic family system // Family therapy of drug and alcohol abuse / Eds. E. Kaufmann, P.V. Kaufmann - N.J.: Gardner Press, 1979- ch.13. - p. 201-203.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб: «Питер», 1999; - 656 с. 3-е изд., 2001. – 656 с.
6. Moreno J.L. Psychodrama. - Vol.1, 3. Ed. Beacon{N.J}: Beacon House, p. 64.
7. Minuchin S. Families and Family Therapy. - Cambridge: Harvard University Press. 1974. p. 268.
8. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии - СПб: «Питер», 2000. – 640 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Вовк А.И., Александрова Н.В. и др. Динамика целеполагания и системы отношений личности при краткосрочной групповой и семейной психотерапии детей и подростков. // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. - СПб, 1994.- с.153-160.
10. Feasy D. Psychodrama is the group psychotherapy // The Midland Journal of Psychotherapy, 1984, 2, p. 30-37.
11. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб, Питер Ком, 1998. – 384 с.
12. Ackerman N.W. The strength of Family Therapy / Eds. D. Bloch, R. Simon. - N.J: Brunner / Mazel, Publishers, 1982.ch.18. - p. 153-158.

**Л.Ю. Данилова**

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КЛОМИПРАМИНА (АНАФРАНИЛА) В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ**

**Российская медицинская академия последипломного образования. Москва.**

Изучение клиники и терапии аффективных расстройств является одной из актуальнейших проблем современной психиатрии. Это связано с тем, что аффективные и, особенно, депрессивные реакции относятся к числу наиболее универсальных проявлений психического реагирования и по своей распространенности уступают только астении (13, 27). Более того, исследование, проведенное под эгидой ВОЗ в 1996 г., выявило, что по распространенности депрессии занимают 3 место в мире среди всех болезней; к 2030 г., при сохраняющейся тенденции роста этой патологии, депрессии переместятся на 1 место, а среди причин, приводящих к инвалидизации, монополярная депрессия будет занимать 2 место после ИБС (1, 11). Эпидемиологические исследования в педопсихиатрии также выявили большую частоту депрессивных расстройств: депрессивные синдромы выявлены у 20% детей с психической патологией и 23%-56% подростков в общей популяции (14, 16, 20, 22, 24).

Несмотря на трудности в распознавании аффективных расстройств у детей и подростков в силу атипичности и рудиментарности аффективного синдрома, а также предпочтительности его проявления в виде соматизированных (2, 5, 10, 17, 19, 23, 26) или психопатоподобных масок (5, 8, 15, 17, 23), к настоящему времени накоплен достаточно большой клинический материал, отражающий феноменологию и типологию данного расстройства (5, 7, 8, 19, 24, 26). В то же время терапевтический аспект аффективных расстройств детско-подросткового возраста слабо разработан и представлен фрагментарными, часто «попутными» сообщениями в чисто клинических исследованиях и единичными клинико-фармакологическими сообщениями (3, 4, 18, 21, 25). Между тем известно, что препараты, используемые в общепсихиатрической практике для купирования аффективных расстройств, их комбинации и дозировки часто оказываются неэффективными или приводят к ухудшению состояния у детей и подростков.

Специфика возрастного реагирования, выраженная тем ярче, чем младше ребенок, предопределяет необходимость резкого сужения арсенала используемых педопсихиатром антидепрессантов ввиду практической невозможности назначения препаратов – ингибиторов МАО (высокий риск нарушения диеты и развития интоксикации), а также ограниченной возможности применения наиболее многочисленной группы трициклических антидепрессантов – препаратов стимулирующего действия вследствие осложнений в виде инверсии фазы, провокации/обострения галлюцинаторно-бредовых расстройств, психомоторного возбуждения, бредовых страхов (2, 3, 6). Отсутствие практики проведения клинических испытаний психотропных препаратов на пациентах детского возраста делает невозможным «де юре» использовать у больных до 15 лет антидепрессанты группы СИОЗС – наиболее современные и часто используемые при терапии взрослых больных (исключение составляет золофт, разрешенный к применению с 7 лет). Более того, при необходимости проведения комбинированной терапии нейролептик+антидепрессант и выборе современного эффективного и малотоксичного нейролептика рисполепта (рисперидона), рекомендуют избегать совместного назначения рисполепта с препаратами СИОЗС ввиду изменения метаболизма рисперидона за счет влияния на цитохром P450 (9, 12).

Исходя из вышеизложенного, новое звучание получает изучение в педопсихиатрии уже достаточно известного (и официально разрешенного к употреблению у детей) трициклического антидепрессанта кломипрамина (анафранила), обладающего мягким активирующим и легким седативным эффектом, представляющего, в известном смысле, переходную ступень между классическими трицикликами и препаратами СИОЗС.

Нами предпринята попытка оценить эффективность использования анафранила в детско-подростковой практике терапии эндогенных депрессий в рамках различных нозологических состояний, установить качество и тяжесть побочных действий и осложнений у больных этого возраста. Исследование антидепрессивного действия проводилось открытым методом в группе, состоявшей из 50 детей и подростков 10-16 лет (10 мальчиков, 40 девочек). Синдромальная структура и нозологическая природа депрессивных синдромов отражены в табл. 1. Тревожные и дисфорические депрессивные состояния в исследование намеренно не включались, т.к., по нашему предыдущему опыту, назначение антидепрессантов со стимулирующим действием больным детско-подросткового возраста в этих состояниях ведет к выраженным осложнениям (3, 6). Выраженность продуктивной неаффективной симптоматики ограничивалась невротическими и психопатоподобными нарушениями, рудиментарными или единичными галлюцинациями, рудиментарными несистематизированными идеями отношения параноидной природы; больные с развернутой галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в исследование не включались. Анафранил назначался в зависимости от возраста и глубины депрессивного синдрома в суточной дозе 30-150 мг.

Табл. 1.

Синдромальная структура и нозологическая природа депрессивных состояний.

| Варианты депрессивного синдрома                                            | астеническая депрессия | тоскливая депрессия | апатодинамическая депрессия | Всего |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|-------|
| в рамках собственно аффективных расстройств (F3)                           | -                      | 9                   | -                           | 9     |
| аффективный приступ в структуре шизофрении                                 | -                      | 9                   | 8                           | 17    |
| пубертатная декомпенсация шизоидной психопатии в виде эндогенной депрессии | 2                      | 3                   | 5                           | 10    |
| нозологически неясная эндогенная депрессия /диф. диагностическая/          | 2                      | 7                   | 5                           | 14    |
| Итого                                                                      | 4                      | 28                  | 18                          | 50    |

Оценка состояния проводилась на основе общеклинического наблюдения. Изучались возрастные особенности действия препарата по следующим параметрам: а) собственно антидепрессивное действие, б) энергетизирующе-активизирующее действие, в) воздействие на тревожные включения, наблюдавшиеся в структуре депрессий иного типа, г) возникновение и интенсивность побочных реакций и осложнений, д) влияние на соматовегетативные нарушения, развивавшиеся в структуре депрессий.

Положительный антидепрессивный эффект с постепенной редукцией подавленности, тоскливости, исчезновением ощущения "потерянности", скуки, заброшенности, психологического дискомфорта наблюдался в 43 депрессиях (86%). Первые признаки послабления депрессивных переживаний проявлялись в ранние сроки - уже на 2-4 день приема препарата (35 случаев, или 70% наблюдений) - и становились

лись отчетливыми к 7-10 дню терапии у всех респондеров. Эффективность использования анафранила при различных типах депрессивных состояний отражена в табл. 2 и 3.

Табл. 2.

Показатели эффективности купирования эндогенных депрессий анафранилом  
в зависимости от типа депрессивного синдрома  
(в скобках указаны %% относительно числа депрессий соответствующего типа синдрома)

| Тип депрессивного синдрома | Полная или выраженная редукция | Некоторое улучшение | Без эффекта | Всего     |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------|-----------|
| астеническая Д.            | 3 (75%)                        | 1 (25%)             | -           | 4 (100%)  |
| тоскливая Д.               | 16 (57%)                       | 10 (36%)            | 2 (7%)      | 28 (100%) |
| апатодинамическая Д.       | 7 (39%)                        | 8 (44%)             | 3 (17%)     | 18 (100%) |
| Всего                      | 26 (52%)                       | 19 (38%)            | 5 (10%)     | 50 (100%) |

Табл. 3

Показатели эффективности терапии эндогенных депрессий анафранилом в сопоставлении  
с нозологической принадлежностью синдрома  
(в скобках указан % от количества депрессий соответствующей нозологии).

| Нозологическая принадлежность депрессивного синдрома | Полная или выраженная редукция | Некоторое улучшение | Без эффекта | Всего     |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|-------------|-----------|
| Собственно аффективное расстройство настроения       | 7 (78%)                        | 2 (22%)             | —           | 9 (100%)  |
| Аффективный приступ шизофрении                       | 6 (35%)                        | 8 (47%)             | 3 (18%)     | 17 (100%) |
| Декомпенсация шизоидной психопатии                   | 5 (50%)                        | 4 (40%)             | 1 (10%)     | 10 (100%) |
| Нозологически неясная эндогенная Депрессия           | 8 (57%)                        | 5 (10%)             | 1 (7%)      | 14 (100%) |
| Всего                                                | 26 (52%)                       | 19 (38%)            | 5 (10)      | 50 (100%) |

Отчетливое субъективное ощущение облегчения от приема препарата практически сразу же вслед за началом терапии имело особое положительное значение в педопсихиатрии, т.к. позволяло изменить свойственное детям и подросткам настороженно-оппозиционное или даже откровенно негативистическое отношение к медицинским обследованиям, процедурам и т.п. с появлением доверия к врачу и мотивацией на продолжение лечения. Объективное уменьшение глубины депрессивных расстройств становилось очевидным к 10-14 дню терапии, когда исчезала слезливость, резко ослабевали депрессивные идеи отношения, самообвинения и собственной неполноценности, приближался к норме темп мышления и речи, увеличивался объем используемых ассоциаций, улучшались когнитивно-мнестические способности. Хотя сниженный фон настроения с повышенной сенситивностью и депрессивно-пессимистическим мировосприятием еще сохранялся, постепенное уменьшение напряженности аффективных переживаний приводило к смягчению гиперкомпенсаторного защитного поведения. На 2-3-й неделе терапии удавалось преодолеть не только депрессивную самоизоляцию, но и отказы от школы с неврозоподобным (школьная фобия) или психопатоподобным (межличностные конфликты) фасадом, с минимальным перерывом возобновить (продолжить) школьное обучение.

Несмотря на быстроту и отчетливость положительного терапевтического действия анафранила, длительность непрерывного приема препарата не могла быть меньшей 3-6 недель у детей и 4-8 недель у подростков. Более ранние попытки отмены препарата приводили к эксацербации депрессивных расстройств,

Активирующий компонент действия анафранила проявлялся у всех респондеров одновременно с антидепрессивным эффектом или даже предшествуя ему. У детей он регистрировался преимущественно объективным наблюдением в виде оживления моторики и психической активности (восстановление игровой деятельности, интерес к развлечениям); подростки с хорошей вербализацией своих переживаний и ощущений уже на 2-3 день терапии отмечали уменьшение вялости, бессилия, «разбитости» а к концу 2-й недели - желание и возможность заниматься любимыми делами (увлечения, хобби, прогулки и т.п.). Субъективная значимость этого компонента действия анафранила нередко превосходила значимость собственно антидепрессивного эффекта, т.к. падение психического тонуса более тягостно и мучительно переживалось подростками, чем снижение настроения и комплекс депрессивных переживаний; кроме того, ощущение вялости и бессилия в подавляющем большинстве случаев воспринималось подростками как неестественное, несвойственное им ранее болезненное состояние, причины и способы лечения которого можно обсуждать и решать с врачом, в то время как комплекс депрессивных переживаний неред-

ко окрашивался вторичными реактивными наслоениями и в любом случае неохотно раскрывался перед окружающими для обсуждения и помощи. Эмоционально нейтральные занятия, требующие устойчивого психического напряжения, еще длительное время тяготили больных, вызывая быстрое пресыщение и протестные реакции, однако мягкая внешняя стимуляция позволяла сохранить достаточную продуктивность социальной деятельности.

Ни у кого из обследованных нами пациентов активирующий эффект анафранила не проявился патологическим расторможением моторной сферы с появлением неусидчивости, суетливости, невозможности соблюдения дисциплинарных норм, равно как не отмечалось проявлений гневливости или всплесков агрессии, что нередко возникает при использовании в детско-подростковой практике стимулирующих антидепрессантов адренергического действия (3, 6). Ни в одном из наблюдений стимулирующий компонент действия анафранила не привел к обострению суицидальных тенденций. Отчетливый активирующий эффект терапевтического действия анафранила, не сопровождавшийся появлением ощущения «внутренней взбудораженности», патологической моторной расторможенности, формированием (усилением) психопатоподобных нарушений поведения, выгодно отличал анафранил от мелипрамина (редко используемого в педопсихиатрии именно из-за этих особенностей действия), а отсутствие релаксации, вялости, сонливости позволяло продолжить обучение в прежнем объеме, что облегчало (по эмпирическому сравнению с амитриптилином) реадaptацию и ресоциализацию больных.

Как указывалось, в исследование не включались больные с депрессиями тревожного и дисфорического типов, однако в силу типичной для детско-подросткового возраста неустойчивости и изменчивости на протяжении приступа оттенка депрессивных переживаний (5), у 43 больных (86%) в структуру депрессии входили преходящие эпизодические или циркадные, связанные с определенным временем суток, или ситуационно зависимые тревожные вкрапления. Под влиянием анафранила наблюдалось 2 варианта динамики тревожных расстройств: отмечалось как смягчение, редукция тревоги (31 больной, или 72% среди пациентов с тревожными включениями), так и усиление, затягивание длительности, «застывание» тревожных переживаний (12 больных, или 28% среди пациентов с тревожными вкраплениями). В первом случае тревога имела тесное родство с собственно депрессивными переживаниями, вытекала из ощущения собственной неполноценности, несостоятельности, депрессивных идей отношения и др., приближалась к чувству неуверенности и имела явную ситуационную зависимость. Во втором случае она соответствовала аутохтонной диффузной тревожности или напоминала панические атаки, по сути являясь возрастной модальностью рудиментов неаффективного бредового страха. Усиление тревожности наступало, как правило, после кратковременного улучшения состояния с послаблением депрессивной симптоматики на 2-й неделе терапии, что позволило расценить его как побочный эффект действия анафранила. В половине случаев (6 наблюдений) тревожность легко купировалась введением антипсихотического нейролептика (типа трифтазина), однако в половине случаев возникла необходимость отмены анафранила с переводом больного на седативный антидепрессант (амитриптилин) при сохранении в терапии нейролептика.

Характер побочных действий и осложнений при терапии эндогенных депрессий анафранилом приводится в табл. 4.

Табл. 4.

Осложнения и побочные эффекты при терапии эндогенных депрессий анафранилом

| Вид расстройства                                              | Количество случаев | Процент от числа наблюдений |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| усиление тревожности                                          | 12                 | 24                          |
| провокация разворачивания галлюцинаторно-бредовых расстройств | 2                  | 4                           |
| инверсия аффекта                                              | 1                  | 2                           |
| неблагоприятный соматический эффект                           | 10                 | 20                          |
| Всего                                                         | 25                 | 50                          |

Наиболее серьезное осложнение в терапии анафранилом эндогенных депрессий проявилось в способности препарата выступать в роли фактора, провоцирующего структурирование и обострение эндогенной процессуальной продуктивной (в первую очередь, галлюцинаторно-бредовой) симптоматики, нередко существующей в аффективных приступах шизофрении у детей и подростков в виде стертых или рудиментарных расстройств. Эта способность аналогична особенностям терапевтического действия других антидепрессантов стимулирующей группы на эндогенные депрессии у детей и подростков (3), однако сопоставить тяжесть и частоту этого осложнения при использовании разных антидепрессантов не

представлялось возможным из-за малого количества наблюдений.

В одном из наблюдавшихся нами случаев неблагоприятной динамики тревожных расстройств тревога не только стала доминирующим в течение суток аффективным радикалом, но и осложнилась диффузной, расплывчатой боязливостью в вечерне-ночные часы. На этом фоне появились устрашающие зрительные псевдогаллюцинации, развернулись рудиментарные до начала терапии анафранилом параноидные идеи. После замены анафранила на антидепрессант седативного действия (амитриптилин) наблюдалась быстрая обратная динамика галлюцинаторно-бредовой симптоматики (с возможностью снижения дозы нейролептика до минимальной лечебной, выполняющей не купирующую психоз, а превентивную и энергизирующую роль).

Во втором наблюдении способность анафранила играть роль катализатора в проявлении предпочтительных для прогрессивного психоза продуктивных расстройств выступила в сочетании со способностью вызывать инверсию аффекта: к концу 1-й недели терапии средневзрастными дозами у 14-летней девочки, переносившей повторяющиеся однообразные стертые затяжные депрессивные приступы апатоадинамического типа с легкими дереализационно-деперсонализационными симптомами, на фоне не легкого послабления депрессивных переживаний внезапно произошла инверсия аффекта со стремительным нарастанием интенсивности маниакальных переживаний, формированием чувственного бреда по типу «озарения», парафренными идеями, прямым и инвертированным маниакально окрашенным синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Отмена анафранила и интенсивная инфузионная терапия за 2-3 дня привели к редукции острой психотической симптоматики с возвратом в исходное стертое депрессивное состояние.

Анализ соматовегетативного воздействия анафранила на депрессивных больных детско-подросткового возраста выявил его высокую эффективность в этой сфере, особенно отчетливо проявившейся на больных с соматическими масками депрессий (18 наблюдений). Под воздействием анафранила не только повышался психофизический тонус, ощущалось восстановление сил, что расценивалось больными как начало выздоровления, но и быстро исчезали алгии и патологические сенсации, восстанавливались аппетит, сон, нормализовались температура, показатели гемодинамики, деятельность ЖКТ. Вместе с тем у 4 больных проявилось побочное действие анафранила с неблагоприятной динамикой тревожных переживаний с появлением состояний, напоминавших панические, что привело к категорическому отказу от приема препарата.

Следует отметить значительно более редкие (по сравнению с психическими проявлениями) и мягкие (по сравнению с использованием амитриптилина) холинолитические проявления осложнений терапии анафранилом у детей и подростков. Ни в одном наблюдении на средневзрастных дозировках не регистрировались мелкокоразмашистый тремор или задержка мочеиспускания; лишь в 8 случаях (16% больных) выявлялась сухость слизистых и в 2 случаях (4% больных) - незначительные трудности аккомодации. Существенные нарушения внутрисердечной проводимости, ортостатические явления, кожно-аллергические нарушения, также как и изменение формулы крови, на фоне терапии анафранилом у исследованной группы больных не наблюдались.

Исследование терапевтического воздействия анафранила на эндогенные депрессии у детей и подростков позволяет сделать заключение о его высокой эффективности. Назначение препарата с учетом типологической структуры аффективного синдрома (депрессии астенического, тоскливого, апатоадинамического типов) позволяет достичь отчетливого и быстрого улучшения состояния. Возможность оказания мягкого активирующего действия без появления возбужденности, явлений моторной расторможенности и психопатоподобных нарушений поведения выгодно отличает анафранил от других трициклических антидепрессантов.

Побочные явления и осложнения, возникающие вследствие приема анафранила, принципиально идентичны таковым, наблюдающимся в детской практике у других трициклических антидепрессантов стимулирующего типа. Однако для анафранила характерно преобладание психических побочных действий над соматическими. Осложнения терапии возникают в результате способности препарата усиливать тревогу или выступать в роли провоцирующего фактора, приводящего к выявлению латентной или рудиментарной галлюцинаторно-бредовой симптоматики, быстро трансформирующейся в синдромы психотического уровня. Т.к. известно, что чем младше ребенок, тем более рудиментарной и стертой является клиническая картина патологического состояния и труднее нозологическая диагностика депрессивного приступа, то следует все же проявлять некоторую осторожность в назначении анафранила детям - тем большую, чем младше ребенок.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.С. Психотерапия пограничных психических расстройств. – М., 2000. – 249 с.
2. Данилова Л.Ю. Функциональные психосоматические расстройства и эндогенные депрессии у де-

тей. // Вопросы терапии и социальной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков. – М., 1994. – С. 31-37.

3. Данилова Л.Ю. Методические подходы к фармакотерапии депрессивных состояний у детей. // XII Съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 371-372.

4. Иовчук Н.М. Об эффективности солей лития при превентивной терапии шизо-аффективных приступов у подростков // Журн. невропатол. и психиатр., 1974. - № 8. – С. 1239-1243.

5. Иовчук Н.М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: Автореф. ... д.м.н., - М., 1989. – 47 с.

6. Иовчук Н.М., Данилова Л.Ю. особенности терапии одного из вариантов функциональных психосоматозов детского возраста // Всерос. конф. «Новые методы терапии псих. заболеваний». – М.-Свердловск, 1988. – С. 109-110.

7. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985. – 288 с.

8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985. – 416 с.

9. Литвинцев С.В., Колчев А.И., Койстрик К.Н. и др. Применение атипичного нейролептика рисполепт при лечении шизофрении и шизоаффективных психозов //Пособие для врачей. – С.-Пб., 2001 – 23 с.

10. Мамцева В.Н. Один из вариантов маскированной депрессии с гипертермией при шизофрении у детей // Журн. невропатол. и психиатр., - 1988. - № 8. – С. 57-60.

11. Мосолов С.Н. Вступительное слово на секции «Фармакотерапия психических заболеваний» // XIII Съезд психиатров России. – М., 2000.

12. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. и др. Применение атипичного нейролептика рисполепт в психоневрологической практике // Информационное письмо МЗ России. – М., 2000. – 16 с.

13. Снежневский А.В. Вступительное слово // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М.-Базель, 1970 – С. 5.

14. Сосюкало О.Д., Ермолина Л.А., Волошин В.М. и др. О структуре психической патологии среди различных подростковых популяционных групп // Журн. невропатол. и психиатр., - 1987. - № 10. – С. 1497-1500.

15. Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессии у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр., 1983. - № 10. – С. 1522-1526.

16. Bomba J. Юношеская депрессия (эпидемиологическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр., 1987. - № 10. – С. 1501-1503.

17. Carlson G.A., Cantwell D.P. Unmasking masked depression in children and adolescents // Am. J. Psychiatry. – 1980/ - Apr. - 137 (4) – P. 445-449.

18. Frommer E. Treatment of childhood depression with antidepressants // Brit. Med. J. – 1967. – V.I, № 5542. – P. 729-732.

19. Glasser K. Psychopathologic Patterns in Depressed Adolescents // Am. J. Psychother. – 1981. – V. 35, № 3. – P. 368-382.

20. Kashani J.H., Barber G.J., Balander F.D. Depression in hospitalized pediatric patients // J. Amer. Acad. Child. Psychiat. – 1981 - V. 20, № 1 – P. 123-134.

21. Kuhn V., Kuhn R. Drug Therapy for Depression in Children. Indications and methods // Depressive States in Childhood and adolescents. – Stockholm, 1972. – P. 455-459.

22. Nissen G. Symptomatic und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes- und Jugendalters // Depressive States in Childhood and adolescents. – Stockholm, 1972. – P. 501-509.

23. Nissen G. Masked Depression in Children and Adolescents // Masked Depression / ed. By P. Kielholz. – Bern-Stuttgart-Vienne, 1973. – P. 133-143.

24. Nissen G. Depression in Childhood and adolescence // Triangle, 1982 – 21 (2-3): P. 77-83.

25. Preskorn S.H., Weller E.B. and R.A. Depression in Children: Relationship Between Plasma imipramine Levels and Response // J. Clin. Psychiat. – 1982. - V. 43, № 11 – P. 450-453.

26. Stutte H. Epochale Wandlungen in Diagnostik und Verlauf endogen-depressiver Psychosen des Kindesalters // Depressive States in Childhood and adolescents. – Stockholm, 1972. – P. 29-34.

27. Weitbrecht H.J. Значение диагностики депрессивных синдромов // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М.-Базель, 1970 – С. 7-16.

## ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИВЫЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ (КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ)

Российская медицинская академия последиplomного образования. Москва.

*Патологические привычные действия (ППД), которые объединяют раскачивания телом и головой (яктация), кусание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев и языка, возникшую в допубертатном возрасте мастурбацию, а также ряд более элементарных поведенческих стереотипий, представляют собой группу специфических расстройств, характерных для детей и подростков. Распространенность отдельных феноменов, относящихся к данной группе, либо их сочетаний довольно высока. По данным разных авторов, от 6% до 83% детей имеют в том или ином возрасте указанные привычки (Гарбузов В.И., 1971; Чупин Г.Т., Маслова Г.И., 1971; Исаев Д.Н., Казан В.Е., 1986; Рапопорт Д.Л., 1989; Kanner L., 1955; Harnack C., 1958; Schachter M., 1957; Stutte H., 1967; Delgado R.A., Mannino F.U., 1969; Ajuriaquerria Y. de, 1970; Kaplan H.I., Sadock B.J., 1994; Graham Ph. et al., 1999).*

*В ходе многолетнего исследования, позволяющего наблюдать изучаемые феномены в динамике, начиная с самого раннего возраста, нами уточнена типология основных пяти видов ППД и их непатогенных аналогов (Шевченко Ю.С., 1994).*

*Так, ритмические стереотипные движения телом и/или головой могут быть представлены в форме раскачиваний в передне-задней или боковой плоскостях, реже в форме биений головой о горизонтальную или вертикальную поверхность, либо в виде кручений головой и других стереотипий, ритм которых может быть синхронным с частотой сердечных сокращений, соответствовать электроэнцефалографическому ритму засыпания, либо меняться параллельно степени эмоционального возбуждения ребенка (так называемая «гневливая яктация»). Одним из проявлений повышенной потребности в ритмической стимуляции может быть особая страсть некоторых детей к качелям, ритмичной музыке, другим внешним источникам ее.*

*Вариантами сосания большого пальца являются: сосание других пальцев, всей кисти, языка, губы, неба. Рудиментарными и атипичными проявлениями этой привычки служат: сосание различных предметов, одежды, игрушек, страсть к соске и т.п.*

*Мастурбация в раннем и допубертатном возрасте, помимо типичного манипулирования половыми органами, нередко проявляется в виде усиленного сжимания бедер, ерзания сидя на стуле или лежа на животе, трения пахом о предметы, ноги взрослых. Реже отмечается чрезмерное пристрастие детей к обнажению, телесному контакту.*

*Онихофагия, типично проявляющаяся обгрызанием ногтей на руках, реже на ногах, может иметь свой вариант в виде привычки грызть карандаши, ручки и другие предметы, кусать язык, слизистую щек, скрипеть зубами. Нефагический вариант феномена представлен привычкой ломать, подергивать и ковырять ногти, крутить и перебирать пальцы рук.*

*Трихотилломания, в типичном виде проявляющаяся выдергиванием собственных волос, бровей, ресниц, часто с последующим манипулированием ими, реже - проглатыванием, может быть представлена вариантом, когда крутятся, подергиваются и выдергиваются не только свои, но и чужие волосы, волосы кукол, шерсть животных, все ворсистое и пушистое, что попадает под руки. Рудиментарные и атипичные варианты феномена представлены трихоманией в виде страсти к собиранию волос с пола, расчесок с последующим их скручиванием, сосанием, щекотанием ими собственной кожи и т.п.*

*Каждый из перечисленных феноменов может сочетаться со всеми другими видами патологических и непатологических привычных действий, а также с недифференцированными их формами, такими как дерматотлазия - раздавливание, разминание, растирание, расчесывание и пощипывание кожи, кручение уха, ковыряние в носу и прочее. При нередком (более чем в 1/3 случаев) сочетании различных форм ППД, указывающем на природную связь всех пяти видов поведенческих стереотипов, отмечается определенная предпочтительность их совместного существования в парах: яктация - сосание пальца и онихофагия - трихотилломания, что совпадает с близостью преимущественных возрастных диапазонов их синдромального оформления.*

*В.В. Ковалев (1979) определял ППД как "группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста" (с. 185). Как видно из приведенного определения, понимание клинической сущности этих феноменов невозможно без динамического анализа рассматриваемого поведения в контексте учения о психическом дизонтогенезе, его проявлениях, начиная с самого раннего детства (Сухарева Г.Е., 1955; Ушаков Г.К., 1973; Ковалев В.В., 1985; Лебединский В.В., Николь-*

ская О.С. и др., 1990; Шевченко Ю.С., 1992; Spitz R..A., 1962; Harbauer H. et al., 1980). Для детского психиатра клинико-онтогенетический подход к данной проблеме конкретизируется в следующих вопросах. Какова природа таких произвольных действий, как сосание пальца, раскачивания при засыпании, манипулирование половыми органами и другими частями тела, кусание ногтей и т.п., которые свойственны многим детям в раннем возрасте, а в качестве преходящих и вполне безобидных эпизодов отмечаются у большинства детей? В чем причина их фиксации у некоторых из них и длительного сохранения порой и во взрослом возрасте? Каковы критерии перехода этих достаточно банальных привычек в патологические феномены? Каково их место в ряду других психопатологических образований? И т.д.

В основу работы положены результаты клинико-психопатологического, катамнестического, патофизиологического и электроэнцефалографического обследования 260 пациентов (127 мужского и 133 женского пола) с патологическими привычными действиями, возникшими в детском и подростковом возрасте. Возраст первого обследования - от 1 года до 16 лет. Все больные изучались в динамике в течение 1-5 лет, 26 больных трихотилломанией обследованы катамнестически в возрасте 21-36 лет (длительность катамнеза в среднем - 13 лет). Кроме того, катамнестически (в 7-9 лет) обследованы 25 детей, наблюдавшихся впервые в раннем возрасте по поводу оформленных и рудиментарных ППД и их сочетаний.

Проведенное исследование позволило прийти к следующим выводам.

1. Сосание пальца, яктация, допубертатная мастурбация, онихофагия, трихотилломания представляют собой группу близких по природе и патогенезу нозологически неспецифических расстройств поведения, характерных для детского и подросткового возраста, которые имеют свои непатологические аналоги и проявляются в клинике в виде типичных дифференцированных симптомов и синдромов, рудиментарных и атипичных феноменов, а также в виде сочетания нескольких привычных действий. Наибольшая частота совместного существования отдельных вариантов ППД отмечается в парах: сосание пальца-яктация и трихотилломания-онихофагия.

2. ППД являются продуктивно-дизонтогенетическими феноменами регрессивного характера, возникающими в результате фиксации инстинктивных поведенческих моделей, физиологичных для раннего возраста, либо вследствие возврата к ним в более поздние возрастные периоды в рамках психогенных заболеваний, церебрально-органических расстройств, общих или парциальных задержек и аномалий нервно-психического развития, эндогенных депрессий, шизофрении и других нозологических форм. С наибольшей частотой ППД возникают при патологических состояниях, развитие которых определяется сочетанием психогенных, энцефалопатических и наследственно-конституциональных факторов. Диалектическое взаимодействие указанных факторов определяет дальнейшую динамику ППД и личности пациентов.

3. Такие этологические феномены, как сосание пальца, раскачивания телом и головой, допубертатная мастурбация, грызение ногтей, выдергивание волос могут быть представлены как эволютивные звенья единой психобиологической цепи: филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, полового, исследовательского, груминг-поведения; естественное инстинктивное поведение новорожденных и детей раннего возраста, отражающее соматовегетативный уровень нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву); гиперкомпенсаторное стереотипное поведение, обусловленное дизонтогенетическими механизмами психогенных, церебрально-органических или эндогенных заболеваний; индивидуальная привычка условно патологического или патологического характера как относительно автономная поведенческая система, осуществление которой стало потребностью; психопатологические симптомы и синдромы, сформировавшиеся на почве перечисленных выше поведенческих моделей и отражающие клинические закономерности основного патологического процесса или состояния.

4. Ранними клиническими критериями отграничения ППД от их непатологических аналогов являются следующие:

а). Учащение эпизодов осуществления тех или иных инфантильных психомоторных реакций (сосания пальца, раскачиваний, манипуляций частями тела, собственными волосами) вместо естественной возрастной редукции, либо возникновение их в возрасте после 3 лет.

б). Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.

в). Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожденных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу шизотипического диатеза, дисгармонического инфантилизма и проч.).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Имеются в виду не только более общие по отношению к усиленной телесной аутоактивности признаки нарушения созревания, но и вторичные по отношению к ним дизонтогенетические образования (психогенные личностные "комплексы", патохарактерологические реакции и развития, страхи физического и морального ущерба и проч.).

г). Генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и подергивание не только собственных волос, но и волос матери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, игрушек, любых пушистых предметов, сосание и кусание все возрастающего числа предметов, мебели, постельного белья, одежды, разнообразие способов раздражения гениталий).

д). Нарастание полиморфизма физиологических предшественников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулирования волосами или гениталиями в различных сочетаниях).

е). Выход поведенческих реакций за первоначальные границы условий их осуществления (появление стремления сосать палец не только перед едой или сразу после кормления, раскачиваться не только при засыпании, манипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немономтонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенсаторной роли рассматриваемых этологических штампов, приобретение ими качества автономного функционального образования.

ж). Приобретение ими ритуального характера с жестко фиксированной последовательностью и сочетанием совершаемых действий, проявляющихся стереотипно, по типу клише, с отношением к ним как к чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы.

з). Доминирование их над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекательной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерывании, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т.п.

и). Извращенный характер субъективного удовольствия, получаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, самоповреждения (вырывание волос, порой с последующим их проглатыванием, ушибы головы, щипание и кусание себя, приводящие к нарушению роста волос, незаживающей мацерации кожи, искривлению зубов, уплотнению пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазывания пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т.п.).

Наличие одного из трех последних критериев, характеризующих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (навязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые влечения), или любое сочетание более чем двух признаков из шести предыдущих дают основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические симптомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии в известной степени отражают закономерности возрастной и клинической динамики патологических привычных действий от физиологического двигательного феномена к индивидуальной непатологической, условно-патологической или явно патологической привычке, а также возможной дальнейшей динамике последней в сторону приобретения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства.

5. Крайние случаи ППД, представляющие собой клинические варианты синдрома-болезни и весьма резистентные к терапии, вследствие утраты мотивами привычного поведения опосредованного характера и приобретения ими доминирующего положения в иерархии мотивов, характеризуются нарушением социальной адаптации ребенка в семье и детском коллективе и искажением процесса созревания личности. Ранними социально-психологическими критериями приобретения индивидуальными привычками собственно патологического качества могут быть следующие:

а) противоречие проявлений привычного поведения социальным нормам конкретной общественной среды;

б) внедрение привычных стереотипов в структуру естественной для ребенка игровой, познавательной, творческой и коммуникативной деятельности;

в) нарушение процесса формирования и соподчинения онтогенетических уровней общения (Лисина М.И., 1986);

г) отклонения в развитии, функционировании и взаимодействии онтогенетических уровней базальной системы эмоциональной регуляции за счет гиперфункции "уровня стереотипов" (по В.В. Лебединскому и соавт.).

6. Динамика затяжного синдрома ППД характеризуется последовательной сменой этапов - переходящих поведенческих реакций, возникающих вначале в ответ на тот или иной специфический стимул и несущих компенсаторную функцию, связанную с питанием, сном, исследовательским или очищающим поведением, а в дальнейшем приобретающих характер универсального ответа на любой неспецифиче-

ский стресс; этапа устойчивого поведенческого стереотипа, то есть системного поведенческого расстройства, для сохранения которого не требуется дополнительной стимуляции; этапа вторичных личностных реакций на существующую привычку, ее физические и социальные последствия. .

7. Статистически достоверными факторами, ухудшающими прогноз ППД, являются следующие:

- возникновение ППД по типу фиксации инстинктивных поведенческих моделей в раннем возрасте либо по типу регресса к ним под влиянием острого психического стресса;
- развитие и существование ППД на фоне невропатии, минимальной мозговой дисфункции, соматической ослабленности, вегетативно-сосудистой дистонии;
- приобретение привычным поведением качеств продуктивных психопатологических расстройств (навязчивых, истерических, сверхценных, кататонических), а также выраженность их в структуре компонента патологически усиленного влечения;
- непрерывный тип течения ППД с отсутствием периодов исчезновения специфических поведенческих стереотипов на месяц и более;
- тревожно-фобический, депрессивный, ипохондрический характер внутренней картины болезни независимо от того, в рамках какой нозологической формы ППД являются ведущим синдромом;
- наличие источника хронического эмоционального и физического стресса, связанного с отсутствием у детей с ППД психологической готовности к школьному обучению (школьной зрелости) ко времени начала учебы.

8. Экспериментально-психологическое обследование больных с трихотилломанией подтверждает обоснованность клинко-психопатологического подразделения незндогенных случаев данного синдрома-болезни на невротические и неврозоподобные. Это обуславливает необходимость дополнения общих лечебных мероприятий, касающихся единых звеньев патогенеза, специфическими для той или иной формы психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями, что связано с наличием или отсутствием психогенетических механизмов патогенеза и с особенностями внутренней картины болезни.

Клинко-электроэнцефалографическое изучение трихотилломании дает основание подразделять неврозоподобные формы ППД на первично-дизонтогенетические и вторично-энцефалопатические (по В.В. Ковалеву), в соответствии с преимущественной представленностью в клинической картине и в данных параклинических исследований проявлений задержки созревания анатомо-функциональных систем мозга или их “органической” дисфункции.

Церебральный эффект различных патогенных факторов (энцефалопатических, психогенных, дизонтогенетических или сочетанных), проявляющийся в гиперактивности подкорковых структур и гипотонусе коры, диктует необходимость патогенетически обоснованной биологической терапии, направленной на оптимизацию работы мозга, способной обеспечить дозревание или восстановление онтогенетических механизмов корково-подкорковой субординации (ноотропы, стимуляторы).

9. Первично адаптивный характер врожденных поведенческих стереотипов в виде раскачиваний, сосания пальца, манипуляций с половыми органами, волосами, грызения ногтей и более элементарных автоматизмов проявляется в том, что в конфликтных ситуациях они возникают по этологическим механизмам “смещенной” или “переадресованной” на себя активности (Tinbergen N, 1993; Lorenz K, 1994), обеспечивающей разрядку эмоционального напряжения, самоуспокоение, отгораживание от сверхсильных раздражителей и т.п.

В последующем этот способ эмоциональной саморегуляции закрепляется в качестве универсального ответа на любой физический или эмоциональный дискомфорт, а само осуществление привычного поведения становится потребностью. При этом фиксации инстинктивных моделей способствует как естественная инертность, присущая этим древним филогенетическим структурно-функциональным системам, так и невротическая или психоорганическая инертность, связанная с психогенной или энцефалопатической природой обусловившего их патологического состояния, его “органической” почвой либо невротическими осложнениями.

С течением времени повторяющиеся стереотипы, дополняясь условно-рефлекторными связями, приобретают функциональную автономию и сохраняются в силу отсутствия достаточных стимулов для альтернативного поведения и приобретения качества устойчивого патологического состояния (по Н.П. Бехтеревой).

10. Возрастная предпочтительность формирования дифференцированного варианта ППД характеризуется общей тенденцией к регрессу, однако, в ряде случаев расстройство сохраняется годами, нарушая психический онтогенез и искажая формирующуюся личность. Наиболее неблагоприятный прогноз имеет трихотилломания, сохраняющаяся в качестве ведущего расстройства у 50% взрослых, что сопровождается их нажитой психопатизацией с приобретением эмоционально-лабильных и/или аутистиче-

ских черт характера.

11. Специфика ППД как системных поведенческих расстройств обуславливает необходимость динамического подхода к их нозологической диагностике. В случае невозможности отнести их к более общему психическому заболеванию и приобретения ими качества ведущего психопатологического нарушения (синдрома-болезни) ППД следует классифицировать в качестве самостоятельной номенклатурной единицы - функциональных продуктивно-дизонтогенетических расстройств поведения регрессивно-го характера (с возможной более тонкой дифференциацией в рамках единого шифра).

12. Такие особенности ППД, как особая легкость возникновения по разным, в том числе достаточно случайным причинам, стойкая последующая фиксация и автоматизация сложного многокомпонентного двигательного паттерна, идентичность ППД в разных популяциях и культурах, наличие рудиментарных предшественников их в период внутриутробного развития и физиологических аналогов в раннем онтогенезе, имеющих адаптивное значение, а также традиционная социализация их у разных народов, могут быть объяснены генетической запрограммированностью соответствующего поведения, обусловленной его филогенетической природой. Последнее подтверждается сравнительным анализом этих форм поведения у человека и животных, обнаруживающим их видоспецифический характер (Ладыгина-Котс Н.Н., 1935; Дерягина М.А., 1997).

13. Патогенетически обоснованное лечение больных с ППД должно строиться с учетом:

- комплексного общебиологического, психофармакологического и психотерапевтического воздействия на энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные факторы, лежащие в основе развития психического нарушения и поддерживающие устойчивое патологическое состояние;
- психокоррекции личности пациента и структуры его межличностных отношений с целью формирования более зрелых форм психической саморегуляции и социального функционирования.
- воздействия на саму инертную систему фиксированного поведения с учетом его психопатологического качества<sup>6</sup>;

14. Хронический характер большинства случаев ППД, их резистентность к лечебным воздействиям предопределяет необходимость усиления эффективности последних за счет воздействия на больного в форме эмоционально-стрессовой психотерапии и других способов дестабилизации устойчивого патологического состояния.

Использование технического устройства, работающего на принципе биологической обратной связи и подающего звуковой сигнал о приближении руки к голове во время не контролируемого сознанием привычного патологического навыка, дает основание говорить о перспективности применения в психиатрии аппаратов, построенных по данному принципу, для обеспечения активного сознательного контроля при лечении ППД и других высокоавтоматизированных двигательных стереотипов (Шевченко Ю.С., Васильев М.В., 1994).

Дизонтогенетическая природа ППД обуславливает необходимость проведения онтогенетически ориентированных приемов психотерапии и психокоррекции детей с подобными формами расстройств. Основной принцип разработанной на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) интегративной психотерапии (Шевченко Ю.С., 1999) методики интенсивно-экспрессивной терапии (ИНТЭК) - это решение актуальных для ребенка и его микросреды проблем на основе гармонизации личности и семьи за счет оживления онтогенетических ранних форм психической

---

<sup>6</sup> Проведенное исследование подтвердило эффективность серотонинергических антидепрессантов в отношении трихотилломании (Swedo S.E., Rapoport J.L., 1991) и в то же время позволило уточнить показания к их применению. Наибольшая их эффективность отмечена при ядерном (продуктивно-дизонтогенетическом) варианте привычных действий, обсессивно-компульсивной структуре синдрома, а также при их возникновении на фоне первичной депрессии. Перспективным представляется использование при данной психопатологическом варианте синдрома современных, но малоизученных в детской практике антидепрессанта коаксила и нейрорептика рипопелта (а также их сочетания). Приобретение патологическими привычками качества навязчивых и неодолимых влечений, либо осложнение синдрома вторичными, личностно-реактивными депрессивными образованиями на третьем этапе его развития сопровождалось потерей чувствительности к кломипрамину и серотонинергическим антидепрессантам (флуоксетину, флувоксамину). В этих случаях более эффективными оказались неулептил, аминазин, сонапакс (при выраженности патологического влечения к выдергиванию волос), а также трициклические антидепрессанты и транквилизаторы (амитриптилин, алпрозолам, финлепсин, феназепам). Наличие энцефалопатических и дизонтогенетических механизмов, лежащих в основе патогенеза ППД, определяет обоснованность назначения в качестве базисных препаратов ноотропов и психостимуляторов, обеспечивающих созревание структурно-функциональных систем мозга и повышение тонуса коры, что облегчает проведение психотерапии и психокоррекции.

саморегуляции и общения (в том числе невербального) и одновременной стимуляции соответствующей психологическому возрасту ребенка “зоны ближайшего развития” индивидуально- и социально-психических уровней его личности (Шевченко Ю.С., Добридень В.П., 1998).

15. Нозологическая неспецифичность ППД обуславливает единство принципов их первичной профилактики с общими положениями психогигиены детей и подростков. Наиболее существенным условием развития и воспитания детей, имеющим значение для предупреждения возникновения и фиксации инстинктивных поведенческих стереотипов, является обеспечение врожденных потребностей ребенка в телесном контакте (в частности, в процессе кормления грудью), двигательной активности, ритмической стимуляции, исследовательском поведении, постоянном и эмоционально насыщенном контакте с близкими людьми (прежде всего, с матерью), что наиболее актуально в раннем возрасте.

Возникновение компенсаторных стереотипных действий должно, в первую очередь, настраивать родителей, воспитателей и педиатров на поиск и ликвидацию источников эмоционального и физического дискомфорта, психической депривации, а также на развитие социализированных форм реализации инстинктивного поведения, обеспечение отвлекающих от стереотипий альтернативных психотехнических приемов сенсорной и двигательной регуляции эмоционального тонуса и формирование соответствующих возрасту высших потребностей.

Выявление ранних признаков трансформации индивидуальной привычки в ППД диктует необходимость своевременного обеспечения специализированной психиатрической помощи (в том числе и детям раннего возраста), включающей психотерапевтические, психокоррекционные и медикаментозные мероприятия (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.- М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000.- 304 с.
2. *Бехтерева Н.П.* Здоровый и больной мозг человека.- Л.: Наука, 1988.- 262 с.
3. *Гарбузов В.И.* К вопросу о навязчивом выдергивании волос, бровей и ресниц детьми и подростками. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова № 10, 1971.- с. 1210-1215.
4. *Дерягина М.А.* Эволюция поведения приматов (этологический подход к проблеме антропосоциогенеза). Дисс. докт. биол. Наук.- М., 1997.- 60 с.
5. *Исаев Д.Н., Каган В.Е.* Психогигиена пола у детей.- Л.: Медицина, 1986.- 336 с.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста.-М., Медицина, 1979.- 607 с.
7. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.- М., Медицина, 1985.-288 с.
8. *Ладыгина -Котс Н.Н.* Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. – М.: 1935.- 559 с.
9. *Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М., Изд. МГУ, 1990.- 197 с.
10. *Лисина М.И.* Проблемы онтогенеза общения. М., Педагогика, 1986.- 145 с.
11. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1.- М.: Медгиз, 1955.- 458 с.
12. *Ушаков Г.К.* Детская психиатрия.- М.: Медицина, 1973.- 392 с.
13. *Чутин Г.Т., Маслова Г.К.* Распространенность вредных привычек у детей, страдающих врожденными или приобретенными нервно-психическими заболеваниями. //Стоматология. Т. 50, № 3, 1971.- с. 86-87.
14. *Шевченко Ю.С.* Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их терапии с позиций концепции психического дизонтогенеза.//Социальная и клиническая психиатрия.- 1992.-Т.2, вып. 1.-с.11-21.
15. *Шевченко Ю.С.* Патологические привычные действия у детей и подростков (клинико-патогенетический и терапевтический аспекты). Дисс. докт. мед наук, М., 1994.-444 с.
16. *Шевченко Ю.С., Васильев М.В.* Способ психотерапии патологических привычных действий с помощью аппарата биологической обратной связи. //Социальная и клиническая психиатрия.-1994.-№2.- с. 82-88.
17. *Шевченко Ю. С., Добридень В.П.* Онтогенетически - ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС). Практическое пособие.- М.: Российское психологическое общество, 1998.- 157с.
18. *Шевченко Ю.С.* Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия. //Социальная и клиническая психиатрия. Т 9, вып. 3, 1999.- с. 63-70.
19. *Ajuriaguerra J. de.* Manuel de pscyiatrie de l' enfant. Paris, 1970.- 1023 p.
20. *Delgado R.A., Mannino F.U.* Some observations on trichotillomania in children. //J. Acad. Child. Psy-

chiatry.- 1969, v. 8, № 2.- pp. 229-246.

21. *Graham Ph., Turk J., Verhulst F.C.* Child Psychiatry. A developmental approach. Third ed. Oxford Univ. Press, 1999.- 554 p.

22. *Harbauer H., Lempp R., Nissen G., Strunk P.* lehrbuch der speziellen Rinder und Jugendpsychiatrie. 4. Aufl. Berlin: Heidelberg: N.Y. Springer, 1980.- 535 S.

23. *Harnack G.A. von.* Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkinderen. Stuttgart, Thieme, 1958.- 92 S.

24. *Kanner L.* Child psychiatry. 2-d ed.- Thomas, 1955.- 752 p.

25. (*Kaplan H.I., Sadock B.J.*) *Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. Т.2. Пер.с англ.- М.: Медицина, 1994.- 526 с.

26. (*Lorenz K.*) Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): Пер. с нем.- М.: Из. гр. «Прогресс», «Универс», 1994.- 272 с.

27. (*Rappoport J.L.*) *Рэппопорт Дж.Л.* Биологическая природа навязчивых действий. //В мире науки, Scientific America, № 5, 1989.- с. 55-62.

28. *Schachter M.* Etude des rythmies de la veille chez l'infant. //Etude de neuropsychopathologie infantile, № 7, 1957.- pp. 1-27.

29. *Spitz R.A.* Autoerotism re-examined: The role of early sexual behavior patterns in personality formation. //Psychoanalytic Study of the Child /Ed R.S. Eissler, A. Freud, A. Hartman, M. Kris. V. 17.-N.Y., 1962.- pp. 283-297.

30. (*Stutte H.*) *Штутте Г.* Психиатрия детского и юношеского возраста. В кн.: Клиническая психиатрия /под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. М.: Медицина, 1967.- с. 678-799.

31. *Swedo S.E., Rapoport J.L.* Annotation: Trichotillomania. //J. Child Psychol., Psychiat. V. 32, № 3, 1991.- pp. 401-409.

32. (*Tinbergen N.*) Тинберген Н. Социальное поведение животных.: Пер. с англ.- М.: Мир, 1993.- 152 с.

**П. В. Безменов**

## **СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ У УЧЕНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ**

**МНИИ психиатрии МЗ РФ. Москва.**

В последние годы проблема школьной неуспеваемости привлекает все большее внимание специалистов, причем, не только психиатров, но и психологов, коррекционных и социальных педагогов, юристов. Анализ опубликованных к настоящему времени многочисленных данных выявляет сложность, комплексность, многомерность понятия «школьная дизадаптация», в рамках которого обычно рассматривается академическая неуспешность ребенка (1-2, 5-6, 8 и др.). Оно включает в себя как собственно неуспеваемость, так и широкий круг психологических, педагогических, социально-средовых проблем, возникающих в процессе школьного обучения и приводящих в конечном итоге к нарушению процесса социального функционирования ребенка. Несмотря на большое количество исследований, существует много неясного и спорного в вопросах дефиниций, определения причинно-следственной зависимости между неуспеваемостью и нарушениями поведения, спектра психопатологических расстройств, встречающихся у детей с неуспеваемостью, сравнительной роли биологических, психологических и социально-средовых факторов риска формирования учебной несостоятельности, а также подходов к коррекционно-реабилитационной и профилактической работе (3-4, 7, 8, 9-12 и др.). Следует отметить недостаточно четкий методологический подход к оценке степени значимости отдельных факторов риска. Хотя во многих работах подчеркивается комплексный характер причин, приводящих к формированию неуспеваемости, зачастую каждый из факторов риска рассматривается в отрыве друг от друга, а не во взаимодействии.

Цель настоящего исследования состояла в выявлении и оценке степени значимости факторов, способствующих формированию учебной несостоятельности у учеников младших классов. Под неуспеваемостью понималась стойкая (в течение  $\geq 1$  четверти) неудовлетворительная оценка учебных достижений хотя бы по одному из основных предметов (математике, русскому языку, чтению), связанная с несоответствием уровня школьных знаний программным требованиям или (при достаточном уровне школьных знаний) наличием психопатологических причин, препятствующих нормальному процессу обучения. При квалификации состояния использовались диагностические критерии МКБ-10.

Исследование проводилось на базе Центра психолого-педагогической коррекции г. Мытищи. Вы-

борку исследования составил 221 ребенок, в том числе 128 мальчиков и 93 девочки, в возрасте от 7 до 11 лет, обучавшихся в 1-м (85 детей - 45 мальчиков, 38 девочек), 2-м (46 детей - 27 мальчиков, 19 девочек) и 3-м (90 детей - 51 мальчик, 39 девочек) классах массовых общеобразовательных школ. В основную группу вошли 128 детей (80 мальчиков, 48 девочек), обучавшихся в 1-м (50 детей, 31 мальчик, 19 девочек), 2-м (46 детей, 27 мальчиков, 19 девочек) и 3-м (32 ребенка, 19 мальчиков, 13 девочек) классах. Критерием включения в основную группу было наличие трудностей в обучении, носивших затяжной характер и приводивших к формированию школьной неуспеваемости. Нарушения поведения при отсутствии признаков неуспеваемости не служили критерием включения в основную группу. Обследование детей основной группы проводилось психиатром, психологом и логопедом, после чего результаты, полученные каждым из специалистов, обобщались. Контрольную группу составили дети без признаков школьной неуспеваемости. Первичное обследование детей проводилось при помощи специально разработанной анкеты, заполнявшейся их родителями. Всего было роздано 120 анкет, получено полностью заполненными 93 (48 мальчиков, 45 девочек).

Второй этап работы с детьми контрольной группы состоял в очном психиатрическом обследовании, аналогичном проводившемуся при изучении детей из основной группы, и психологическом исследовании. Было обследовано 69 детей (35 мальчиков, 34 девочки).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием средств пакета SPSS 8.0. На первом этапе была определена связь между каждым из выделенных прогностических факторов и неуспеваемостью. С этой целью при помощи однофакторной логистической регрессии рассчитаны показатели отношения шансов (ОШ) и уровень их статистической значимости — значение  $p$  и 95% доверительный интервал (ДИ). Переменные, чье влияние на исход было статистически значимым, включались в окончательную модель, исследованную при помощи многофакторной логистической регрессии. Результатом анализа стало определение стандартизированного, т. е. независимого от влияния других переменных, показателя ОШ для каждого из включенных в модель факторов. После этого аналогичным образом был проведен анализ в подгруппах (1—3 класса, мальчики—девочки).

Клинически очерченные формы психопатологических расстройств в основной группе были обнаружены у 109 (85,2%) детей (65 мальчиков, 44 девочки), в том числе в 1-м классе у 40 учеников, во 2-м — у 39, в 3-м — у 30 учеников. В контрольной группе они выявлялись у 41 (44,1%) ребенка (23 мальчика, 18 девочек), в том числе в 1-м классе — у 21 ученика, в 3-м — у 20. Различие было статистически значимым ( $p < 0,05$ ). Психологическое исследование показало наличие отклонений (сужение объема внимания, снижение памяти, эмоционально-волевая незрелость, нарушения мышления, ЗПР, умственная отсталость) у 106 (82,8%; 62 мальчика, 44 девочки) детей в основной группе. При логопедическом обследовании те или иные специфические нарушения (в том числе ОНР, дизартрия, дисграфия, дислексия, дислалия) были выявлены у 109 детей (85,2%; 69 мальчиков, 40 девочек) в основной группе. Следует отметить, что у многих детей без значительных, требующих логопедической коррекции, нарушений речи, имелись указания на наличие таких расстройств в дошкольном возрасте.

Синдромологический спектр выявленных психопатологических расстройств включал в себя проявления церебрастенического, неврозоподобного, психопатоподобного, гипердинамического, депрессивного синдромов, аутистические нарушения поведения, психофизический инфантилизм, интеллектуальную недостаточность различной степени выраженности.

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство было выявлено у 28 детей (21,9%; 18 мальчиков, 10 девочек) в основной группе по сравнению с 22 (31,9%; 12 мальчиков, 10 девочек) в контрольной ( $p = 0,13$ ). Шизотипическое расстройство было диагностировано у 2 детей (1,6%; мальчики) основной группы ( $p = 0,19$ ). У 4 (3,1%; мальчики) детей основной группы текущее состояние соответствовало критериям диагностики расстройств адаптации. В контрольной группе названных расстройств выявлено не было ( $p = 0,06$ ). Формирующиеся личностные расстройства (F60.x) выявлены у 17 детей (13,3%; 10 мальчиков, 7 девочек) основной группы по сравнению с 8 (11,6%; 4 мальчика, 4 девочки) в контрольной ( $p = 0,73$ ), в том числе: шизоидное у 6 (4,7%; мальчики) и 2 (2,9%) соответственно, истерическое у 4 (3,1%; девочки) и 4 (5,8%), неустойчивое у 2 (1,6%; мальчики) и 2 (2,9%). Кроме того, в основной группе у 3 детей (2,3%; мальчики) было диагностировано формирование психастенических черт характера, а у 2 (1,6%; мальчики) — возбудимых. Задержка темпов психического развития выявлена у 57 (44,4%; 34 мальчика, 23 девочки) детей основной группы по сравнению с 12 (17,4%; 6 мальчиков, 6 девочек) в контрольной ( $p < 0,05$ ). В качестве основного диагноз ЗПР был выставлен у 16 детей (12,5%; 6 мальчиков, 10 девочек) основной группы и 4 (5,8%; девочки) - контрольной ( $p = 0,12$ ). Умственная отсталость легкой степени была обнаружена у 8 детей (6,3%; 2 мальчика, 6 девочек) только в основной группе ( $p < 0,05$ ). Гиперкинетические расстройства обнаружены у 18 детей (14,1%; 14 мальчиков, 4 девочки) основной группы по сравнению с 4 (5,8%; мальчики) в контрольной ( $p = 0,09$ ), в том числе нарушение активности и внимания — у 10

(7,8%; 6 мальчиков, 4 девочки) и 4 (5,8%, мальчики) соответственно ( $p=0,59$ ), гиперкинетическое расстройство поведения — у 8 (6,3%; мальчики) детей из основной группы ( $p<0,05$ ). Расстройства социально-го поведения отмечены у 9 (7,0%; 5 мальчиков, 4 девочки) детей только в основной группе ( $p<0,05$ ), в том числе: несоциализированное — у 1 ребенка (0,8%; мальчик), социализированное (F91.2) — у 2 (1,6%; девочки), оппозиционно-вызывающее (F91.3) — у 6 (4,7%; 4 мальчика, 2 девочки). Эмоциональные расстройства детского возраста выявлены у 6 детей (4,7%; девочки) основной группы по сравнению с 3 (4,3%; мальчик) контрольной ( $p=0,27$ ), в том числе социальное тревожное расстройство — у 6 (4,7%, девочки) и 2 (2,9%; мальчики) соответственно ( $p=0,53$ ), тревожное расстройство в связи со страхом разлуки — у 1 (0,8%; мальчик) только в контрольной группе ( $p=0,67$ ).

К социально-средовым факторам были отнесены состав семьи, внутрисемейная обстановка, особенности воспитания, материальные условия, посещение детского сада, подготовленность к школьному обучению, смена школы и наличие психотравмы. В основной группе по сравнению с контрольной социальное неблагополучие в целом выявлялось чаще, но различие было статистически незначимым (82% и 75,3% соответственно;  $p=0,22$ ). При анализе влияния отдельных факторов данной группы статистически значимым оказались неполная семья, неблагоприятный семейный микроклимат, неправильное воспитание, неудовлетворительное материальное положение, неподготовленность к школьному обучению и смена школы.

Анамнестические факторы включали в себя течение беременности, особенности родов, массу тела при рождении, особенности поведения и нарушения, отмечавшиеся у ребенка в грудном возрасте, раннее психомоторное развитие и речевые нарушения, а также особенности адаптации к детскому саду. Те или иные отклонения в анамнезе были выявлены у 98,4% детей с неуспеваемостью, в то время, как в контрольной группе они отмечались в 92,4% случаев ( $p<0,05$ ). Статистически значимым было влияние патологии беременности, недостаточной или избыточной массы тела при рождении, отставания темпов раннего психомоторного развития, речевых нарушений и затяжной адаптации к детскому саду.

При оценке соматической отягощенности учитывали частоту простудных заболеваний, наличие травм головы с сотрясением головного мозга, хронических заболеваний (в том числе нарушений со стороны зрения и слуха), проводившиеся оперативные вмешательства. В основной группе по сравнению с контрольной показатель соматической отягощенности был несколько ниже, но различие было статистически незначимым (соответственно 46,1% и 50,5%;  $p=0,51$ ).

К группе психопатологических факторов относились жалобы и особенности поведения в дошкольном и школьном возрасте. Психопатологические нарушения в основной группе были отмечены в 98,4% случаев по сравнению с 83,9% в контрольной ( $p<0,05$ ). Что касается отдельных факторов, то статистически значимое различие было определено только для частоты нарушений поведения в школьном возрасте.

После первичной обработки данных была проведена серия однофакторных регрессионных анализов с целью выявления связи между каждым из выделенных факторов и неуспеваемостью и оценки статистической значимости такой связи. Было установлено, что статистически значимым является влияние следующих факторов: социально-средовых — неполной семьи, неблагоприятной внутрисемейной обстановки, неправильного воспитания, неудовлетворительных материальных условий, неподготовленности к школьному обучению, смены школы; анамнестических — осложненной беременности, массы тела при рождении выше или ниже нормы, задержки темпов раннего психомоторного развития, речевых нарушений и затруднения адаптации к детскому саду; психопатологических — нарушений поведения в школьном возрасте. Названные факторы были включены в окончательную модель, исследованную при помощи многофакторной логистической регрессии. С ее помощью было показано, что для диагноза стандартизированное ОШ равняется 1,96 при 95% ДИ от 0,52 до 7,29, т.е. результат оказался статистически незначимым. Для увеличения статистической мощности исследования был проведен многофакторный анализ взаимодействия групп факторов; при этом стандартизированное ОШ для диагноза составило 2,98 при 95% ДИ от 1,40 до 6,32.

При анализе в подгруппах была выявлена следующая тенденция. У мальчиков социально-средовые факторы имеют большее значение, чем анамнестические (нестандартизированное ОШ 8,36 при 95% ДИ от 3,60 до 19,39 и 4,33 при 95% ДИ от 1,95 до 9,62 соотв.; стандартизированное ОШ 9,55 при 95% ДИ от 3,80 до 24,00 и 5,25 при 95% ДИ от 2,04 до 13,50 соотв.). Нестандартизированное ОШ для диагноза у мальчиков составило 2,26 при 95% ДИ от 0,92 до 5,54 (результат статистически незначим). У девочек социально-средовые факторы также преобладают над анамнестическими (нестандартизированное ОШ 7,52 при 95% ДИ от 2,53 до 22,51 и 3,54 при 95% ДИ от 0,68 до 18,54 соотв.), однако при многофакторном анализе влияние социально-средовых факторов было незначимым (ОШ 2,08 при 95% ДИ от 0,45 до 9,59). Нестандартизированное ОШ для диагноза у девочек составило 9,78 при 95% ДИ от 2,87 до 33,29, стандартизированное — 5,21 при 95% ДИ от 1,10 до 24,67. В 1-м классе роль социально-средовых фак-

торов больше, чем анамнестических (нестандартизированное ОШ 9,15 при 95% ДИ от 3,37 до 24,81 и 7,88 при 95% ДИ от 2,76 до 22,49 соотв.; стандартизированное ОШ 7,58 при 95% ДИ от 2,49 до 23,07 и 5,96 при 95% ДИ от 1,81 до 19,60 соотв.). Нестандартизированное ОШ для диагноза составило 0,76 при 95% ДИ от 0,21 до 2,72 (результат статистически незначим). В 3-м классе социально-средовые факторы также имели большее значение, чем анамнестические (нестандартизированное ОШ 8,42 при 95% ДИ от 2,30 до 30,76 и 7,26 при 95% ДИ от 0,89 до 59,05 соотв.), но при многофакторном анализе влияние социально-средовых факторов было незначимым (ОШ 3,94 при 95% ДИ от 0,89 до 17,36). Нестандартизированное ОШ для диагноза составило 18,00 при 95% ДИ от 3,82 до 84,75, стандартизированное — 10,18 при 95% ДИ от 1,98 до 52,27.

Таким образом, анализ данных в подгруппах показал, что влияние социально-средовых неблагополучия в целом на успеваемость сильнее среди учащихся 1-го класса, чем 3-го. Более того, в 1-м классе социально-средовые факторы преобладают над анамнестическими и сохраняют значимость при многофакторном анализе. В 3-м классе социально-средовые факторы при многофакторном анализе не являются статистически значимыми. Соответственно, сильно различается и роль наличия психопатологических расстройств: если в 1-м классе их влияние статистически незначимо, то в 3-м они являются одним из основных прогностических факторов. При однофакторном анализе социально-средовые факторы преобладают над анамнестическими как у мальчиков, так и у девочек (у последних влияние анамнестических факторов незначимо), однако при многофакторном анализе социально-средовые факторы сохранили значимость только у мальчиков. У девочек наличие психопатологических расстройств является статистически значимым фактором риска, в то время как у мальчиков они играют значительно меньшую роль.

Как уже было отмечено, среди социально-средовых факторов риска статистически значимыми при однофакторном анализе оказались неподготовленность к школьному обучению, неблагоприятный внутрисемейный микроклимат, неудовлетворительное материальное положение, неполная семья и неправильное воспитание. При многофакторном анализе сохранили значимость неблагоприятная семейная обстановка, неполная семья, неподготовленность к школе. Неправильное воспитание также осталось статистически значимым, но как бы поменяло свой знак на противоположный. При анализе в подгруппах было установлено, что в 1-м классе по сравнению с 3-м большее значение имеют неподготовленность к школе и неудовлетворительное материальное положение, а в 3-м классе по сравнению с 1-м — неправильное воспитание и неблагоприятная внутрисемейная обстановка. У девочек по сравнению с мальчиками большее значение имеет неполная семья, неблагоприятная внутрисемейная обстановка, неправильное воспитание и неподготовленность к школьному обучению, а у мальчиков по сравнению с девочками — неудовлетворительное материальное положение.

Из анамнестических факторов статистически значимыми при однофакторном анализе были нарушение адаптации к детскому саду, масса тела при рождении (больше или меньше нормы), задержка раннего психомоторного развития, патология беременности и речевая патология. При многофакторном анализе сохранили значимость речевые нарушения и патология беременности. При анализе в подгруппах было установлено, что у учеников 1-го класса по сравнению с 3-м большую роль играет задержка темпов раннего развития, а в 3-м классе по сравнению с 1-м — патология беременности, расстройства в грудном возрасте, речевые нарушения и затруднение адаптации к детскому саду. У девочек по сравнению с мальчиками влияние всех анамнестических факторов выражено сильнее. Исключение представляет только наличие речевой патологии, уровень которой практически одинаков в обеих подгруппах.

Многофакторный анализ со всей очевидностью показал комплексность, многомерность причин, способствующих формированию школьной неуспеваемости. В каждом конкретном случае к учебной декомпенсации приводило не только наличие того или иного психопатологического расстройства, микросоциальных нарушений или средового неблагополучия. Срыв адаптивных возможностей, выражавшийся в снижении успеваемости, происходившем в результате снижения работоспособности в случае резидуально-органической недостаточности нервной системы, патохарактерологического реагирования при личностных расстройствах, нарастания разрыва между интеллектуальными способностями и постепенно усложняющимися программными требованиями при состояниях умственного недоразвития, был обусловлен сложным взаимодействием всех выделенных факторов. Некоторые из них играли негативную роль, другие, напротив, положительную, как бы предохраняя ребенка от декомпенсации.

Комплексность этиологических факторов диктует необходимость междисциплинарного подхода к коррекции и профилактике учебной несостоятельности. Усилиями специалистов только одного профиля, будь то психиатр, психолог или дефектолог, невозможно преодолеть приводящие к неуспеваемости проблемы. Фармакологическая коррекция психопатологических проявлений без одновременной длительной психотерапевтической работы как с самим ребенком, так и с семьей в целом, а иногда и с педагогами школы, в которой обучался ребенок, малоэффективна. С другой стороны, занятия с дефектоло-

гом могут не приводить к существенной положительной динамике даже в случае неглубокой задержки интеллектуального развития при ее сочетании с выраженными церебрастеническими проявлениями, гиперактивностью или нарушениями поведения без медикаментозной коррекции последних.

В ходе исследования были разработаны следующие основные принципы комплексной диагностики признаков повышенного риска формирования школьной неуспеваемости: обязательное взаимодействие специалистов различного профиля на этапе первичного обследования; многомерный учет онтогенетических, личностных, социально-средовых, возрастных кризовых, психопатологических, педагогических и других факторов с определением роли каждого из них; взаимное согласование диагностических суждений и коррекционно-профилактических предложений с выработкой единого поэтапного плана медико-психолого-педагогической работы с ребенком и его семьей; назначение, при необходимости, дополнительных обследований и консультаций специалистов; назначение индивидуального куратора; динамическая оценка результатов коррекционной работы; определение социального краткосрочного и долгосрочного прогноза; выработка комплексных (социальных, профессиональных, психологических, лечебных) рекомендаций для ребенка, его семьи и тех социально-педагогических служб и образовательных учреждений, в ведение которые ребенок поступает.

Первичным этапом коррекционной работы было междисциплинарное обследование, проводившееся в рамках психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Особенностью ее работы было раздельное обследование ребенка всеми входившими в нее специалистами с последующим обязательным совместным обсуждением полученных каждым из них результатов. В сложных, диагностически спорных случаях к участию в обсуждении привлекались высококвалифицированные эксперты. При необходимости обследование было не однократным, а динамическим, что придавало большую гибкость диагностическим заключениям и коррекционно-профилактическим рекомендациям. С целью преодоления разобщенности специалистов, занимающихся коррекционно-профилактической работой с ребенком и семьей в целом, была введена такая форма их совместной деятельности, как медико-психолого-педагогический консилиум, т.е. совместное обсуждение полученных на каждом из этапов работы результатов.

Назначение медикаментозной терапии проводилось с учетом того, что она являлась составной частью междисциплинарной программы коррекции, реабилитации и профилактики школьной неуспеваемости. Выбор лекарственных препаратов определялся не только предполагаемой эффективностью, но и безопасностью. Для определения достигнутого эффекта проводилось повторное психиатрическое, а при необходимости и психологическое, дефектологическое и параклинические (ЭЭГ, ЭхоЭГ, рентгенография, РЭГ) обследования. На протяжении всего процесса лечения поддерживалась тесная взаимосвязь между психиатром и другими специалистами, осуществлявшими работу с ребенком. Это давало дополнительную возможность для оценки эффективности и безопасности проводимого лечения, а также для его видоизменения. Основная цель лечения заключалась не в полном устранении психопатологических проявлений любой ценой, а в достижении адекватной адаптации ребенка в микросоциальном и школьном окружении.

При назначении лечения и контроле за соблюдением врачебных предписаний практически всегда требовалось определенное воздействие на родителей, направленное на получение информированного согласия на осуществление терапевтического вмешательства, а также на нормализацию внутрисемейных взаимоотношений, без которого положительный эффект фармакотерапии вряд ли достижим. С правовой точки зрения информированное согласие родителей (или опекунов) рассматривалось как обязательное условие проведения медикаментозного лечения.

При наличии речевой патологии осуществлялась ее логопедическая коррекция (индивидуальная или в условиях группы). Дети с первичным диагнозом ЗПР, установленным при помощи клинического и психологического обследования, посещали занятия с дефектологом. При подозрении в отношении умственной отсталости спустя полгода после начала коррекционных занятий ребенок повторно обследовался в рамках ПМПК. При наличии достаточной положительной динамики интеллектуальной деятельности рекомендовалось продолжение обучения по массовой программе. В случае отсутствия или недостаточной выраженности положительных изменений ставился диагноз умственной отсталости и рекомендовался перевод на обучение во вспомогательную школу. Проблемы психологического характера, в том числе внутрисемейные, решались посредством индивидуальных или семейных занятий с психологом, владеющим навыками психотерапевтической работы. Помимо этого, осуществлялась групповая игротерапия, направленная на коррекцию формирующихся патохарактерологических проявлений (первичных или вторичных, обусловленных, в том числе, осознанием собственной несостоятельности), выработку коммуникативных навыков, установок на социально адаптивный стиль поведения. Для дошкольников из группы высокого риска формирования школьной дизадаптации, в частности, неуспеваемости, проводились занятия в рамках групп эколого-эстетического воспитания, подготовки к школе, развития устной речи.

Одной из актуальных задач профилактики школьной неуспеваемости является выделение групп риска по ее возможному формированию. Результаты многофакторного анализа, проведенного в рамках настоящего исследования, показали, что статистически значимыми факторами риска формирования неуспеваемости у детей, включенных в выборку, являлись неполная семья, неблагоприятная внутрисемейная обстановка, неподготовленность к школьному обучению, патология беременности и нарушение речевого развития. Знание этих факторов позволяет соответствующим образом построить модель коррекционной и профилактической работы. Результаты свидетельствуют, что основное внимание следует уделять психотерапевтическому воздействию на семью в целом, направленному на оздоровление внутрисемейных отношений, улучшению семейного микроклимата. Наряду с этим основополагающим моментом является адекватная и своевременно начатая подготовка ребенка к школьному обучению, особенно при условии его воспитания в неполной или конфликтной семье. Заслуживает самого пристального внимания тот факт, что даже задержка темпов психомоторного развития теряет при многофакторном анализе свою значимость, являясь прогностическим фактором лишь в отсутствие учета влияния остальных переменных, в отличие от наличия речевой патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беззубова Е.Б. Типология школьной дезадаптации. В сб.: "Школьная дезадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков". - Москва, 1995. - с. 33—34.
2. Вострокнутов Н.В. Детский дистресс: диагностика, коррекция, возвращение в жизнь. - В сб.: "Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Защита, помощь, возвращение в жизнь". - Москва, 1998. - с. 31—36.
3. Данилова Л.Ю. Клиническая типология школьной дезадаптации. - В сб.: "Школьная дезадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков". - Москва, 1995. - с. 40—41.
4. Иванова А.Я. Патопсихологический подход к изучению проблем массовой школы. В сб.: "Социальная дезадаптация: Нарушения поведения у детей и подростков". - Москва, 1996. - с. 49-51.
5. Иовчук Н.М. Психопатологические механизмы школьной дезадаптации. В кн.: "Школьная дезадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков". - Москва, 1995, с.23-25.
6. Каган В.Е. Школьная дезадаптация: к определению понятия. - Там же. - с. 3—8.
7. Кашникова А.А., Татарова И.Н., Коваленко Ю.Б. Эмоционально-личностные нарушения у детей со стойкой школьной дезадаптацией. - Там же. - с. 55—56.
8. Сухотина Н. К. Школьная адаптация и нервно-психическое здоровье детей. - В сб.: "Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь". - Москва, 1998. - с. 210-211.
9. Christianopoulos K., Ikononou E., Voytira V. Learning disabilities and accompanying psychiatric disorders. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/76.
10. Dimigen G., Priore C., Butler S., Evans S., Ferguson L., Swan M. Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: questionnaire survey. BMJ 1999; 319:675—7.
11. Donfrancesco R., Noccioli N. Impulsive style in learning disabilities. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/75.
12. Kondyli A., Pitsouni D., Giannopoulou S., Tsiantis I. Psychopathology of children referred for academic difficulties. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/76.

Н. М. Иовчук, А. А. Северный

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ПРИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ассоциация детских психиатров и психологов. Москва.

В последние годы проблема междисциплинарного взаимодействия привлекает все больше внимания специалистов, работающих в сфере профилактики и реабилитации школьной и социальной дизадаптации у детей и подростков (1-4, 7, 8). Несмотря на то, что в США и странах Западной Европы междисциплинарные коллективы существуют несопоставимо более длительное время, чем в России, вопросы комплексной мультидисциплинарной помощи детям и подросткам по-прежнему сохраняют свою актуальность [9, 10]. В России впервые проблема междисциплинарного взаимодействия, или мультидисциплинарного, комплексного профессионального подхода, остро встала в начале 90-х годов, когда появились принципиально новые учреждения для детей и подростков с социальной и школьной дизадаптацией. Их возникновение было обусловлено стремительным повышением количества дизадаптированных детей школьного возраста, связанным с множеством факторов социально-экономического и социально-психологического характера. За последние 12 лет в России возникли сотни коррекционных школ и центров, и их число продолжает неуклонно нарастать. Создание таких центров часто лишено научного обоснования и методически не обеспечено, что делает эффективность их работы несоизмеримо низкой по сравнению с материальными и моральными затратами.

Деятельность доминирующего большинства вновь созданных центров направлена на коррекционно-реабилитационную работу с детьми и подростками, имеющими тяжелые степени социальной дизадаптации. Между тем, как показывают клинично-психологические и клинично-статистические исследования [5], школьная и социальная дизадаптация во всех случаях является процессом мучительным, длительным, почти всегда доступным предотвращению при комплексном профилактическом подходе. Между тем именно профилактике меньше всего уделяется внимания в школе и детском саду, хотя термин «группы риска», так часто употребляемый различными специалистами, тесно спаян именно с профилактическим подходом. Система профилактики школьной дизадаптации, охватывающая не только школу, но и дошкольные детские учреждения, пока существует лишь в зачаточном состоянии и в единичных детских учреждениях, хотя она не только гуманнее, но и дешевле коррекции глубоких форм школьной и социальной дизадаптации.

Одним из главных препятствий в организации полноценной реабилитационной и профилактической помощи является ведомственная разделенность детских служб, что особенно пагубно сказывается на судьбе самых незащищенных детей - лишенных родительского попечения, оказавшихся в особых социальных условиях (бомжей, бродяг, преступников, беженцев и т.п.). Коррекционно-реабилитационные центры организуются в рамках различных административных структур - департаментов образования, Министерства образования, Министерства здравоохранения, МВД, Министерства социальной защиты, Комитета молодежи и т. д. Узковедомственное подчинение центров крайне ограничивает возможность полноценного профессионального контроля, а также возможность привлечения специалистов из-за отсутствия соответствующих ставок в штатном расписании, низкой оплаты "непрофильных" специалистов, невозможности сохранения стажа по своей специальности, лишения надбавок, удлиненного отпуска, возможности повышения квалификации и т.п. В связи с этим в коррекционных центрах работают не только энтузиасты, готовые ради идеи помощи детям поступиться многими профессиональными льготами, но нередко и неопытные, неперспективные или "выгоревшие" специалисты, что пагубно сказывается прежде всего на детях. Лишь единичные центры, добившиеся межведомственного или вневедомственного подчинения, в состоянии привлечь высококвалифицированных специалистов на постоянную работу, что несомненно существенно улучшает ее результаты. Для выполнения своих функций и полноценной реализации каждым из специалистов своих профессиональных возможностей структуру комплексной социореабилитационной и профилактической службы целесообразно строить по принципу **административного единства на основе профессионального разделения**, чего, к сожалению, не удается реализовать в силу отсутствия адекватной нормативной базы для создания подобных структур.

В то же время создаваемые альтернативные (негосударственные) учреждения для психокоррекционной помощи детям играют крайне незначительную роль, поскольку организации, высокопрофессиональные и действующие на благотворительной основе, лишены сколько-нибудь существенной государственной поддержки, а учреждения, работающие для извлечения прибыли, малодоступны для населения и порой низкопрофессиональны.

Психолого-психиатрическое обследование в коррекционных центрах [6] выявляет у доминирующего большинства их воспитанников (93-97%) различные психические расстройства, которые в основном

относятся к пограничному уровню патологии. Среди семей подростков с тяжелыми формами социальной дизадаптации преобладают неполные, неблагополучные или очевидно патологические. В такой ситуации коррекционная работа с дизадаптированными детьми и подростками оказывается малопродуктивной усилиями специалистов какого-то одного профиля и требует применения усилий различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, наркологов, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, социальных педагогов и социальных работников, юристов. Таким образом, возникает необходимость междисциплинарного взаимодействия, встречающая на своем пути множество непредвиденных препятствий.

Как показывает многолетний опыт работы в коррекционно-реабилитационных учреждениях, проблема взаимопонимания и адекватной совместной деятельности администрации, педагогов, психологов, психиатров, психотерапевтов, дефектологов, социальных работников, педиатров в процессе диагностической и коррекционной работы с дизадаптированными детьми представляет собой крайне важную, но концептуально и практически во многом не решенную задачу. В частности, неясна проблема индивидуальной профессиональной ответственности за результаты такой работы. Не разработаны и не апробированы обоснованные принципы структурного построения подобной службы, методического руководства и профессионального контроля разнопрофильных специалистов, в связи с чем продуктивность их деятельности практически полностью зависит лишь от их профессиональных и личностных качеств. Кроме того, негативную роль играет разобщенность разнопрофильных специалистов, занимающихся проблемой профилактики и реабилитации социальной и школьной дизадаптации у детей и подростков, даже в рамках одной организационной структуры. Каждый из них считает свою роль доминирующей в социопрофилактическом или социореабилитационном процессе в ущерб деятельности других специалистов. Помимо несогласованности и противоречивости назначений при подобном подходе возможна и прямая конфронтация различных специалистов, что может сводить на нет коррекционные усилия или значительно снижать их эффективность.

Многие специалисты, даже при немалом опыте работы в образовательных учреждениях или психиатрическом стационаре, не готовы к работе с детьми и подростками, имеющими психические расстройства пограничного уровня. В связи с этим постоянно встает вопрос о повышении квалификации и переподготовке специалистов, работающих с дизадаптированными подростками, и о разработке новых программ повышения квалификации и обучения молодых специалистов.

В системе комплексной коррекционно-профилактической и реабилитационной помощи подросткам особое значение приобретают уровень профессиональной подготовки и основные задачи деятельности социального педагога, моделирующего такую работу и координирующего взаимодействие специалистов различного профиля. К сожалению, в практике работы междисциплинарного коллектива детско-подросткового коррекционного и профилактического учреждения функциональные обязанности социального педагога оказываются весьма расплывчатыми и нередко смешиваются с профессиональной деятельностью психолога, психотерапевта, администратора, хозяйственника и т. д.

Несомненно, психолог - это центральное лицо в профилактике и коррекции социальной и школьной дизадаптации. Тем не менее многолетнее сотрудничество с психологами в процессе массовых обследований детского населения, в том числе в школе, при индивидуальной диагностике состояния детей и подростков, а также при проведении коррекционных и реабилитационных мероприятий убеждает в том, что изолированная деятельность даже весьма опытных психологов, не говоря уже о не получивших подготовку по медицинской психологии, во многих случаях по объективным причинам оказывается малоэффективной или дает лишь кратковременный эффект.

Объективные корни данной ситуации заключаются в том, что психологи не могут в достаточном объеме владеть представлениями о патологических психических процессах, нередко лежащих в основе дизадаптации, и уж совсем не владеют специфическими лечебно-реабилитационными возможностями клинической психиатрии. В то же время мягкая, стертая, субклиническая психическая патология, не проявляющая себя явным "сумасшествием", грубыми нарушениями поведения, общения, мышления и восприятия, трудно диагностируемая даже опытным психиатром, неизбежно проходит мимо внимания психолога по меньшей мере по двум причинам.

Во-первых, психолог в силу своего образования и особенностей профессионального мышления естественным образом ищет истоки дизадаптации ребенка в структуре его личности и в тех микросоциальных условиях, которые могут быть причиной патологического реагирования личности, ее декомпенсации.

Во-вторых, наиболее распространенные в детско-подростковой популяции психические нарушения, как уже было отмечено, в подавляющем большинстве случаев носят стертый или "маскированный" характер и, по хорошо известным в психиатрии закономерностям, создают благоприятную почву для па-

тологических реакций, декомпенсаций, которые в глазах психолога, педагога, родителя носят характер “естественных”, психологически понятных, логически объяснимых (“ловушка очевидности”).

Кроме указанных объективных факторов существуют и разнообразные субъективные, нередко играющие главную роль в препятствиях для адекватного обследования ребенка и оказания ему необходимой помощи. Главным из таких субъективных факторов является сформировавшееся на протяжении последних десятилетий в общественном сознании неприятие психиатрической помощи, избегание ее или даже активное противодействие ей. В нашем обществе, где в условиях тоталитарного государства правящая верхушка отводила психиатрии роль карательной службы, а для населения психиатрический учет был неизбежно связан с целым рядом ограничений, многие из которых не столько охраняли общество от психически больного (что делается во всем мире), сколько сохраняли покой психиатрической службы и правоохранительных органов, в современном общественном сознании россиян психиатрия, в первую очередь, несет в себе непоправимый вред, “социальный позор” для пациента, психиатрическое лечение якобы превращает больного в “робота”, “манкурта”, лишает его главного человеческого достоинства - личностной индивидуальности, свободы воли, психотропные препараты наносят необратимый вред не только психике, но и всему организму человека. Естественно, все эти опасения возводятся в особо высокую степень, когда речь идет о ребенке или подростке.

Следует признать, что противодействие психиатрической помощи присуще в силу всего сказанного и многим психологам, и врачам общей практики, которые направляют пациентов к психиатру лишь в ситуациях неизбежности, нередко, естественно, запаздывая, что приводит, в первую очередь, к непрерывному нарастанию в обществе агрессии психически больных, направленной как на себя (самоубийства), так и на окружающих (сексуальные и прочие преступления против личности), когда социальная адаптация достигает высоких степеней и проблемы коррекции, реабилитации становятся трудноразрешимыми.

Немаловажным субъективным фактором является собственное психическое здоровье лиц, окружающих дизадаптированного ребенка. Современной психиатрии и клинической генетике хорошо известно, что многие психические нарушения имеют в определенной степени наследственную природу, которая проявляет себя, в основном создавая предрасположенность ребенка к патологическому реагированию, к личностным искажениям, к мягким психическим расстройствам. Родители такого часто имеют психические нарушения различной глубины, которые активно вытесняются ими из собственного сознания и вызывают личностную оппозицию к психиатрическому обследованию, поскольку страх признания психического нарушения у ребенка тесно связан со страхом проникновения в собственное сознание родителя представления о своем психическом нездоровье.

Такого рода страх имеет глубочайшие онтогенетические корни, поскольку каждому человеческому существу в норме присущи два главных, “базисных”, страха: страх физической гибели (смерти) и страх социальной гибели (утраты места личности в окружающем социуме, что для социального существа, человека, не менее страшно, чем физическая гибель). Таким образом, страх перед психиатром, который может обнаружить психическое нарушение и тем самым создать угрозу потери социального лица, присущ в большей или меньшей мере каждому человеку в любом обществе. Однако в различных общественных условиях, на разных уровнях просвещенности эти страхи могут быть более компенсированы или более декомпенсированы. Российское общество в настоящее время находится в таком состоянии, когда страх превратился в доминирующую эмоцию в общественном сознании. Все это соответствующим образом сказывается на отношении родителей, психологов, педагогов к психиатрическому обследованию детей. С сожалением приходится констатировать, что действующий политизированный Закон об оказании психиатрической помощи населению лишь поддерживает указанные тенденции, “защищая” больного от врача и освобождая врача от ответственности перед больным и обществом.

Негативное значение такой оппозиции ясно уже из того, что в коррекционно-реабилитационных учреждениях почти постоянно возникает нужда в срочной психиатрической диагностике и коррекции в отношении кого-то из учеников в связи с поведенческими нарушениями, депрессивными расстройствами и суицидальными тенденциями, субпсихотическими обострениями, наркоманическими и токсикоманическими эпизодами.

Собственное негативное отношение детей и особенно подростков к контакту с психиатром также создает затруднения в психиатрическом обследовании и оказании лечебно-реабилитационной помощи. Помимо всего перечисленного выше, в той или иной мере присущего и детскому сознанию как в силу внутренних личностных причин, так и в силу восприятия доминирующего мнения взрослых, важную роль играют, с одной стороны, недостаточность или отсутствие критики к собственным психическим нарушениям, а с другой, - страх “ярлыка” психически больного, остракизма со стороны сверстников, педагогов, социальной дискриминации. Последнее, к сожалению, встречается и не только в связи с пси-

хиатрической помощью, но даже как следствие психологических скринингов, когда педагог обнаруживает ставшие ему известными результаты (например, исследования уровня интеллекта у обучаемых в его классе школьников, трактуя их нередко в оскорбительном плане).

Таким образом, психолого-психиатрическое обследование детей подразумевает в качестве необходимых методических условий адаптацию и детей, и окружающих их взрослых к медико-психологической службе с целью преодоления негативизма и оппозиции к психиатру и психологу (эти специальности в сознании населения нередко совмещены). Одной из апробированных высокоэффективных моделей междисциплинарной и многоплановой работы с “проблемными” детьми и их семьями является “Школа родителей”, включающая лекции, семинары, беседы различных специалистов и направленная на повышение родительской компетентности, преодоление негативизма к специалистам и пробуждение инициативы и активности самих родителей.

Одним из главных принципов работы психиатра и психолога в междисциплинарном коллективе является строжайшее соблюдение профессиональной этики. Никто, кроме психологов и психиатров, не должен иметь доступа к результатам психолого-психиатрического обследования. Обследование может проводиться только при информированном согласии родителей и самого обследуемого. Родители могут быть ознакомлены с результатами обследования, но лишь в форме, не травмирующей их психику. Особенно нежелательно сообщение диагноза состояния ребенка. Во-первых, практически никто из родителей не сможет вынести собственное адекватное суждение по поводу услышанного диагноза. Во-вторых, в современной психиатрической нозографии само обозначение диагноза практически ничего во многих случаях не говорит о реальном вреде для психики данного патологического состояния и еще меньше говорит о его прогнозе. В-третьих, в детском, да и подростковом возрасте, особенно когда речь идет о мягких, субклинических патологических процессах, собственно нозологическая диагностика (обозначение болезни в соответствии с действующей международной классификацией) крайне затруднена даже для высококвалифицированного специалиста, а нередко и просто невозможна. Для реальной лечебно-реабилитационной помощи важно установить структуру патологического состояния и степень его воздействия на социальную адаптацию школьника в данный момент и в перспективе, а затем разработать на основании этих и многих других данных адекватную коррекционно-реабилитационную тактику.

Педагогам и администрации детских учреждений ни в коем случае не должны сообщаться диагностические результаты обследования. Не связанные жесткими рамками профессиональной этики и знаниями деонтологии, педагоги могут либо неосознанно, либо преследуя вполне эгоистические цели нанести психике ребенка и его родителей трудно поправимый вред. Педагоги и администрация получают только описательную характеристику особенностей развития ребенка, а также рекомендации в отношении помощи ребенку, индивидуальной организации его жизнедеятельности, форм личностного взаимодействия с ним, создания определенного психологического климата в семье и в детском учреждении. Такого же рода рекомендации должны превалировать в разъяснительной работе с ближайшими родственниками ребенка.

Организация взаимодействия специалистов различного профиля в процессе преодоления дизадаптации ребенка строится исходя из этапов этого процесса: 1) предварительная диагностика; 2) первичная и углубленная диагностика; 3) комплексная коррекция и реабилитация; 4) завершающий, собственно реедаптационный, этап.

На первом этапе, исходя из всего сказанного выше, ведущая роль принадлежит совместному обследованию ребенка психиатром и психологом, которые при необходимости привлекают других специалистов - дефектолога, нарколога, электрофизиолога и т.п. Задача первого этапа, на котором решается вопрос о возможности приема ребенка в данную конкретную реедаптационную систему (учреждение, группу, класс и т.д.) исходя из принятых в этой системе критериев включения и отсева, состоит также в выработке первоначальных, предварительных рекомендаций для участников предстоящего реедаптационного процесса. Нами разработана и внедрена **специальная компактная форма регистрации результатов предварительной диагностики и рекомендаций**, представляемая на медико-психолого-педагогическую комиссию.

На втором этапе, проходящем одновременно с началом коррекционного процесса, проводятся скрининговые обследования, индивидуальные углубленные обследования различными специалистами по показаниям, вырабатываются индивидуальные планы комплексной реабилитации. Принципиальным является введение нами **коррекционного показателя**, определяемого каждым специалистом. Получая суммарный коррекционный показатель и затем отслеживая его динамику в процессе коррекционной работы, мы получаем возможность объективизировать эффективность деятельности как отдельных специалистов, так и учреждения в целом. На этом этапе для педагогов и родителей специалистами медико-психологической службы заполняется разработанная специальная форма - развернутая **Медико-**

**психологическая характеристика-рекомендация**, смысл которой ясен из названия. Важнейшей задачей второго этапа является назначение каждому ребенку **куратора**, т.е. того специалиста, в помощи которого в первую очередь он нуждается, специалиста, который обязан помимо своей специфической работы организовывать участие других необходимых специалистов в коррекционной работе и который несет ответственность за результат коррекционно-реабилитационного процесса. При достаточной длительности данного процесса и видоизменении состояния ребенка, естественно, куратор может меняться.

На собственно реабилитационном этапе коррекционной работы важно учитывать, что, попадая в сферу реедаптационной службы, ребенок обретает своеобразную нишу, в которой, как правило, чувствует себя более комфортно и выход из которой в естественную среду следует специальным образом готовить, чтобы не спровоцировать нового срыва адаптации. Этот вопрос все еще недостаточно разработан. Очевидно, речь должна идти о тренингах социальных навыков, тренингах навыков общения, навыков разрешения конфликтов, профориентационной работе и т. д.

Наконец, четвертый, собственно реедаптационный этап - возвращение ребенка/подростка из специальных условий коррекционного процесса в естественную среду со всеми ее проблемами и угрозами, представляется на сегодняшний день наименее или вообще неразработанным. Здесь решающая роль должна принадлежать социальному педагогу.

Для облегчения и фиксации взаимодействия всех участников реедаптационного процесса нами разработана **Комплексная индивидуальная карта учащегося**, включающая в себя, помимо паспортной части, результаты предварительной медико-психологической и педагогической диагностик, социально-психологический анамнез, медико-психологическую характеристику-рекомендацию, разработанные по специальным, общедоступным формам заключения дефектолога, педиатра, социального педагога, формы динамического наблюдения и коррекции с этапными заключениями специалистов, заключения медико-психолого-педагогических консилиумов и, наконец, заключения специалистов по результатам реабилитационной работы. Ведение данной карты не подменяет и не отменяет специфической профессиональной документации каждого из специалистов.

С целью преодоления разобщенности специалистов разного профиля, для выработки единой стратегии и взаимодополняющей тактики работы с дизадаптированным ребенком и его семьей, целесообразной является такая форма совместной деятельности всех участников коррекционного процесса, как **медико-психолого-педагогический консилиум**, представляющий собой совещание специалистов, участвующих в обследовании, обучении, коррекции и лечении ребенка и членов его семьи в каждом конкретном случае.

Задачи медико-психолого-педагогического консилиума состоят в следующем:

1. Предоставлении каждым специалистом результатов обследования ребенка и членов его семьи и предложениях по социопрофилактической и социокоррекционной работе в своей области.

При этом психиатр, помимо диагностики состояния и болезни (если таковая есть), должен определить глубину и динамику расстройств, по возможности прогнозировать их течение на ближайшее время и отдаленную перспективу с указанием предположительного возраста стабилизации и компенсации состояния, а также указать на возможные патологические реакции в ответ на активные коррекционные воздействия и способы лечебного воздействия на такого рода реакции. В отношении активного, в особенности медикаментозного, лечения следует руководствоваться принципом минимальной достаточности, заключающемся в том, что воздействие на ту или иную патологическую симптоматику не может быть самоцелью и должно осуществляться лишь в такой мере, в какой необходимо облегчить адаптацию и ресоциализацию ребенка или подростка. Этот принцип особенно важно учитывать в комплексной коррекционной работе, поскольку активная терапия, направленная на купирование патологической симптоматики, может в связи с побочными действиями лекарств существенно затруднить психомоторную спонтанную деятельность больного и тем самым снизить эффективность учебно-коррекционных воздействий.

Социальный педагог представляет картину среды, в которой дизадаптировался ребенок, определяет основные средовые травмирующие факторы, выявляет "опорного" члена семьи, с которым предпочтительней взаимодействовать в коррекционно-реабилитационном процессе.

Со стороны педиатра и невропатолога (если консультация такого специалиста необходима), наряду с диагностическими заключениями и прогнозом, также требуются лечебные рекомендации, скорректированные потребностями коррекционной работы. В частности, традиционное назначение препаратов, стимулирующих центральную нервную систему, с целью способствовать ускорению психомоторного развития может значительно затруднить коррекционную работу, вызывая или усиливая расторможенное поведение больного, резко затрудняя возможности концентрации его внимания и налаживания с ним контакта.

Психолог, определив личностные особенности ребенка, указывает на потенциальные возможности в интеллектуальной деятельности и эмоциональных особенностях ребенка или подростка и тем самым определяет уровень возможных достижений в результате коррекционной работы.

Психиатр и психолог, обследовавшие семью, помимо диагностических заключений, могут оказать помощь в ранжировании ее членов по отношению к коррекционной работе с ребенком, в первую очередь, в выявлении опорного участника для совместной лечебно-коррекционной работы с ребенком и семьей.

На основании заключений этих и других специалистов (коррекционного педагога, электрофизиолога, окулиста и т. п.), а также собственных первоначальных наблюдений педагога вырабатывают индивидуальный подход к профилактической или коррекционной работе с учащимся.

2. Взаимное согласование диагностических суждений и коррекционно-профилактических предложений с выработкой единого поэтапного плана медико-психолого-педагогической работы с ребенком и его семьей. В случае необходимости назначаются дополнительные обследования и консультации специалистов.

3. Обсуждение с родственниками ребенка или подростка его состояния, успеваемости, поведения и предложений по коррекционно-профилактической работе.

Первый медико-педагогический консилиум проводится через 1-3 недели после выявления признаков повышенного риска по школьной дизадаптации или явных признаков школьной (социальной) дизадаптации. В последующем медико-психолого-педагогические консилиумы проводятся перед каждым новым этапом профилактического или коррекционного процесса, а также при непрогнозированных изменениях в поведении, успеваемости или межперсональных отношениях ребенка или подростка, требующих новой коррекционной тактики или дополнительных обследований. Заключительный консилиум подводит итоги коррекционной работы с ребенком, анализирует достижения и ошибки, обсуждает новые лечебно-методические приемы, дает родителям ребенка рекомендации относительно его дальнейшего воспитания и обучения.

Кроме рабочего, **стратегического**, консилиума, выполняющего все указанные выше функции, можно выделить еще один вид медико-психолого-педагогического консилиума - **обучающий**, направленный на ознакомление специалистов разного профиля с методами диагностики, прогнозирования, терапии, выработки коррекционной тактики другими специалистами. Если на рабочем медико-психолого-педагогическом консилиуме присутствие ребенка не всегда является необходимым, то работа обучающего консилиума основана на расспросе ребенка и его родителей.

Несмотря на номинальное признание медико-психолого-педагогического консилиума как основной формы работы междисциплинарного коллектива, в большинстве профилактических и коррекционно-реабилитационных учреждений консилиум является формальностью, при которой специалисты даже не встречаются, а лишь устанавливают свои подписи под общим, порой малоквалифицированным и неречивым заключением. Нельзя умолчать также, что в ряде учебно-коррекционных центров медико-психолого-педагогический консилиум превращен в оскорбительную, унижающую достоинство ребенка и его родителей процедуру, полностью дискредитирующую саму идею консилиума и вызывающую еще больший негативизм к врачам и психологам.

В заключение хотелось бы суммировать основные принципы междисциплинарного взаимодействия, принятие которых явится залогом преодоления разобщенности мультидисциплинарного коллектива. К ним относятся:

- высокая профессиональная квалификация специалиста;
- ориентированность в вопросах пограничной психической патологии (не только для психиатра);
- широкое видение проблемы адаптации/дизадаптации применительно к каждой возрастной группе детства, социально-психологических проблем, социального и личностного прогноза;
- стремление к накоплению мультидисциплинарного опыта, открытость к опыту других специалистов, центров, международному опыту;
- адекватные представления о функциях и методах работы других специалистов;
- уважение к сфере профессиональных интересов и особенностям деятельности каждого специалиста при сохранении своей профессиональной независимости и профессиональной гордости;
- способность выражать свои профессиональные заключения общедоступным языком;
- соблюдение профессиональной этики, профессионального кодекса, ориентированность в вопросах медицинской деонтологии;
- знание основных положений международной Конвенции о правах ребенка и российских законов о семье и детстве.

Следует заметить, что до сих пор не написано научно обоснованных, ориентированных на практи-

ческую деятельность, учитывающих специфику детского коррекционного учреждения методических рекомендаций по вопросам междисциплинарного взаимодействия. Между тем, к настоящему времени накоплен громадный опыт деятельности сотен междисциплинарных коллективов со всеми присущими им ошибками, трудностями, проблемами и победами, обобщение которого может вылиться в серьезное научно-практическое руководство.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. В.Л. Брагинский, Э.С. Мандрусова, Т.А. Саркисова. Опыт коррекции школьной дезадаптации лечебно-педагогическими и психотерапевтическими методами. - Там же. - с. 86-87.
2. Н.В. Вострокнутов. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации. - в сб. 8 - 11.
3. Е.Г. Дозорцева, Е.И. Морозова. Опыт применения коррекционно-реабилитационной программы "Открытие" в специальной школе для девиантных подростков. - Там же. - с.80 - 81.
4. А.Я. Иванова, Э.С. Мандрусова. К вопросу о междисциплинарном взаимодействии специалистов в работе с детьми с социальной дезадаптацией. - Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. - Москва, 1998. - с. 185-186.
5. Н.М. Иовчук. Психопатологические механизмы школьной дезадаптации. - Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства. - Москва. 1995. - с. 23-25.
6. Н.М. Иовчук. Школьная дезадаптация и психическое здоровье ребенка. Ж. Социальная работа, 1999, 1/12, стр. 69-72
7. Н.Н. Малофеев. Интегрированное обучение в России: задачи, проблемы и перспективы. - В сб. Особый ребенок. Исследования и помощь. Вып. 3. - Москва, 2000. - с. 65-73.
8. Г.Н. Тростанецкая. Педагогическая и социальная реабилитация детей с девиантным поведением в условиях специальных учебно-образовательных учреждений. - Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. - Москва, 1996. - с. 35 - 38.
9. G. Richardson, I. Partridge, N. Jones. A tiered child and adolescent mental health service. - European Child and Adolescent Psychiatry. Abstracts 11th International Congress. - Hamburg, 1999. . II/196.
10. P. Melchers, A. Maluck, L. Suhr, S. Scholten, G. Lehmkuhl. An Early Onset Rehabilitation Program after Traumatic Brain Injury: Methods and First Results. - Там же. - II/65.

## АРХИВ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

В. В. Ковалев

### ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В ПСИХИАТРИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА<sup>7</sup>

Проблема взаимоотношений биологического и социального является одной из важнейших теоретических проблем всего комплекса наук о человеке, в том числе и медицинской науки. В последнее время она приобрела особое звучание в связи с тем, что значительно возросло внимание к человеку как субъекту и объекту познания. Из всех медицинских дисциплин наиболее остро эта проблема стоит в психиатрии, поскольку объект изучения психиатрии находится на стыке биологических и социальных явлений и поскольку от того или иного решения проблемы непосредственно зависят направление и характер конкретных практических мероприятий по профилактике и лечению психических заболеваний.

В условиях психической патологии многие связи и зависимости биологических и социальных явлений в человеке становятся более отчетливыми. Психиатрия детского возраста как эволюционная дисциплина создает дополнительные возможности для рассмотрения сложных взаимоотношений и взаимопроникновения биологического и социального в человеке не только в статическом, но и в историко-динамическом (прежде всего онтогенетическом) плане.

Продуктивная разработка проблемы взаимоотношения биологического и социального в человеке как существе биосоциальном требует четкого понимания категорий биологического и социального. Следует сразу же отметить, что определения этих категорий в большинстве случаев весьма аморфны, неполны, противоречивы или же сводятся к перечислению основных свойств и явлений, относящихся к биологическому и социальному. Так, биологическое (или физиологическое) определяется как «совокупность объективных процессов жизнедеятельности организма» [1], как наследственно обусловленная конституция [2]. К категории биологического относят изменчивость, наследственность, эмбриональное развитие, процессы, протекающие на молекулярном и клеточном уровне [3], а также пол, возраст, расовую принадлежность, тип нервной деятельности [4]. Еще менее определенной является категория социального в человеке. Одни авторы видят социальное прежде всего в трудовой деятельности человека [3], другие рассматривают его как равнозначное категории психического или сознанию [4], третьи понимают под социальным главным образом все, относящееся к личности [5, 6].

Говоря о биологическом в человеке, мы имели в виду человеческий организм с его структурами и функциями, включая специфическую для человека нейрофизиологическую организацию, проявляющуюся в высшей нервной деятельности. К социальному в нем, с нашей точки зрения, относятся те психические явления, состояния и действия, которые формируются социальной средой и имеют определяемую ею содержательную сторону. Исходя этого, категория социального в человеке объединяет содержательную сторону сознания («знание» в понимании С.Л. Рубинштейна [7]), высшие свойства личности (направленность, интересы, моральные установки и т.д.), характер, навыки, а также некоторые бессознательные (неосознаваемые, по К.В. Шороховой [8]) явления, как, например, запас сведений, представлений, словарный запас и т.п.

В то же время неправомерно рассматривать все психическое в человеке как социальное и относить к социальному такие психические явления и свойства, как темперамент, задатки, психическую активность, степень ясности (бодрствования) сознания, а также низшие чувства и эмоции, элементарные потребности и. влечения, тесно связанные с инстинктивной жизнью.

В связи со сказанным представляется обоснованным выделение в психике человека социально-психических и природно-психических явлений, что отчасти соответствует понятиям «софрорпсихика» и «соматотимопсихика» Д.Д. Зурабашвили [9], а также представлениям О.И. Табидзе [10] о «психике первого уровня» и «социальном психическом».

Природно-психическое в человеке уходит корнями вглубь филогенеза животного мира и антропогенеза и intimately связано с нейрофизиологическими (т.е. собственно биологическими) механизмами. Однако в процессе эволюции человека и его исторического общественного развития ведущее значение приобрели социально-психические явления, что и выделило человека из животного мира. Это положение отчетливо формулирует Б.М. Кедров: «В антропогенезе вначале имеется доминирование естествен-

<sup>7</sup> Опубликовано в Журн. невропатол. и психиатр., 1973, т. 73, вып. 10, с. 1508-1516.

ного при малой роли социального. В конце этого процесса мы имеем доминирование социального и подчинение биологического» [11]. Отсюда природно-психическое как переходный этап между собственно биологическим и социально-психическим сохраняется в единой психике человека, но проявляется в «снятом виде».

Указанная общая закономерность замещения и поглощения биологического, а следовательно и тесно связанного с ним природно-психического, качественно более высоким социально-психическим отчетливо проявляется в индивидуальном онтогенезе человека: преобладающие в психике ребенка раннего возраста природно-психические явления и свойства (элементарные потребности в еде, сне, простейшие чувства, примитивные эмоции удовольствия и недовольства, недифференцированные проявления темперамента) с возрастом постепенно оттесняются и поглощаются социально-психическими явлениями. Этот переход от низшего, тесно связанного с нейрофизиологическими механизмами, к высшему в развивающейся психике ребенка представляет основное направление онтогенеза психики и онтогенеза сознания» [12] как одной из двух сторон единого процесса онтогенетического развития.

Ведущая движущая и организующая роль в осуществлении этого основного направления онтогенеза психики ребенка принадлежит фактору воспитания в широком смысле, а также фактору «социального наследования» в понимании Н.П. Дубинина [13]). Он указывает, в частности, что только воспитание человека, развитие у него способности к творческому восприятию всех достижений материальной и духовной культуры человечества, сцементированных в социальной программе, создают личность человека [14]. По мнению А. Баллона [15], основной движущей силой перехода ребенка на более высокие ступени психического развития является его взаимодействие с непрерывно усложняющимися условиями социального окружения. Таким образом, сказанное подтверждает известное положение К. Маркса о том, что «...сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений»<sup>8</sup>.

Исторический подход к становлению человека в антропогенезе и онтогенезе особенно наглядно свидетельствует о диалектическом единстве и взаимопроникновении в человеке биологического и социального при ведущей и определяющей роли последнего.

С позиций психологии и психиатрии взаимоотношения биологического и социального в человеке в значительной мере сводятся к отношениям природно-психического и социально-психического.

Принимая во внимание общий характер указанной закономерности взаимоотношения биологического и социального в человеке как биосоциальном существе, следует иметь в виду, что эта закономерность, сохраняя свою силу как в условиях здоровья, так и в условиях болезни, в частности психической, хотя болезнь как качественно отличное от здоровья состояние вносит существенные изменения во взаимоотношения социального биологического в человеке. Вместе с тем, заостряя и обнажая отдельные стороны и свойства психики, прежде всего природные, психическое заболевание может делать более явными отношения между биологическим и социальным в человеке.

Одним из общих направлений изменения взаимоотношений биологического и социального под влиянием психического заболевания является временный или более стойкий сдвиг субординационных отношений между природно-психическим и социально-психическим с «обнажением» и относительным усилением первого.

Конкретным выражением такого сдвига отношений могут быть расторможение и патологическое усиление влечений, элементарных потребностей, низших эмоций, явления психического регресса с возникновением действий и форм поведения, свойственных ранним этапам онтогенеза (двигательные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, двигательные автоматизмы), расторможение филогенетически древних инстинктивных механизмов (например, оцепенение при аффективно-шоковой реакции как проявление пассивно-оборонительного инстинкта).

Другого рода сдвиги отношений между социальным и биологическим наблюдаются при различных формах психического дизонтогенеза (как стороны общего дизонтогенеза), основными типами которого условно можно считать ретардацию [16, 17], т.е. запаздывание или приостановку развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики ребенка и подростка, и асинхронию развития [17], т.е. неравномерное, диспропорциональное (по Г.Е. Сухаревой [18]) психическое развитие, при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают, либо имеет место гипертрофия отдельных свойств личности, характера, сопровождающаяся их дисгармонией.

При первом типе, характерном для олигофрении и так называемых задержек психического развития, включая состояния общего и парциального психического инфантилизма, имеет место запаздывание

<sup>8</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения, т. 3, с. 3.

перехода от более простых, преимущественно природно-психических, свойств и образований ко все более высоким — социально-психическим. В связи с этим возникает недостаточность социально-психических функций, прежде всего познавательных. Однако сохраняется общая закономерность единства биологического и социального при ведущей роли последнего.

Наблюдается тесная взаимозависимость биологического и социального при всех вариантах ретардации, включая олигофрению. Так, степень развития социально-психических функций и свойств при олигофрении находится в прямой зависимости от степени недоразвития нейрофизиологических мозговых механизмов (т.е. биологического), в то же время от степени социализации умственно отсталого ребенка в значительной мере зависит выявление и использование потенциальных возможностей мозга больного олигофренией и развитие компенсаторных механизмов. Это влияние социализации можно считать одной из основных причин заметного уменьшения с возрастом числа зарегистрированных больных олигофренией в населении вследствие их не только социальной адаптации, но, возможно, и частичной биологической (нейродинамической) реституции.

Сохранение же ведущей роли социального при любых вариантах ретардации (исключая, по видимому, только идиотию, при которой социально-психическое почти не развивается) проявляется в том, что социально-психическое при всей его недостаточности остается определяющим в поведении ребенка, страдающего олигофренией, или ребенка с задержкой психического развития. Именно социально-психическое играет решающую роль в приспособлении такого ребенка, хотя и на более низком уровне, к жизни в обществе.

В связи с этим социально-психическое при олигофрении не должно рассматриваться как нечто только недостаточное, ущербное. Оно способно играть активную роль в организации структуры психического дефекта и выработке многих компенсаторных и псевдокомпенсаторных приспособительных форм поведения больного олигофренией [19]. На это обстоятельство обращали внимание Э. Сеген [20] и Л.С. Выготский [21]. Последний считал дефект познавательной деятельности при умственной отсталости вторичным образованием, обусловленным взаимоотношениями ребенка, имеющего определенный мозговой дефект, с условиями социального окружения в процессе развития.

Диалектико-материалистический подход к взаимоотношениям социального и биологического при умственной отсталости и других ретардациях позволяет понять научную необоснованность опирающейся на концепцию бихевиоризма практики «операционального обусловливания» (operant conditioning) в лечебной педагогике умственно отсталых за рубежом. Вместо привлечения и активизации деятельности социально-психических компонентов психики в целях воспитания и обучения детей-олигофренов и коррекции у них нарушений поведения указанный метод построен на основе условно-рефлекторного закрепления тех или иных форм поведения, т.е. исходит из полного игнорирования личности больного, представляя по существу разновидность дрессировки.

Этот факт может служить примером отрицательных практических последствий игнорирования принципа диалектического единства социального и биологического при ведущей роли социального в человеке.

В этиологии явлений ретардации как выражения психического дизонтогенеза могут играть роль как биологические факторы (генетические, инфекционные и т.д.), так и факторы социального порядка (социальная депривация, дефицит социокультуральных влияний, так называемая педагогическая запущенность). И те, и другие факторы в одних случаях могут выступать как причинные, а в других — как факторы более или менее специфичных условий. Так, в группе тяжелых клинических форм психического дизонтогенеза, прежде всего олигофрении, роль причинных факторов, как правило, принадлежит вредным воздействиям биологического порядка, тогда как социальные факторы (воспитание, культуральные влияния и т.п.) выполняют роль внешних условий, способствующих или препятствующих проявлению биологического дефекта в виде клинического явления олигофрении или преимущественно социального феномена умственной отсталости.

В то же время при более легких и более обратимых вариантах психического дизонтогенеза (задержка психического развития, состояние психического инфантилизма, так называемая пограничная умственная отсталость) этиологическая роль факторов социального порядка значительно меняется. Они могут играть роль не только факторов условий, но и основных причинных факторов [22, 23], тогда как биологические факторы (последствия нарушений внутриутробного развития, перинатальные вредности, последствия мозговых инфекций и травм, генетические факторы) нередко утрачивают причинное значение и переходят в ранг факторов внутренних условий, которые способствуют патогенному эффекту неблагоприятных воздействий социальной среды, не будучи основной причиной ретардации психического развития.

Следует попутно отметить, что этиологическая роль социально-средовых факторов в происхожде-

нии различных вариантов так называемых задержек психического развития и состояний интеллектуальной недостаточности в нашей психиатрической литературе освещена весьма мало, что можно объяснить недооценкой роли указанных факторов как возможной причины возникновения патологических явлений, в частности явлений психического дизонтогенеза. Следствием этого является также представление о том, что неблагоприятные факторы микросреды и воспитания не могут иметь самостоятельного значения в происхождении явлений ретардации у детей, в связи с чем вызванная ими недостаточность познавательной деятельности нередко обозначается как «вторичная задержка умственного развития» [24].

Между тем факт причинной роли социальной депривации (особенно в раннем детском возрасте) в генезе не только легких, обратимых явлений задержки психического развития, но и тяжелых, необратимых состояний недоразвития психики и личности установлен наблюдениями ряда авторов [25, 26]. Можно думать, что дизонтогенетический эффект неблагоприятных социально-средовых влияний значительно уменьшается с возрастом ребенка, что отражает общую закономерность онтогенеза.

Для понимания сущности дизонтогенетического (стало быть, патологического) влияния микросоциальных средовых факторов важное значение имеет идея преемственности социального и биологического в человеке. В самом общем виде она была высказана К. Марксом следующим образом: «Сама история является действительной частью истории природы, становления природы человеком. Впоследствии естествознание включит в себя науку о человеке в такой же мере, в какой наука о человеке включит в себя естествознание»<sup>9</sup>.

Касаясь общей закономерности этиологического воздействия социальных факторов, И.В. Давыдовский и А.В. Снежневский [27] отмечают, что «социальные факторы ...не действуют на человека непосредственно, а всегда так или иначе преломляясь в природных факторах, в биологической основе человека».

Исходя из этих теоретических положений, а также нашего понимания соотношения социального и биологического в человеке, можно предполагать, что неблагоприятные микросоциальные средовые влияния, действующие на ребенка в определенные периоды наиболее интенсивного психического развития, могут через посредство природных компонентов психики оказывать патогенное воздействие на функционирование нейрофизиологических систем, тормозя в большей или меньшей степени их развитие, т.е. приводя к нарушению постнатального онтогенеза высшей нервной деятельности и к психическому дизонтогенезу.

Следовательно, социальное не может вызвать болезненные нарушения индивидуально-психического (в данном случае психического развития) без участия биологических (патогенетических) механизмов, т.е. (в философском плане) без условного перехода социального через индивидуально-психическое в индивидуально-биологическое.

Непризнание возможности такого перехода привело бы к отрицанию этиологической роли социально-средовых факторов в происхождении не только психического дизонтогенеза, но и других психических расстройств, том числе психогенных, что противоречит клиническим фактам.

При втором основном типе психического дизонтогенеза, свойственном большинству психопатий в периоде их становления, а также отчасти шизофрении детского возраста, имеет место неравномерное развитие компонентов и свойств психики ребенка, нередко с преобладанием недостаточности или болезненного обнажения и усиления природно-психических компонентов и явлений, таких, например, как темперамент, влечения и потребности, опирающиеся на инстинктивные механизмы, низшая аффективность, психическая активность.

В то же время социально-психические компоненты психики (запас знаний, отвлеченное мышление, направленность личности, высшие, например, интеллектуальные интересы, нравственные установки) могут развиваться с той или иной степенью опережения (акселерации).

Общими закономерностями взаимоотношений социального и биологического в группе диспропорционального развития можно считать, с одной стороны, большую зависимость направления изменений социально-психических компонентов психики (характера, направленности личности, интересов, содержательной стороны сознания и др.) от нарушенных природно-психических компонентов и явлений (а через них от патологических, т.е. биологических, механизмов данного вида нарушений), а с другой стороны — выраженную реакцию социально-психического, прежде всего личности, на нарушения природно-психических свойств, возникающую в процессе отношений такой аномальной личности с непосредственным социальным окружением.

Так, например, формирование известных эпилептоидных черт характера, эгоцентрической установки, определенных конкретно-жизненных интересов при становлении конституциональной психопатии

<sup>9</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Из ранних произведений. М., 1956, с. 596.

эпилептоидного типа в значительной мере определяется такими особенностями природно-психических образований, как обнажение и усиление влечений, нарушение низшей аффективности со склонностью к аффективной возбудимости, сильный, но малоподвижный темперамент.

В то же время личность ребенка и подростка с формирующейся эпилептоидной психопатией реагирует на аномальные природно-психические свойства, нарушающие ее социальную адаптацию, разнообразными компенсаторными и псевдокомпенсаторными образованиями.

С известной долей условности можно отнести аккуратность, педантизм, скупость, гиперсоциальность у таких детей к компенсаторным образованиям, тогда как недоверчивость, склонность к наговорокам, завистливость, готовность к ипохондрической фиксации — к псевдокомпенсаторным.

Структура формирующейся психопатии, таким образом, складывается из сложно переплетающихся нарушений первичных природно-психических компонентов, частичных изменений субординационных отношений между ними и социально-психическими свойствами, сдвигов в социально-психических явлениях, обусловленных влияниями природно-психических нарушений, и, наконец, разнообразных вторичных социально-психических образований, связанных с реакцией личности на ее аномальные свойства и на затруднения в социальной адаптации, т.е. во взаимоотношениях с окружающими, в приспособлении к требованиям общества, в приобретении определенной социальной роли.

Еще более сложное переплетение и взаимовлияние социального и биологического наблюдаются при психическом дизонтогенезе, связанном с такими заболеваниями, как шизофрения, эпилепсия и т.п., начавшимися в детском возрасте.

Например, при вялотекущем шизофреническом процессе нередко еще в доманифестном периоде имеет место сочетание явлений парциальной психической акселерации преимущественно социально-психических компонентов психики (ускоренное речевое и интеллектуальное развитие, преждевременное пробуждение интеллектуальных интересов, свойственных в норме более старшему возрасту) с признаками частичной ретардации (отставание в развитии моторики и психомоторики, эмоциональная незрелость, задержка развития волевых качеств, практическая неприспособленность и т.п.), обусловленными прежде всего недостаточностью биологических инстинктивных механизмов [28, 29]. Вместе с тем развивающаяся личность ребенка как целостное социальное образование реагирует на дефектность природно-психических свойств и связанные с нею нарушения социальной адаптации выработкой сложного комплекса компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований защитно-приспособительного характера, таких, как чрезмерная привязанность к матери, боязнь нового, приверженность к устойчивому режиму и ритму жизни, своеобразные привычки напоминающие навязчивые ритуалы, крайняя избирательность контактов, односторонние интересы и т.п.

Перечисленные вторичные образования не являются процессуальными в собственном смысле слова, хотя при текущем шизофреническом процессе тесно связаны с продуктивной и негативной симптоматикой, свойственной последнему. На значительную роль подобных компенсаторных образований в клинике шизофрении указывает ряд авторов [30, 31].

Рассмотрение этих образований в динамике закономерно приводит к представлениям о возможности вычленения явлений психогенного патологического развития личности в рамках шизофрении (преимущественно вялотекущей), что явилось источником не вполне удачного термина «шизофрения развития» [32].

Близкие по направленности взаимоотношения возникают также при эпилепсии, начавшейся в детском возрасте. В этом случае многие изменения психики (педантизм, аккуратность, гиперсоциальность и т.п.), так же как и при эпилептоидной психопатии, относятся к кругу вторичных, приспособительных образований и явлений своеобразного развития личности [33].

Как в группе ретардации, так и при «диспропорциональном» развитии (асинхрониях) этиологическая роль может принадлежать и биологическим, и социальным факторам, выступающим то в виде причинного момента, то как одно из важнейших условий.

В группе конституциональных (ядерных) психопатий, где причинная роль отводится биологическим (конституционально-генетическим) факторам, формирование психопатической структуры личности невозможно без влияния микросоциальных средовых воздействий и без реакции аномальной личности в процессе ее развития на эти воздействия. По данным ряда авторов [34, 35], формирование структуры конституциональных психопатий в детском и подростковом возрасте происходит в значительной мере за счет фиксации и наложения рудиментарных психопатических и патохарактерологических (протеста, отказа, имитации) реакций. С другой стороны, становление «краевой», или «нажитой», психопатии на основе патохарактерологического развития [36] чаще происходит при наличии биологически измененной почвы в виде легкой резидуальной церебрально-органической патологии, соматической ослабленности, невропатических особенностей конституции и т.д.

В группе психического дизонтогенеза, обусловленного «диспропорциональным» развитием, особое

место принадлежит психогенным патологическим развитиям личности, в частности патохарактерологическим [35, 36]. Эти клинические формы пограничной патологии личности, при которых роль основного причинного фактора принадлежит неблагоприятным воздействиям хронической психотравмирующей ситуации и неправильному воспитанию (т.е. факторам социального порядка), являются наглядным подтверждением общей закономерности взаимоотношений социального и биологического в человеке — их преемственности и возможности переходов между ними на уровне психического, о чем уже было сказано выше в связи с проблемой ретардации.

Из наблюдений многих детских и общих психиатров [18, 34-36] известно, что под влиянием длительных психотравмирующих воздействий и неправильного воспитания у ребенка и подростка могут возникать все более стойкие изменения характера, приобретающие свойства характерологической патологии, спонтанные или возникающие по незначительному поводу изменения настроения, повышенная склонность к патологическим невротическим реакциям, явления саморазвития с отрывом перечисленных нарушений от психотравмирующей ситуации. Сущность этих нарушений не может быть понята вне рамок патологии механизмов высшей нервной деятельности, которые возникают под действием отрицательных социально-средовых влияний, опосредованных личностью ребенка. Следовательно, а философском плане речь идет о переходе социального в биологическое при посредстве личности ребенка.

Та же закономерность проявляется при развитии других форм психогенных расстройств, в частности реактивных состояний, неврозов, так называемых психосоматических заболеваний. В последнем случае социальное через посредство психического в человеке, прежде всего личности, порождает изменение соматического функционирования, достигающее степени патологии.

В свете сказанного явно ошибочной, по нашему мнению, является тенденция некоторых психиатров недооценивать значение социального фактора в происхождении психических расстройств с отведением ему лишь роли одного из факторов условий или роли так называемого пускового фактора. Если это в известных пределах правомерно в отношении эндогенных и экзогенно-органических психических заболеваний, то никоим образом не относится к большой группе психогенных расстройств. В этой связи О.В. Кербиков [37] писал: «Нет сомнений в том, что генез психических болезней — во многом социальный; социальный генез неврозов не вызывает сомнений».

Одним из проявлений указанной тенденции следует считать отрицание возможности развития патологических свойств характера (типа «нажитой психопатии», по О.В. Кербикову) под влиянием неблагоприятных микросоциально-ситуационных воздействий с отнесением соответствующих изменений характера и поведения исключительно к категории социально-психологических явлений, не требующих вмешательства врача-психиатра [38—40]. Причиной подобной ошибочной точки зрения являются метафизическое противопоставление биологического социальному, недоучет их диалектического единства и преемственности в человеке как биосоциальном существе.

Изучение психогенных нарушений характера и поведения [34—36] убедительно показывает, что среди них могут быть выделены как непатологические (аклинические), так и патологические формы, между которыми существует тесная связь и имеются переходные состояния. В.А. Гиляровский [41], касаясь этого вопроса, писал еще в 1929 г.: «...при длительном действии психотравмирующих моментов стойкие изменения характера могут принимать характер психопатии».

Вопрос о возможности психогенно-ситуационного возникновения стойкой патологии характера имеет особое практическое значение для психиатрии детского возраста, когда происходит формирование личности. Е.А. Осипова [42] справедливо указывает по этому поводу: «...во многих случаях дети, подвергнутые ранней и повторной психотравматизации, ломают свой характерологический рисунок в сторону дисгармонии, обнаруживают свойства, напоминающие психопатические, становятся психопатами».

Знание психиатрами таких приобретенных форм патологии личности независимо от их формального обозначения и участие психиатров в их лечебно-педагогической коррекции и лечении вопреки мнению упомянутых авторов имеют большое профилактическое и социальное значение.

Отрицая возможность социального генеза патологии характера, нельзя также, не впадая в противоречия, объяснить происхождение других форм психогенных расстройств, в частности реактивных состояний, неврозов, психосоматических нарушений.

Наконец, если признавать общность основных закономерностей развития организма и личности как в условиях здоровья, так и при патологии, то отрицание причинной роли социально-средового фактора в происхождении патологических форм расстройств личности придет в противоречие с общепризнанным мнением о ведущей роли социального фактора в формировании характера и личности человека в норме.

Мы рассмотрели лишь некоторые узловые вопросы взаимоотношения социального и биологического с позиции психиатрии детского возраста. Ряд положений, содержащихся в статье, дан в порядке постановки вопроса и, безусловно, носит дискуссионный характер. Тем не менее можно надеяться, что из-

ложенное свидетельствует о важности учета диалектических взаимоотношений социального и биологического в человеке для методологически правильного решения конкретных задач теории и практики психиатрии.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Дубровский Д.И. Психические явления и мозг. М., 1971, с. 127.
2. Царегородцев Г.И., Пехов А.П. В кн.: Философские и социальные проблемы медицины. М., 1966, с. 270.
3. Калайков И. Там же, с. 264.
4. Петленко В.П. Философские вопросы теории патологии. М., 1968, кн. 1.
5. Леонтьев А.Н. В кн.: Личность. М., 1971, с. 192.
6. Платонов К.К. В кн.: Проблемы личности. М., 1969, с. 51.
7. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. М., 1957.
8. Шорохова Е.В. Проблемы сознания в философии и естествознании. М., 1961.
9. Зурабашвили А.Д. В кн.: Проблемы сознания. М., 1966, с. 211.
10. Табидзе О.И. Вопр. философии, 1973, в. 3, с. 43.
11. Кедров Б.М. Вопр. философии, 1972, 9, 113.
12. Ушаков Г.К. В кн.: Проблемы сознания. М., 1966, с. 51.
13. Дубинин Н.П. Вопр. философии, 1972, в. 10, с. 50, в. 11, с. 21.
14. Он же. Там же, 1972, в. 11, с. 24.
15. Валлон А. Психическое развитие ребенка. М., 1967.
16. Stutte Н. В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле и др. М., 1967, с. 706.
17. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., 1973.
18. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959, т. 2.
19. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1970.
20. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно неполноценных детей. СПб., 1905.
21. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936.
22. Benda С. В кн.: Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле и др. М., 1967, с. 609.
23. Organization of Services for the Mentally Retarded. 15th Report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva, 1968.
24. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1969, т. 3, с. 240.
25. Gesell A. Wolf Child and Human Child. London, 1941.
26. Langmeir J., Mateycek Z. Psychická deprivace v detství. Praha, 1963.
27. Давыдовский П.В., Снежневский А.В. В кн.: Социальная реадaptация психически больных. М., 1965, с. 11.
28. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955, ч. 1.
29. Броно М.Ш. В кн.: Шизофрения, мультидисциплинарное исследование. М., 1972, с. 77.
30. Bleuler E. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, 1911.
31. Краснушкин Е.К. В кн.: Избранные труды. М., 1960, с. 360.
32. Бруханский Н.П. В кн.: К проблеме шизофрений. М., 1934, с. 7.
33. Краснушкин Е.К. В кн.: Избранные труды. М., 1960, с. 375.
34. Гурьева В.А. Ж. невропатол. и психиатр., 1971, в. 10, с. 1533.
35. Ковалев В.В. Там же, 1972, в. 10, с. 1520.
36. Кербилов О.В. Труды 4-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, т. 5, с. 5.
37. Он же. Вестн. АМН СССР, 1965, № 1, с. 7.
38. Тимофеев Н.Н. Труды 4-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, т. 5, с. 109.
39. Фрейеров О.Е. В кн.: Проблемы личности. М., 1970, т. 2, с. 230.
40. Рохлин Л.Л. Там же, с. 204.
41. Гиляровский В.А. В кн.: Психопатология и психопрофилактика детского возраста. М., 1929, с. 157.
42. Осипова Е.А. В кн.: Вопросы детской психиатрии. М., 1940, с. 28.

## УСВОЕНИЕ СРЕДСТВ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ

Одним из центральных вопросов при изучении познавательного развития ребенка является вопрос о природе и происхождении средств его познавательной деятельности. В западноевропейской и американской психологии этот вопрос детально рассматривался Ж. Пиаже и Дж. Брунером. Согласно взглядам Ж. Пиаже, основным источником средств познания на протяжении онтогенеза является личный опыт ребенка, в ходе которого формируются перцептивные схемы (геометрические и эмпирические) и символы, которыми оперирует ребенок в символическом и интуитивном мышлении. Лишь на сравнительно поздних этапах происходит социализация детского интеллекта и овладение использованием знаков, имеющих общественную природу (J. Piaget, 1961, 1978),

Сходную позицию занимает и Дж. Брунер, утверждая, что знаковой («символической» по его терминологии) форме фиксации и хранения опыта предшествует образная форма, основанная на индивидуальном опыте (Дж. Брунер и др., 1971).

В советской психологии изучение средств познавательной деятельности ребенка было начато Л.С. Выготским и продолжено его сотрудниками и учениками. В выдвинутой Л.С. Выготским теории культурно-исторического развития психики было развито положение о генезисе высших психических функций, под которыми понимались присущие только человеку формы психических процессов. Главными отличительными чертами высших психических функций Л.С. Выготский считал их произвольный и опосредствованный характер. При этом в качестве универсальной формы опосредствования он рассматривал употребление знака и, прежде всего, словесного знака. Соответственно, в познавательной сфере к числу высших психических функций он относил только понятийное, логическое мышление (Л.С. Выготский, 1983).

В выполненных Л.С. Выготским и его сотрудниками исследованиях познавательного развития ребенка велись поиски генетических корней логического мышления, в ходе которых были обнаружены специфические допонятийные образования, характеризующие значение детских слов - синкреты и комплексы (Л.С. Выготский, 1982). Однако невербальные формы познания, свойственные детям - восприятие и наглядно-образное мышление - изучению не подвергались. Это вполне соответствовало принятому Л.С. Выготским пониманию онтогенеза как переплетения «натурального» и «культурного» развития и перехода от первого ко второму как овладения знаками.

Впоследствии эволюция взглядов школы Л.С. Выготского на онтогенез психики пошла по линии пересмотра деления развития на «натуральное» и «культурное». В работах А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, А.В. Запорожца и других авторов было установлено, что психика ребенка с самого раннего возраста социально детерминирована во всех ее проявлениях, и единственным путем формирования человеческих психических свойств и способностей является присвоение социально-исторического опыта. Центр тяжести был перенесен на поиски механизма и специфических форм такого присвоения на всех этапах онтогенеза,

Изучение развития сенсорных процессов у детей дошкольного возраста в работах А.В. Запорожца и его сотрудников (А.В. Запорожец, 1986; Л.А. Венгер, 1969) привело к выдвижению понятия сенсорных эталонов - формирующихся у детей представлений, соответствующих сложившимся в общественном опыте образцам чувственных качеств предметов (система цветов спектра, геометрических форм, речевых фонем и др.). Было установлено, что сенсорные эталоны опосредствуют восприятие ребенка и приводят к его «очеловечиванию» - расчленению и фиксации свойств предметов в соответствии с нормами сенсорной культуры.

Изучение развития наглядно-образного мышления ребенка, предпринятое под нашим руководством коллективом лаборатории психологии детей дошкольного возраста НИИ дошкольного воспитания АПН СССР (Л.А. Венгер, 1983, 1984), позволило прийти к выводу, что специфичными средствами осуществления этого вида мышления являются модельные образы, передающие отношения между предметами, явлениями и их элементами в более или менее условной и схематизированной наглядной пространственной форме. Такие образы структурно и функционально эквивалентны изобразительным знакам типа макетов, схем, чертежей, планов, диаграмм, графиков и т.п.

Овладение разными формами опосредствования происходит по законам интериоризации внешних действий с материальными объектами, установленным в трудах Л.С. Выготского (1983), А.В. Запорожца (1960), П.Я. Гальперина (1959). Однако уже внешние действия опосредствования отличаются от внешних форм перцептивных и интеллектуальных действий тем, что решающее значение в них имеет установление отношения средства к той стороне действительности, которую оно репрезентирует.

Усвоение сенсорных эталонов и действий по их использованию начинается на ступени раннего дет-

ства. Оно происходит в предметной деятельности благодаря тому, что эталоны широко представлены в свойствах предметов, с которыми осуществляются действия ребенка, и их учет необходим для успешного выполнения действий.

Развитие эталонной формы опосредствования в дошкольном возрасте связано с продуктивными видами деятельности - рисованием, конструированием, лепкой, аппликацией и др. Здесь решающее значение приобретает соотнесение внешних свойств объектов изображения со свойствами используемых материалов (цветами красок, формой деталей строительного материала, элементов мозаики и др.).

Сенсорные эталоны представлены в общественном опыте не как отдельные образцы чувственных качеств, а как системы таких образцов, построенные по определенным законам. Хотя в качестве систем сенсорных эталонов выступают не научные (физические или математические) подразделения свойств, а те их подразделения, которые употребляются в повседневной жизни, такие системы достаточно сложны. Принципы взаимоотношения их элементов могут быть охарактеризованы как принципы классификации и сериации. Так, система цветовых тонов построена по принципу классификационных групп (группы теплых и холодных цветов, группы оттенков каждого цветового тона), система же оттенков по светлоте и насыщенности - по принципу сериационных рядов. При этом цветовые тона связаны между собой взаимопереходами, определяемыми их местом в спектре и возможностью получения одних цветов и оттенков в результате смешения других,

Естественно, что ребенок не может усвоить эти системы сразу: сенсорная культура человечества противостоит ребенку так же, как ему противостоит система языка. И усваивается эта культура так же постепенно и противоречиво.

В наших исследованиях были получены многочисленные данные, показывающие, что на протяжении дошкольного детства происходит переход от усвоения отдельных эталонов к практическому овладению и использованию на перцептивном уровне принципов их систематизации. Такое овладение имеет определяющее значение в сенсорном развитии ребенка (Л.А. Венгер, 1969).

Овладение наглядным моделированием - специфическое достижение дошкольного детства. В основе его лежит моделирующий характер всех основных видов детской деятельности» создание в них материальных наглядных моделей, отображающих различные отношения вещей. Так, в сюжетно-ролевой игре дети создают модели отношений между людьми в виде отношений между ролями; в конструировании моделируются пространственные отношения между частями предметов при помощи отношений между деталями строительного материала; в рисовании отношения графическими формами моделирует пространственные отношения вещей, людей, животных и их строение.

Наиболее явно направленность деятельности детей на моделирование окружающего мира обнаруживается в рисовании. Не случайно рисунок на этапе дошкольного детства единодушно характеризуется исследователями как схема, передающая не внешний облик предмета, а отношение его основных компонентов. В выполненном в нашей лаборатории исследовании Л.И. Цеханской (1976) было установлено, что пятилетние дети сознательно придают рисунку обобщенное значение, выделяя в нем характерные признаки определенных классов вещей (рисуют человека «вообще», дерево «вообще» и т.п., отказываясь от доступной им передачи индивидуальных признаков предметов).

Для построения материальных моделей в разных видах деятельности дети пользуются заместителями, обозначающими реальные предметы и действия: игрушками, элементами строительного материала и конструктора, графическими формами, игровыми действиями. С этой точки зрения можно выделить три вида внешнего моделирования: предметное, графическое и двигательное.

Есть основания полагать, что в процессе интериоризации, формирования модельных представлений непосредственный материал внешней модели теряет свое значение и смысловая сторона - отношение модели к моделируемому содержанию - приобретает относительную независимость. Об этом свидетельствуют факты свободного выражения детьми в виде разных материальных моделей тех отношений, моделированием которых они первоначально овладели в одной определенной форме.

Использование детьми модельных образов в качестве средств решения познавательных задач обнаруживается в фактах свободного понимания ими смысла различных видов модельных изображений, предлагаемых взрослыми. В работах А.А. Литвинюк (1970), Д.Б. Эльконина и Л.Е. Журовой (Сенсорное воспитание дошкольников, 1963), Н.И. Непомнящей, С.Н. Николаевой (Умственное воспитание дошкольников, 1982), Р.И. Говоровой (1975) было показано, что наглядные модели различного рода связей и отношений являются оптимальным средством сообщения детям дошкольного возраста обобщенных знаний о пространстве, явлениях природы, формирования у них первоначальных математических и лингвистических представлений.

Уровень овладения использованием сенсорных эталонов и модельных образов в значительной мере определяет общий уровень развития восприятия и мышления ребенка, успешность решения им широ-

ких классов перцептивных и интеллектуальных задач. Это дает основания для рассмотрения указанных форм опосредствования в качестве общих познавательных способностей, развивающихся в дошкольном детстве. Соответственно различию между формами опосредствования различаются и основанные на них познавательные способности. Это - способность к использованию сенсорных эталонов и способность к наглядному моделированию.

Развитие способностей к использованию сенсорных эталонов и к наглядному моделированию в обычных условиях дошкольного воспитания происходит стихийно и поэтому весьма неравномерно, со значительными индивидуальными различиями. Это развитие может быть существенно ускорено и оптимизировано при помощи специального педагогического руководства. Проведенное нами лонгитюдное исследование показало, что принцип такого руководства состоит в обучении детей самостоятельному созданию и преобразованию свойств предметов, соответствующих общественно выработанным эталонам, самостоятельному построению двигательных, предметных и графических моделей, использованию материальных эталонов и моделей при решении соответствующих познавательных задач. Усваиваемые детьми действия по созданию и использованию материальных эталонов и моделей становятся исходным пунктом для перехода к использованию сенсорных эталонов и наглядных моделей во внутреннем, идеальном плане, т.е. для развития соответствующих способностей.

Лонгитюдное исследование проводилось в 1976-1981 гг. в двух группах детского сада. В каждой группе оно длилось по четыре года, охватывая детей от 4 до 7 лет. Усвоение детьми эталонов цвета происходило при выполнении заданий на воспроизведение цветов спектра, получения заданного цвета и оттенка, путем смешивания красок на палитре и окраски воды, высветление цвета и получение нескольких градаций его светлотных оттенков и т.п. Использованию эталонов цвета дети учились, сопоставляя цвет различных предметов и изображений с заданными образцами, группируя предметы по цвету и подбирая их в порядке убывания (или нарастания) интенсивности цвета. Такого же типа задания выполнялись детьми при знакомстве с формой и величиной.

Овладение построением и использованием наглядных моделей было включено в разные виды деятельности детей - игру, конструирование, музыкальные занятия, в ознакомление с пространством, обучение математике и грамоте, анализ и сочинение художественных произведений (рассказов и сказок). Так, в процессе конструирования дети учились построению элементарных чертежей и их использованию при возведении конструкций из строительного материала. К 6 годам они умели оторвать по собственному замыслу чертежи будущей конструкции в трех измерениях (вид спереди, сбоку и сверху), а затем по этим чертежам создавать конструкцию. При этом трудности, возникавшие в связи с необходимостью выделять при составлении чертежа плоскостные проекции объемных тел, соблюдать масштабные отношения и проводить четкие линии, снимались путем использования специальных лекал, вырезанных в прозрачной пластмассе.

При формировании элементарных математических представлений дети строили и использовали модели количественных отношений из двух рядов фишек, находящихся во взаимно однозначном соответствии, затем учились использовать числовую ось, наконец, овладевали построением простейших графиков, выражающих прямую и обратную функциональную зависимость.

Особо эффективным оказалось обучение детей наглядному моделированию логических отношений между понятиями при помощи «логического древа» и кругов Эйлера. Оно позволило преодолеть противоречие между образными и логическими формами мышления, характерное для детей этого возраста и проявляющееся, в частности, в знаменитых «феноменах Пиаже».

Результаты лонгитюдного исследования показали, что специальное педагогическое руководство развитием способностей к разным формам опосредствования приводит к общему сдвигу в умственном развитии детей, улучшению их готовности к школьному обучению.

Проводившееся в конце обучения детальное обследование уровня умственного развития детей из экспериментальных групп и из параллельных контрольных групп того же детского сада, обучавшихся по обычной программе, показало, что 52,3% детей из экспериментальных групп находятся на более высоком уровне развития, чем все воспитанники контрольных групп, а 36,3% детей из контрольных групп обнаруживают более низкий уровень развития, чем все дети, обучавшиеся по экспериментальной программе (Развитие познавательных способностей в процессе дошкольного воспитания, 1966).

В недавно законченном и еще не опубликованном электрофизиологическом исследовании А.А. Ибатуллиной наши обучающие методики были использованы для выявления влияния умственного воспитания на показатели мозговой активности. Были выделены две группы 4-летних детей (экспериментальная - 25 детей и контрольная - 15 детей), у которых исследовались электроэнцефалограмма покоя, особенности ориентировочной реакции (по показателям спектров плотности, мощности и функции когерентности) и вызванные слуховые потенциалы в ситуации принятия решения при экстренной неогово-

ренной перестройке программы подачи сигналов. После этого с детьми из экспериментальной группы в течение трех месяцев проводились интенсивные занятия по нашей программе. Затем у детей обеих групп исследовались те же электрофизиологические показатели.

У детей из экспериментальной группы была установлена интенсификация процессов морфофункционального созревания ЦНС, повышение ориентировочно-исследовательской активности и переход корковых механизмов на новый, более совершенный уровень функциональной организации, совершенствование механизмов экстренной перестройки системы связей, обработки и когнитивного анализа информации в коре больших полушарий.

Обнаружилось существенное усложнение нейрофизиологических механизмов организации процесса принятия решений за счет более дифференцированного вовлечения в деятельность различных областей коры и более четкого разделения функций правого и левого полушарий. У детей из контрольной группы значимых изменений мозговой активности не произошло.

Мы не имеем оснований для вывода, что указанные сдвиги в электрической активности мозга связаны именно с качественными особенностями нашей обучающей программы. Однако бесспорным является факт ее высокой эффективности не только по психологическим, но и по нейрофизиологическим показателям. Все, изложенное выше, дает основания утверждать, что познавательное развитие ребенка на всем его протяжении включает усвоение и использование различных видов социально выработанных средств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брунер Дж., Олвер Р., Гринфилд П. (ред.) Исследование развития познавательной деятельности. М.: Педагогика, 1971.
2. Венгер Л.А. Восприятие и обучение (дошкольный возраст). - М.: Просвещение, 1969.
3. Венгер Л.А. Овладение опосредствованным решением познавательных задач и развитие когнитивных способностей ребенка. - Вопросы психологии, 1983, № 2.
4. Венгер Л.А. Формирование познавательных способностей в дошкольном детстве. - В кн. Проблемы способностей в советской психологии. Сборник научных трудов. - М., 1984.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. М.: Педагогика, т.2, 3.- М.: 1982,1983.
6. Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий. - В кн.: Психологическая наука в СССР. Т. 1.- М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959.
7. Говорова Р.И., О.М. Дьяченко. Формирование пространственной ориентировки у детей. - Дошкольное воспитание, 1975, № 1.
8. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, т. 1, 1986.
9. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.
10. Развитие познавательных способностей в процессе дошкольного воспитания. /Под ред. Л.А. Венгера. - М.: Педагогика, 1986.
11. Цеханская Л.И. Об особенностях наглядно-образного мышления в детском рисунке. - Дошкольное воспитание, 1976, № 6.
12. Умственное воспитание дошкольника. /Под ред. Н.Н. Поддъякова. М.: Педагогика, 1972.
- 13/ Piaget J. Les mecanismes perceptifs. Paris, 1961.
14. Piaget J. La formation du symbole chez l'enfant. 7 ed. Paris, 1978.

С. С. Мнухин

### ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕТСКИХ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯХ<sup>10</sup>

Сложная проблема взаимосвязи и соотношения неврогенного и эндокринного факторов в патологии была на протяжении последних десятилетий предметом особенного внимания многочисленных исследователей. Весьма актуальной продолжает оставаться она и сейчас. Сравнительно недавно еще многим исследователям казалось, что эндокринная система является чуть ли не высшим регуляторным механизмом, что нарушения в ее деятельности лежат в основе самых различных заболеваний организма, в том числе и ряда важнейших форм нервно-психических расстройств. Имеется множество литературных материалов, отражающих эти недавние попытки обосновать гормональную природу шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, части или всей эпилепсии, многих разновидностей олигофрений и др.

<sup>10</sup> Опубликовано в кн.: Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / ред. Д.Н. Исаев, Б.Е. Миркумов. - Л. - 1990.

При этом энергично дебатировался вопрос о роли отдельных эндокринных желез и их комбинаций в происхождении этих заболеваний, выделялись специальные «эндокринно-токсические» их формы, разрабатывались методы эпотерапевтического воздействия на больных, лечение их пересадками разных желез и т. д.

Было бы неправильно сейчас, в период торжества идей нервизма, развитых и обоснованных Н.М. Сеченовым, С.П. Боткиным и И.П. Павловым, недооценивать, а тем более игнорировать роль некоторых эндокринных нарушений в происхождении нервно-психических расстройств. Это было бы неправильно, во-первых, потому, что влияние этих нарушений на деятельность головного мозга было, как известно, экспериментально проиллюстрировано самим И.П. Павловым и его учениками, особенно М.К. Петровой, а во-вторых, потому, что это влияние в достаточной мере наглядно и неоспоримо подтверждается повседневной клинической практикой - наблюдениями над психическими расстройствами при Базедовой болезни, гипотиреозах и др.

Отмечая это обстоятельство, следует вместе с тем подчеркнуть, что частота более или менее выраженных нервно-психических расстройств, обусловленных только (либо) преимущественно эндокринными нарушениями, сравнительно невелика, что и в таких случаях вопрос о соотношении эндокринных и неврогенных факторов представляется нередко все еще недостаточно ясным.

Заметно чаще наблюдаются в нервно-психиатрической практике больные, у которых различного типа нервно-психические расстройства в сочетании с эндокринопатического типа нарушениями являются следствием более или менее выраженных поражений головного мозга. Выявлению церебральной основы всех клинических проявлений таких больных весьма способствовали накопившиеся в последние десятилетия материалы о деятельности межучного мозга и, особенно, материалы о главенствующей роли коры головного мозга в регуляции всех жизненных функций организма.

Следует, однако, отметить, что если сам по себе факт нередкого сочетания нервно-психических и эндокринопатического типа нарушений, обусловленных патологией мозга, достаточно известен, то многое в этой области продолжает оставаться далеко еще неясным. Так, неясно, в частности, как часто имеют место такого рода сочетания, наблюдаются ли при этом какие-либо закономерные взаимосвязи между характером нервно-психических расстройств и типом эндокринопатических проявлений, мыслимо ли объяснить подобного рода сочетания одними лишь особенностями топической локализации процесса, каково соотношение роли коры и межучного мозга в их возникновении и т. д.

В целях предварительного выяснения хотя бы некоторых из этих трудных вопросов, нами были проанализированы клинические наблюдения над 870 больными детьми в возрасте от 2 до 16 лет, страдавшими разными нервно-психическими расстройствами на почве нарушений развития головного мозга либо на почве стойких последствий ранних органических поражений его. Эти расстройства выражались у наших больных в различных по картинам невро- и психопатических изменениях личности, в состояниях общего психического недоразвития и в стойких или преходящих двигательных расстройствах геми- и диплегического типа.

Все эти расстройства выступали у наших больных то более или менее изолированными, то в многообразных сочетаниях друг с другом. Поскольку они возникают на почве непрогредиентных поражений мозга и нередко сочетаются между собой, некоторые авторы (Бриссо, Бабонейке, Маргулис и др.) объединяют всю эту массу нервно-психических расстройств у детей в одну обширнейшую группу, а именно — в группу так называемых «детских резидуальных энцефалопатий». Не являясь ни в какой мере сторонником этих синдромологических тенденций к объединению разнородных по картинам и происхождению расстройств в единые сборные группы, мы позволим себе все же в дальнейшем, в целях обобщенного обозначения анализируемого контингента детей, воспользоваться понятием «детские резидуальные энцефалопатии».

Таким образом, задача наша заключалась в том, чтобы выяснить частоту и характер эндокринопатических проявлений при нервно-психических расстройствах на почве «детских резидуальных энцефалопатий», определить при этом наличие закономерных взаимосвязей между эндокринными и нервно-психическими расстройствами и установить этиологию патологических процессов, лежащих в их основе.

В целях более точного выяснения этих вопросов нами преднамеренно вовсе не были включены в состав анализируемого контингента больных дети, страдающие болезнью Дауна, у которых, как известно, психические недоразвития и эндокринопатические проявления наблюдаются почти закономерно.

Уточнив сказанным характер нервно-психических нарушений обследованных нами больных, остановимся вкратце на характеристике наблюдавшихся у них эндокринопатических проявлений. Основными из них были синдромы ожирения. Картины их были во многих отношениях различными: они приближались то к картинам синдрома Лоуренс-Бидля, то к картинам синдрома Фрелиха, то носили своеобразный характер. В виду отсутствия удовлетворительной группировки синдромов церебрального ожире-

ния, мы позволили себе разделить состояния ожирения наших больных на 2 типа. К первому из них мы отнесли состояния ожирения, выступавшие то на фоне нормального, то на фоне несколько задержанного роста, отличавшиеся недоразвитием половых признаков; ко второй группе — состояния ожирения с выраженными проявлениями преждевременного полового созревания.

Помимо синдромов ожирения, у наших больных имели место проявления синдрома преждевременного полового созревания, выступавшие на фоне отсутствия ожирения и чаще при несколько задержанном росте больных. И, наконец, у части наших больных имели место состояния более или менее выраженного общего физического инфантилизма, носившего почти у всех характер так называемого дистрофического инфантилизма.

Следует в связи с этим напомнить, что отграничение всех этих эндокринопатических проявлений, особенно мягких или рудиментарных форм их, от вариантов нормы, не всегда легко и в известной мере субъективно, несмотря на наличие ряда вспомогательных формул, облегчающих их распознавание. Именно поэтому мы учитывали лишь клинически вполне отчетливо и даже резко выраженные степени этих патологических состояний, рискуя тем самым преуменьшить оценку частоты их у наших больных.

Переходя к изложению результатов проведенной работы, отметим, в первую очередь, что из 870 наших больных детей перечисленные эндокринопатические проявления были отмечены у 107 (12,3 %). Эта весьма высокая частота эндокринопатических проявлений у наших больных, несомненно, значительно большая, чем в массе нервно-психически нормальных детей, свидетельствует, как нам кажется, сама по себе о том, что эти проявления не являются у них случайными, что между церебрально-эндокринными и нервно-психическими их нарушениями должна быть какая-то интимная внутренняя связь.

Из этих 107 больных с эндокринопатическими проявлениями у 55 (6,3 %) наблюдались синдромы ожирения без явлений преждевременного полового созревания, у 20 (2,3 %) - ожирение в сочетании с таковыми, у 16 (1,8 %) - картины одного лишь преждевременного полового созревания и, наконец, еще у 16 (1,8 %) — состояния резкого физического инфантилизма.

Таковы самые общие результаты наших наблюдений. В связи с указанной задачей нашей работы, было важно выяснить, при каких формах нервно-психических расстройств те или другие эндокринопатические нарушения встречаются относительно чаще. Для этой цели мы разделили наших больных на 4 группы. В первую из них (270 чел.) были включены дети с одними лишь нарушениями психики без грубых двигательных расстройств и припадков; во вторую (61 чел.) — дети со стойкими двигательными расстройствами (гемипарезами и дипарезами) без припадков; в третью (212 чел.) - дети со «смешанными» картинами, т.е. такие, у которых стойкие двигательные расстройства (144 чел.) и, реже (68 чел.), проявления олигофрении сочетались с различного типа припадками и, наконец, в четвертую (327 чел.) - дети с одними лишь припадочными состояниями без органических нарушений психики и каких-либо двигательных расстройств.

Общая частота эндокринопатических проявлений оказалась у детей этих разных групп не совсем одинаковой - меньшей (10,7% – 10 %) - у детей с одними лишь нарушениями психики либо припадками и большей у детей со смешанными картинами (15 %) и, особенно, у детей с двигательными расстройствами без припадков (21 %).

Неодинаковой оказалась у детей этих разных групп и частота отдельных эндокринопатических синдромов. Так, у детей первой группы (с нарушениями психики), при средней частоте синдромов ожирения (всего 5,9 %) более частыми оказались состояния физического инфантилизма. У детей особенно второй и отчасти третьей групп (с двигательными и смешанными нарушениями) заметно чаще имели место синдромы ожирения (17% – 12 %), у детей четвертой группы («эпилептиков») при средней частоте состояний ожирения (7 %), несколько чаще (3 %) отмечены картины преждевременного полового созревания.

При всем том, что приведенные цифровые данные, отчасти в силу малочисленности состава детей, не вскрывают достаточно четко взаимосвязей между эндокринопатическими и нервно-психическими нарушениями наших больных, они позволили все же предположить, что синдромы ожирения наблюдаются чаще при относительно более грубых органических поражениях мозга, в частности таких, которые сопровождаются выраженными двигательными расстройствами либо этими последними и олигофренией в сочетании с припадками. Эти цифровые данные показали одновременно, что состояния физического инфантилизма и преждевременного полового созревания появляются чаще у детей без грубых проявлений органического поражения мозга.

Стремясь уточнить эти положения, мы попытались проанализировать частоту и характер эндокринопатических проявлений в рамках каждой из указанных групп детей. При этом выяснилось, что у больных первой группы, т.е. с одними лишь нарушениями психики, синдромы ожирения и преждевременного полового созревания встречаются у психопатических детей и детей с легкими степенями олигофрении и чаще - у детей с более тяжелыми проявлениями последней. Еще чаще наблюдаются эти синдромы

у детей, у которых явления олигофрении сочетаются с припадками. Обратная картина отмечена при этом в отношении состояний физического инфантилизма - они оказались более частыми у психопатических детей и легких олигофренов и весьма редкими при глубоких олигофрениях или олигофрениях с припадками.

Заслуживает внимания также факт, что среди психопатических детей синдромы ожирения наблюдаются на фоне сравнительно грубых уклонений и некоторой уплощенности психики, а состояния инфантилизма — почти исключительно у невропатических детей с хорошо дифференцированной психикой.

Эти данные еще раз подтверждают, как нам кажется, упомянутое выше положение о том, что синдромы ожирения наблюдаются по сравнению с состояниями инфантилизма при более грубых проявлениях церебральной недостаточности.

У детей второй группы, т.е. страдающих двигательными расстройствами без припадков, синдромы ожирения, в общем, объективно частые, оказались несколько более частыми при дипарезах и более редкими при гемипарезах. Картины развития олигофрении и выраженного инфантилизма отмечались у них, как сказано, сравнительно редко.

Говоря о соотношении эндокринопатических и двигательных расстройств при поражениях головного мозга, нам хотелось бы обратить внимание на следующие факты. Во-первых, судя по нашим наблюдениям над 15-ю больными, синдромы ожирения наблюдаются как при правосторонних, так и, несколько даже чаще, при левосторонних гемипарезах. Во-вторых, с правосторонними гемипарезами, сопровождающимися состояниями ожирения, заметно реже наблюдаются припадки и гораздо резче выражены нарушения психики, а у больных, у которых левосторонние гемипарезы сопровождаются ожирением, припадки являются почти обязательным синдромом, но зато нарушения психики оказываются в большинстве случаев гораздо менее грубыми.

Мы позволили себе вкратце остановиться на формулировке этих положений потому, что вопрос о том, при каких именно церебральных гемипарезах у детей припадки бывают чаще, а нарушения психики резче, продолжает оставаться и до сих пор, несмотря на все новые попытки решить его, далеко еще неясным.

Нам хотелось бы, кроме того, отметить, что синдромы ожирения наблюдаются не только при спастических диплегиях, обусловленных постнатальными поражениями мозга, особенно гидроцефалией, но иногда и при диплегиях, обусловленных интранатальными процессами, при синдроме Литтля или, точнее, при синдроме общей ригидности.

Переходя к вопросу об эндокринопатических проявлениях у больных наших третьей и четвертой групп, т.е. у больных, страдающих припадочными состояниями как без органических нарушений психики и двигательных расстройств, так и в сочетании с ними, следует, к сожалению, отметить, что выяснение вопроса о соотношении между эндокринопатическими проявлениями и припадочными состояниями затрудняется отсутствием до сих пор удовлетворительной классификации форм эпилепсии и эпилептических припадков. Следует, кроме того, еще раз подчеркнуть, что, говоря при этом об эндокринопатических проявлениях у эпилептиков, мы вовсе не имеем в виду достаточно частые и многообразные их симптомы дисгенезий и дисплазий, а только те основные синдромы, о которых говорилось выше.

Относительно чаще (19 %), судя по нашим данным, эндокринопатические расстройства, в частности синдромы ожирения и преждевременного полового созревания, имеют место при той своеобразной и нередкой форме эпилепсии у детей, которая протекает исключительно, либо преимущественно в форме одних лишь эпилептических состояний (*status epilepticus*). Имея в виду остановиться на характеристике этой формы у детей более подробно в дальнейшем, мы отметим в данной связи лишь то обстоятельство, что она возникает в большинстве случаев на грубо органической основе. И тот факт, что именно при ней наблюдаются относительно чаще синдромы ожирения и полового созревания, мог бы служить, пожалуй, одним из оснований для заключения о том, что, по крайней мере, в части случаев эти статусообразно протекающие случаи эпилепсии связаны с последствиями сравнительно грубых поражений межучного мозга.

Далее, несколько реже, чем при статусных формах, но чаще, чем при других, эндокринопатические проявления, в частности синдромы ожирения (*Laurence Moon Biedl*), наблюдаются при так называемых подкорково-диэнцефальных вариантах эпилепсии (15 %). Заслуживает внимания то обстоятельство, что эти проявления, особенно картины ожирения, очень редки при судорожных формах подкорковой эпилепсии. Выявляются в различного типа тонических припадках и гораздо более часты при психических формах диэнцефальной эпилепсии и в различных автоматизмах. Еще чаще эндокринопатические проявления наблюдаются у детей с пикнолепсией. У них сравнительно часты синдромы ожирения, совсем неярки явления нервно-физического инфантилизма, и не отмечены нами только потому, что мы учитывали лишь относительно грубые его проявления.

Мы позволим себе в связи со сказанным особенно подчеркнуть, что дальнейшее изучение соотношений между синдромами эндокринопатических и нервно-психических расстройств может оказаться

весьма плодотворным. Показательными в этом плане являются исследования больных пикнолепсией, проведенные в последние годы нашим сотрудником д-ром В.Н. Бондаревым с помощью зеркально-гальванометрической методики. Оказалось, что нейродинамические нарушения у детей-пикнолептиков с состояниями ожирения качественно резко отличаются от тех же нарушений у многих других детей с той же болезнью. Ответные кожные гальванические реакции у них сравнительно редки, величины их малы и они оказываются нередко уравненными или парадоксальными и т.д.

Как ни странно, но почти столь же часто, как и у детей с дизэнцефальными вариантами эпилепсии эндокринопатические проявления наблюдаются при другой, правда более тяжелой форме эпилепсии, выделенной и названной нами в свое время острой или злокачественной формой ее. Было бы неуместно в данной связи подробно останавливаться на характеристике этой формы. Заметим лишь, что в отличие от многочисленных попыток подразделить эпилепсию на доброкачественную и злокачественную формы, опирающиеся обычно на случайные, непостоянные или недостаточно четкие признаки, эта злокачественная форма, выделенная нами, характеризуется ясными симптомами очень длительного послеприпадочного торможения коры головного мозга, а именно состояниями постепенно убывающего послеприпадочного оглушения и, главное, явлениями амнестической афазии. Поскольку эти явления послеприпадочного торможения высшей нервной деятельности держатся у таких больных очень долго, нередко в течение всего интервала между припадками, эту форму эпилепсии правомерно было бы с наибольшим основанием назвать психической эпилепсией, хотя у многих из них болезнь и выражается главным образом в тяжелых судорожных припадках.

Как было уже сказано, при этой злокачественной, или психической форме эпилепсии эндокринопатические проявления наблюдаются почти с такой же частотой, как и при психических вариантах дизэнцефальной эпилепсии. И это, по-видимому, не случайно, потому что, как показывает наш опыт, если дизэнцефальная эпилепсия становится иногда «настоящей» эпилепсией, то она оказывается чаще именно злокачественной формой ее, в том понимании последней, о котором говорилось выше. Следует вместе с тем отметить, что в отличие от психических вариантов дизэнцефальной эпилепсии, при злокачественной эпилепсии чаще встречается не «простое» ожирение, а ожирение с явлениями преждевременного полового созревания. Быть может это обстоятельство также не является случайным и указывает на более прогностически неблагоприятную чем «простое» ожирение его форму.

Что касается остальных форм эпилепсии — генуинной и органической, протекающих более или менее доброкачественно, то эндокринопатические проявления у них, как сказано, реже (8 %), выражаются главным образом в ожирении без психического инфантилизма. Мы хотели бы особенно отметить тот факт, что у большинства тех больных доброкачественными формами эпилепсии, у которых последняя протекает на фоне эндокринопатических проявлений, в частности — ожирения, припадки сопровождаются аурами либо носят характер малых приступов или приступов автоматизмов.

Таким образом, эндокринопатические проявления чаще имеют место у детей при статусообразно протекающих формах эпилепсии, при психических вариантах дизэнцефальной эпилепсии, при злокачественной форме «настоящей» эпилепсии и у тех больных с доброкачественными формами ее, у которых припадки протекают с аурами либо реализуются в психических проявлениях.

Таковы обобщенные результаты наших клинических наблюдений. При всем том в рамках короткого сообщения трудно остановиться на многих интересных и важных деталях, мы приведем в целях иллюстрации лишь некоторые из них. Так, среди наших больных с синдромами ожирения было 4 (3 мальч.+1 дев.) с вполне характерными картинами синдрома Лоуренс-Барде-Бидля (пигментный ретинит, полидактилия и др.). У всех у них отмечались, в соответствие с общеизвестными литературными данными, выраженные степени общего психического недоразвития. Не совсем обычным является тот факт, что у одного из них имели место большие судорожные припадки. Характерно также, что у матери другого из этих детей отмечались отчетливые признаки болезни Дауна, что свидетельствует, быть может, о патогенетическом родстве последней с синдромом Барде-Бидля.

Далее, еще у 4 наших больных (все девочки) наблюдались характерные картины синдрома Стюарта-Мореля (ожирение с выраженным утолщением внутренней чешуи лобной кости на рентгенограммах). Все эти больные, вполне нормально развитые в психическом плане, страдали различного типа пароксизмами. При этом у одной отмечались частые ежедневные приступы элементарных автоматизмов с глубоким помрачением сознания, у другой — сложные автоматизмы с выраженными оборонительными реакциями на фоне поверхностного нарушения сознания, у третьей — пикнолептические абсансы и лишь у четвертой наблюдались редкие судорожные припадки, в интервалах между которыми имели место своеобразные вегетативные кризы и деперсонализационные приступы с нарушением четкости восприятия окружающего.

В заключении клинической части нашего сообщения необходимо было бы попытаться ответить на

вопрос - есть ли что-нибудь общее в клинических картинах или в нейродинамических механизмах всех тех нервно-психических расстройств, которые сопровождаются эндокринопатическими проявлениями, особенно синдромами ожирения как наиболее частыми из них? Или, иначе говоря, в чем своеобразие клиники, патогенеза и механизмов нервно-психических расстройств и эндокринопатических проявлений у таких больных?

Ответ на этот вопрос, как и на многие другие, затрудняется отсутствием удовлетворительных классификаций олигофрений, эпилепсии и «церебральных параличей». Он затрудняется, кроме того, все еще недостаточной ясностью нейродинамических основ многих из этих нарушений и широким распространением некоторых ошибочных общих установок, ошибочность которых едва ли уменьшается от того, что их обосновывают ссылками на авторитеты, кстати сказать, вовсе не столь строго их придерживавшихся. Так, принято считать, что больные с разными формами олигофрений характеризуются общей слабостью основных нервных процессов, а больные с разными формами эпилепсии — выраженной силой их и т.д. А между тем, как это было показано нами недавно в напечатанных тезисах доклада на конференции Института дефектологии АПН, наряду с астеническими и атоническими формами олигофрений, характеризующимися повышенной истощаемостью основных нервных процессов либо более глубокими степенями слабости их, имеются стенические формы олигофрений с выраженной силой раздражительного процесса. Равным образом, наряду с сильными типами, среди больных эпилепсией имеется и немало больных с разными формами и степенями слабости основных нервных процессов. Ограничиваясь в отношении этих вопросов ссылками на другие работы нашего коллектива, мы хотели бы в данной связи особенно подчеркнуть лишь то обстоятельство, что эндокринопатические проявления сочетаются с нервно-психическими расстройствами главным образом в тех случаях, когда у больных имеет место более или менее выраженное ослабление основных нервных процессов, снижение кортикального тонуса. Иначе говоря, сочетание этих нарушений имеет место, судя по нашим данным, главным образом, при астенических и атонических формах психопатии, олигофрений, эпилепсии, равно как и при тех формах «церебральных параличей», при которых корковый тонус также более или менее резко снижен.

Что касается этиологии заболевания наших больных с сочетаниями нервно-психических и эндокринопатических проявлений, то они показывают, что в этиологии заболевания этих больных существенную роль играет патологическая наследственность. Помимо наследственности и гораздо чаще ее играют роль многообразные интранатальные и постнатальные вредности, особенно постнатальные инфекционные поражения нервной системы.

Существенную и, пожалуй, недооцененную роль играют при этом тяжелые формы токсикодистрофических состояний детей ранних возрастов — особенно токсические диспепсии и др.

Все это не решение вопроса, а только материалы. Они нужны для того, чтобы преодолеть локализационизм и найти закономерности клиники и вскрыть механизмы.

О СОЧЕТАНИИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ И СУДОРОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИИ У ДЕТЕЙ<sup>11</sup>

Проблема судорожных проявлений при шизофрении весьма дискуссионна. Крепелин считал, что при шизофрении, особенно в начальном ее периоде, эпилептические припадки могут иметь место. В дальнейшем получило распространение мнение о том, что судорожные припадки, помрачение сознания, амнестические и астенические расстройства для шизофрении как эндогенного заболевания не характерны. Существование определенного антагонизма между шизофренией и эпилепсией даже послужило обоснованием для проведения судорожной терапии шизофрении. В то же время получили распространение представления о шизоэпилепсии как самостоятельном заболевании с двойной наследственной отягощенностью. Советские психиатры [1, 2] придерживались мнения об органической природе шизоэпилепсии и не допускали возможности сочетания двух эндогенных болезней (шизофрении и генуинной эпилепсии).

Вопрос о судорожных проявлениях в детском возрасте приобретает особый интерес и практическое значение в связи с повышенной судорожной готовностью и большой частотой эпилептиформных проявлений у детей. По данным детских психиатров [3—10], в анамнезе больных детской шизофренией часто встречаются указания на различные антенатальные и перинатальные вредности. Многие современные исследователи в США и Англии считают, что детская шизофрения непосредственно связана с «минимальной мозговой дисфункцией» и является одним из проявлений «мозгового синдрома». Советские детские психиатры, придерживаясь гипотезы об эндогенной природе детской шизофрении, тем не менее допускают видоизменяющее влияние на ее клинику и течение органически измененной почвы, связанной у детей с ранней церебральной недостаточностью [11—14]. Одним из проявлений органически измененной почвы являются судорожные припадки и их эквиваленты.

Настоящее сообщение посвящено судорожным проявлениям у детей дошкольного возраста при шизофрении и резидуально-органических поражениях центральной нервной системы, которые сопровождаются шизофреноподобными состояниями.

За 5 лет в одном из дошкольных отделений Московской городской детской психиатрической больницы № 6 нами было отобрано 25 детей, у которых шизофреническая и шизофреноподобная симптоматика сочеталась с различными судорожными проявлениями. Число этих больных значительно уступало числу пациентов с судорожными проявлениями без каких-либо шизофренических симптомов (281), а также с шизофренией, т.е. без судорожных проявлений (165), находившихся в тот же период в том же отделении. На основании этих данных нельзя, конечно, судить о распространенности форм заболеваний, в которых выступает сочетание шизофренических или шизофреноподобных и судорожных проявлений, но можно все же сказать, что они встречаются относительно редко (во всяком случае, реже, чем только эпилептиформные проявления или «чистая» шизофрения).

В отношении самих пароксизмальных проявлений не удалось отметить каких-либо существенных различий между больными с шизофреноподобной симптоматикой и с судорожными проявлениями без признаков шизофрении. У тех и других встречаются указания на фебрильные приступы в анамнезе, а в клинической картине наблюдались различные эпилептиформные проявления, которые можно было расположить в единый ряд (по Г.Е. Сухаревой): от эпилептиформных реакций до эпилептиформного синдрома, или симптоматической эпилепсии. Наблюдались также различные виды малых и психомоторных приступов, снохождение, сноговорение. Однако следует отметить, что у больных, страдающих шизофренией и шизофреноподобными состояниями, полиморфизм эпилептиформных проявлений отмечался значительно реже, чем у тех больных, у которых отмечались эпилептиформный синдром и эпилепсия без признаков шизофрении. У наблюдавшихся нами 25 больных отмечались фебрильные приступы в виде вздрагиваний и генерализованных припадков (13 человек); генерализованные припадки, не связанные с подъемом температуры (4); вздрагивания с остановкой взора либо кивки (6); abortивные судорожные припадки в сочетании с кивками (2). В 2 случаях можно было отметить более отчетливый височно-дизэнцефальный характер приступов: у одного больного — короткие судорожные подергивания мышц лица, жевательные движения, возникающие пароксизмально состояния хаотического двигательного беспокойства с беспричинным смехом; у другого — очерченные во времени состояния двигательного беспокойства со страхом и последующим сном, у него же наблюдались снохождение и сноговорение. Некоторые больные наряду с картиной шизофрении или шизофреноподобного состояния обнаруживали отдельные признаки эпилептических изменений личности. У отобранных нами детей не наблюдались истинные сумеречные состояния, fugи, эпилептический статус и состояния эпилептиформ-

<sup>11</sup> Опубликовано в Журн. невропатол и психиатр., 1984, т. 84, вып. 10, с. 1547-1550.

ного возбуждения. Частота пароксизмальных состояний была значительно реже, чем у больных эпилепсией и эпилептиформным синдромом без шизофрении и шизофреноподобных расстройств. Фебрильные приступы наблюдались в более раннем возрасте, затем возникали эпизодически; можно было отметить их явную положительную динамику как в отношении частоты, так и тяжести приступов. Иногда у больных отмечались дисфории и психопатоподобные особенности поведения.

Не было также существенных различий и в картине ЭЭГ. Преобладали нерезкие диффузные изменения электрической активности головного мозга резидуально-органического характера при фебрильных приступах. При более стойких пароксизмальных состояниях отмечались снижение порога судорожной готовности, чаще с очагом ирритации в подкорковых структурах, и другие изменения, характерные для эпилептиформной активности. Регулярная противосудорожная терапия в этих случаях сопровождалась положительной динамикой ЭЭГ. По данным М-эхо и рентгенографии черепа, у больных выявлялись признаки гидроцефалии.

Начало заболевания большей частью было неочерченным и отличалось постепенным развитием, симптомы органического поражения мозга выявлялись во многих случаях раньше эндогенных, больные длительно наблюдались у невропатологов, назначавших им преимущественно противосудорожную терапию. Впоследствии наряду с задержкой психического развития и моторики органического характера обнаруживались шизоидные особенности личности и признаки недоразвития, свойственные рано начавшемуся эндогенному процессу. У некоторых больных в связи с ранним началом и злокачественным течением заболевания быстро наступало выраженное слабоумие, которое в сочетании с симптомами органического поражения создавало впечатление дегенеративного процесса и значительно затрудняло диагностику. Однако изучение преморбидных особенностей и дальнейшего течения заболевания с преобладанием специфической для шизофрении прогрессивности при редуцировании органических симптомов, в том числе эпилептиформных проявлений, давало основание диагностировать шизофрению. Для шизофреноподобного синдрома при раннем органическом поражении мозга были характерны большая стойкость эпилептиформных проявлений, более выраженная неврологическая симптоматика и отсутствие указаний на прогрессивность.

Картина шизофренического психоза на органически измененной почве во многом соответствовала обычной детской шизофрении в отношении как позитивной, так и негативной симптоматики (аутизм, вычурность, негативизм, амбивалентность и т.п.). Как и у больных детской шизофренией без судорожных проявлений, отмечались явления сопутствующего дизонтогенеза: олигофреноподобный дефект при злокачественном течении или психофизический инфантилизм при относительно благоприятном течении. Различия состояли в наличии у больных с судорожными проявлениями признаков психоорганического синдрома и значительно реже - изменений личности по эпилептическому типу.

Следует отметить также наши предварительные впечатления о том, что в семьях больных шизофренией с эпилептическим синдромом или при его сочетании с шизофреноподобными проявлениями у родственников (преимущественно первой степени родства) нередко отмечались личностные особенности эпилептоидного круга или малые эпилептические признаки (энурез, заикание, мигрень). Последние наблюдались и у самих больных. Этот вопрос представляет особый интерес и требует отдельного изучения. Во всяком случае, предположение о простом сочетании «шизофренической» и «эпилептической» наследственности у подобных больных представляется нам малообоснованным.

Лечение при шизофрении и шизофреноподобных состояниях при наличии эпилептиформных проявлений представляет большие трудности. Назначение нейролептиков с активирующим действием, в частности стелазина, нередко вызывало учащение либо усложнение пароксизмальных состояний. В тех случаях, когда приступов не было на протяжении 2-3 лет, назначение нейролептиков, как правило, не вызывало их появления. По нашим данным, эффективными являются транквилизаторы с антисудорожным действием, а также сонапакс, меллерил, небольшие дозы аминазина. У некоторых больных отмечался удовлетворительный эффект при применении небольших доз тизерцина, френолона.

Противосудорожная терапия под контролем ЭЭГ проводилась во всех случаях при наличии приступов или при указании на фебрильные приступы в анамнезе. Дегидратационная терапия была обязательна для всех больных. Рекомендации по режиму, проведению оздоровительных мероприятий давались с учетом судорожной готовности центральной нервной системы больных.

Анализ результатов наших наблюдений позволяет высказать несколько предположений, которые, естественно, требуют дальнейшего уточнения и проверки.

В большом числе наших наблюдений имела место детская шизофрения на органически измененной почве, при этом судорожные проявления у больных были обусловлены остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга. У больных с шизофреноподобным состоянием на почве резидуально-органического поражения мозга эпилептиформный синдром проявлялся более стойко, чем у

больных с шизофренией. Шизофреноподобная симптоматика в некотором числе подобных наблюдений была связана с височной эпилепсией [15], о чем свидетельствовали, в частности, соответствующие изменения личности, выступавшие с большей или меньшей отчетливостью, а также данные ЭЭГ. По данным наших наблюдений, как и наблюдений других авторов [1, 2, 16], нет достаточных оснований для выделения шизоэпилепсии как самостоятельной нозологической единицы, при которой имеет место сочетание двух эндогенных болезней: шизофрении и эпилепсии. Включение в терапию нейролептиков вызывало у некоторых из наблюдавшихся больных усиление пароксизмальных проявлений, что можно рассматривать как осложнение, связанное с терапией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гейер Т.А. В кн.: Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них. М.—Л., 1936, с. 7-69.
2. Лобова Л.П. Труды Центрального ин-та психиатрии, 1940, т. 1, с. 64—77.
3. Bender L. Psychiat. Quart., 1953, v. 27, p. 663—681.
4. Симсон Т.П., Кудрявцева В.П. В кн.: Шизофрения у детей и подростков. М., 1959, с. 11—52.
5. Мнухин С.С. В кн.: Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). М., 1962, с. 77—83.
6. Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М., 1963.
7. Вроно М.Ш. Возрастные особенности течения шизофрении у детей и подростков. Дис. докт. М., 1967.
8. Жезлова М.Я. Клинические варианты течения шизофрении раннего возраста. Дис. канд. М., 1967.
9. Мамцева В.Н. В кн.: Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979, с. 330—376.
10. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М., 1980.
11. Осипова Е.А., Шур И.В. Невропатол., психиатр. и психогиг., 1935, т. 4, № 11, с. 35—46.
12. Сухарева Г.Е. В кн.: Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. 4-й. Тезисы докладов. М., 1963, т. 1, с. 463—465.
13. Сосюкало О.Д. Клинические особенности шизофрении у больных с остаточными явлениями мозговых травм и инфекций (По наблюдениям детской клиники). Дис. канд. М., 1963.
14. Левина А.Л. Ж. невропатол. и психиатр., 1974, № 5, с. 738—742.
15. Висневская Л.Я. Там же, 1980, № 6, с. 809—812.
16. Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л., 1979, с. 90—124.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Н. В. Дмитриева, Д. В. Четвериков, Р. Б. Сапожникова  
**ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Нижегородский педагогический университет. Нижний Новгород.

Цель коррекционной программы, ориентированной на разрушение аддиктивных схем, создание и закрепление социально приемлемых форм поведения, определяется нами как достижение *пути воина*. Основные составляющие программы:

**1. Остановка внутреннего диалога** (здесь и далее курсивом выделены термины С. Castaneda). Согласно концепции С. Castaneda (1971), внутренний диалог определяет «мир, в котором мы живем», формирует его модель и соответствующее этой модели поведение, снижает самоконтроль. Для *остановки внутреннего диалога* мы использовали технологию «свидетель», принятую в дзен-буддизме. Аддикту предлагалось на протяжении месяца наблюдать за своим поведением как независимому свидетелю или зрителю, беспристрастно, без разбора и комментариев, спокойно *осознавать* ежедневную деятельность.

**2. Стратегическая инвентаризация поведения.** Речь идет о «составлении списка поведенческих структур, которые не являются существенными с точки зрения выживания» (С. Castaneda, 1978), определенных стереотипов реагирования на окружающий мир. В «модели мира» наркомана фрустрирующие нагрузки сцеплены с аддиктивным поведением, в ответ на любое соматопсихическое неблагополучие аддикт реагирует стереотипно – возобновлением наркотизации. На фоне постоянного самонаблюдения аддикты обретали способность дифференцировать свои поведенческие акты, вычленять из них позитивные и подавлять деструктивные, проводили «инвентаризацию» поведения, в конечном итоге приобретая способность к самоконтролю.

**3. Преодоление страха смерти.** Будучи неизбежным для обычного сознания фактом, смерть редко становится предметом серьезных раздумий или насущной озабоченности – какой резон страшиться того, что неминуемо произойдет рано или поздно, независимо от нашего отношения и степени нашей осмысленности этого? Но внимательное рассмотрение всего объема психологической подоплеки смерти как явления бытия, приводит к мнению, что *страх смерти* есть один из важнейших детерминаторов человеческого поведения.

**4. Принятие ответственности за свои поступки.** Именно такого, не требующего колебаний и сомнений отношения к жизни, требует психологическая часть концепции С. Castaneda, который считает, что человек должен прогнозировать последствия любого действия с полнотой и ясностью.

**5. Преодоление чувства собственной важности.** Отказавшись от чувства собственной важности, человек не способен унижать других, фанатично исповедовать единственный (а потому всегда узкий) взгляд на вещи, предавая все остальное анафеме. Он смотрит на мир широко открытыми глазами, и это дает ему шанс отличить подлинное от ложного. Напряженность и борьба, упоенность успехом и разочарование – все это лишь продукты Эго, мечтающего о своей иллюзорной неповторимости. Усмиренное Эго больше не жаждет самоутверждения ни в какой форме, ему больше нечего отстаивать и защищать. В самой простой форме чувство собственной важности имеет вид *социальной роли*, в данном контексте – роли «наркомана». В философском смысле *чувство собственной важности* предстает как особо важный принцип, а избавление от него рассматривается как великая победа ставшего на путь воина. Кроме роли «наркомана», разрушению подвергались другие распространенные среди аддиктов роли: «больного человека», «крутого парня», «жертвы обстоятельств» и прочие. На фоне происходящих изменений референция аддикта переносилась на самого себя, что способствовало усилению самоконтроля. Практически избавление от чувства собственной важности иногда достигалось поиском и борьбой *мелких тиранов*.

**6. Разрушение интернализированных поведенческих паттернов.** Как причина и мотив поведения обстоятельства отпадают, обесцениваются, что создает принципиально новую ситуацию. На определенных этапах коррекции последовательно проводилась деструкция *любой* мотивации, с точки зрения неизбежности смерти показывалась бесцельность человеческого существования. Имеется принципиальное отличие экзистенциальной терапии от ранее применяемых технологий, которые ориентированы на достижение позитивных целей – работа, семья, дом, здоровье и пр. Практически это достигалось тем, что аддиктам вначале давались задания, которые в их прежней жизни вообще казались нереальными – рисовать, петь, прыгать с парашютом и т.д. Использовалась технология «Стирание личной истории» (С. Castaneda, 1969).

**7. Сталкинг.** Дисциплину, обучающую сознательному контролю реагирования и поведения С. Castaneda именует *сталкингом* или, в ранних книгах – *контролируемой глупостью*. Происхождение это-

го термина легко понять, если вспомнить, что подлинный *воин* всякое поведение, исходящее из ложного убеждения в несокрушимости и окончательности человеческого «описания мира», иначе как глупостью не назовет. Чувство освобождения от личностных границ через сознательное переживание часто используется в психотерапии, особенно в психоанализе. Достаточно вспомнить катарсис, описанный еще З. Фрейдом, или «сожжение кармы» у Д. Лилли. Нами использовалась предложенная С. Castaneda технология «перепросмотра». Перепросмотр выполняет две важные функции: усиливает рефлексию и нейтрализует эгоистические стереотипы.

**8. Достижение безупречности.** *Безупречность* – базисный этап в развитии человеческой психологии и особое состояние духа. Принципиальным отличием понятия *безупречности* у С. Castaneda от этого состояния в других психологических системах является формальная бесцельность *безупречности*. В проводимой коррекционной работе мы, оставляя вне сферы внимания клиента сложнейшие аспекты философии автора, лишь постулировали ее: *жить безупречно ради самой безупречности. Отрешенность и беспристрастие* – необходимые спутники *безупречности*.

В результате применения указанной психокоррекционной программы у большинства аддиктов формировалась достаточная установка на трезвость, менялась референтная среда, повышалась интернальность, нормализовалась семейная атмосфера, появлялись новые интересы, в том числе к трудовой деятельности, желание расширить уровень своих знаний и диапазон поведенческих актов. Технологии экзистенциальной терапии в конечном итоге производили мощнейшую трансформацию личности, происходило формирование новой личности с новой системой убеждений, верований, ценностей, коммуникативными предпочтениями и социальной ролью, исключающими аддиктивные реализации<sup>12</sup>.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кастанеда К. Дар Орла. Огонь изнутри – Киев, София, 1995 - 318 с.
2. Кастанеда К. Сказки о силе. Второе кольцо силы. – Киев, София, 1994 - 324 с
3. (Cohen G., Fleming N.F., Glatter K.A., Hadghigi D.B., Halberstadt J., MacHugh K.B.) Коэн Г., Флеминг Н.Ф., Глаттер К.А., Хаджиги Д.Б., Халберстедт Д., МакХью К.Б., Эпидемиология употребления наркотических веществ / Наркология: Пер. с англ. – М., СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалог», 1998. – С. 27 – 50.

Е. А. Карасева

### КОГНИТИВНЫЕ СТИЛИ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ПОДРОСТКАМИ

Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования, Тверской областной клинический психоневрологический диспансер (Санкт-Петербург, Тверь).

Исследование *когнитивных стилей*, которые проявляются в способах переработки информации и характеризуют индивидуальный тип адаптации, важно для повышения эффективности межличностного взаимодействия, в том числе в психокоррекционной работе.

Представление о своем и пациента когнитивных стилях и преобладающем виде когнитивного контроля может позволить психологу/психотерапевту нейтрализовать негативные моменты, возникающие в процессе взаимодействия, а также использовать особенности когнитивной сферы клиента с целью усиления эффективности психотерапевтических техник.

Один из наиболее изученных параметров когнитивного стиля – *полезависимость*, где под полем понимается актуальная психологическая ситуация, в которой находится индивид. Принадлежность к *полезависимым* или *полenezависимым* определяется способностью «отходить» от контекста, выделять части из целого и обладать относительной свободой от воздействия внешних референтов. В многочислен-

<sup>12</sup> **Примечание редактора:** Было бы крайне желательно получить более подробное представление о структуре описанной психотерапии, ее применимости в зависимости от типа, тяжести и давности аддикции, о длительности психотерапии и ее условиях (закрытые учреждения, наркологический стационар, амбулаторная работа), формате (групповая, индивидуальная и т.д.), статистике эффективности - в том числе и катамнестической. В теоретическом плане вызывает вопросы эклектичность описанной системы, построенная на отождествлении описанного К. Кастанедой *мировоззренческого* подхода к жизни и бытию с экзистенциальной психотерапией. Пункты 7 и 8 предлагаемой программы предлагаются трудно осуществимыми в приложении к аддиктивным подросткам: возрастные особенности и опыт аддикции представляются существенными препятствиями на пути, который открыт далеко не каждому взрослому. Психотерапия аддикции остается чрезвычайно трудной задачей, и оптимистическое заключение вызывает много вопросов (В. Е. Каган)

ных исследованиях (Уиткин Г., 1974; Палей А.И., 1982; Егорова М.С., 1981; Решетова Т.В., 1990; и т.д.) показана связь этого стиля с общением, отношением к конфликтам и социальным ситуациям.

Полезависимые индивиды извлекают из стандартного общения больше информации, чем независимые, легче разрешают конфликтные ситуации, более положительно оценивают других людей и реже выражают враждебное отношение к кому-либо. В целом, они являются более межличностно ориентированными людьми, в то же время находясь в сильной зависимости от социальных воздействий и одобрения окружающих. Независимые же больше ориентированы на свои знания и опыт, даже когда внешние обстоятельства противоречат им.

Если в диаде психолог–подросток один является полезависимым, а другой полнезависимым, то решение спорного вопроса будет ближе к варианту второго, так как влияние партнера для полезависимого является определяющим. На уровне взаимодействия с психотерапевтом, в случае его полнезависимого стиля, контакт будет вполне продуктивным, по типу «лидер, учитель–ведомый, ученик». Эффект психокоррекции у полнезависимого пациента будет определяться наличием его внутренней мотивации, а сама стратегия психотерапевта должна строиться на аналитической переработке данных.

Полнезависимость положительно коррелирует с двумя другими стилевыми параметрами - *диапазоном эквивалентности* (аналитичностью–синтетичностью) и *рефлексивностью* (Холодная М.А., 1990). Аналитический понятийный стиль проявляется в тенденции классифицировать объекты на основе выявления различий и использования для этого более точных стандартов. Противоположная характеристика - *синтетичность*, склонность ориентироваться на сходство в ряду объектов.

«Аналитик», основной мотивацией которого является избегание неудачи, преувеличивает вероятность конфликтов с окружающей средой, тщательно отбирает формы поведения, гарантирующие его от ошибок.

Преобладающей отрицательной эмоцией «синтетика» является гнев, довольно часто направляемый вовне. Причина собственной неудачи видится в чем-то из «враждебного мира», переоцениваются внешние стимулы среды и это является своеобразным выходом из конфликтных ситуаций (Решетова Т.В., 1990). Установление партнерских отношений с таким подростком затруднено из-за нежелания признавать ответственность за свои ошибки и восприятия психолога как «агрессора».

Похожий тип поведения наблюдается при анализе другого стилевого параметра - *локуса субъективного контроля*, где действуют переменные: *экстернальность* и *интернальность*. Выраженные экстерналы склонны наделять события и обстоятельства большим «субъективным весом», приписывать удачи и неудачи влиянию судьбы, что затрудняет процесс осознания причин своей дизадаптации. Такие подростки часто не верят, что могут самостоятельно улучшить свой жизненный стиль, личностную успешность и эмоциональное состояние. Интернальность же не очень свойственна подростковому возрасту: в нашем исследовании связи когнитивных стилей с агрессивностью (165 испытуемых) только – 5,5 % юношей и 9,7 % девушек относятся к интерналам. По-видимому, это связано с недостающей интеграцией «Я-образа», а также эмоциональной и когнитивной незрелостью подростков.

*Рефлексивность–импульсивность* как стилевой параметр определяет способ действия при необходимости выбора из некоторого множества альтернатив. Импульсивные склонны действовать быстро, не особо задумываясь, и допускать при этом большое количество ошибок, рефлексивные же проводят тщательный анализ и уточняют выдвигаемые гипотезы. Тактика психотерапевта соответственно должна определяться данными когнитивными различиями пациентов, поэтому в первом случае продуктивной будет психокоррекция, основанная на помощи в овладении сканирующими стратегиями. Исследования С. Мессерера (1976), показали, что импульсивность при данном способе действия снижается. Большое значение могут иметь методы телесно-ориентированной психотерапии, элементы психогимнастики, ролевые игры.

При работе с рефлексивными подростками внимание должно уделяться анализу, методам рациональной психотерапии с апелляцией к логике, рассудку, а психотерапевтической мишенью будет являться самосознание, самооценка, а также способы эмоционального выражения пациента.

Другой стилевой параметр – *познавательный контроль* - характеризует способ действия в меняющейся ситуации. Пациенты с *гибким контролем* легче приспосабливаются к смене обстановки и лучше обучаются новым формам поведения, поэтому метод поведенческой психотерапии для них наиболее эффективен. Лица с *ригидным* или *жестким* познавательным контролем отличаются пониженной способностью к научению и для них нужно использовать иные формы психокоррекции или психотерапевтического воздействия (например, гештальт-терапию).

Таким образом, для психологической коррекции с учетом когнитивных стилей необходима реализация двух этапов: 1) психодиагностического, в котором с помощью референтных тестов устанавливаются параметры когнитивной организации подростка. Когнитивные стили, как мы указывали выше, не

являются отдельными характеристиками, скорее можно говорить определенном личностном паттерне и, используя данные «когнитивно-стилевой психодиагностики», мы получаем достаточно адекватный психологический портрет;

2) собственно психокоррекционного (индивидуального, семейного, группового), в котором модель психотерапевтического воздействия носит интегративный характер и где представлены в той или иной мере техники гештальт-терапии, методы рациональной психокоррекции, когнитивно-поведенческой и телесно ориентированной психотерапии.

Обобщенная цель психотерапии конкретизируется в зависимости от специфики проблем и обращений к специалисту. Непродуктивное межличностное взаимодействие, неадекватные способы реагирования в экстремальных ситуациях, неучет физиологических особенностей и ограничений при построении собственного стиля жизни и т.д. существенно сказываются на эффективности психотерапии. Однако главным принципом контактирования в системе «психолог – подросток» непременно должны быть партнерские отношения, способствующие проявлению активности пациента<sup>13</sup>.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова М.С. Психология индивидуальных различий. М.: Планета детей, 1997.
  2. Корнилова Т.В., Парамей Г.В. Подходы к изучению когнитивных стилей: двадцать лет спустя. – Вопросы психологии, 1989, № 6.
  3. Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. // Спб.: «Стройлеспечать», 1996.
  4. Палей А.И. Модальностная структура эмоциональности и когнитивный стиль. // Вопросы психологии 1982, № 1. - С. 118-126.
  5. Реан А.А. Психология изучения личности. – М.: Кафедра М, 1999.
  6. Решетова Т.В. Влияние когнитивного стиля на взаимоотношения врача и больного. – Психологический журнал, 1990, т. 11, № 1. - С. 124 – 130.
- Холодная М.А. Психологический статус когнитивных стилей: предпочтения или «другие» способности? – Психологический журнал, 1996, т. 17, № 1, с. 61 – 69.

**М. А. Калинина, Н. И. Голубева**

#### **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В МЛАДЕНЧЕСТВЕ**

**НЦ психического здоровья РАМН. Москва.**

Современные отечественные исследования феноменологии нарушений эмоционального развития и депрессивных расстройств у детей раннего возраста проводились на модели потомства больных шизофренией, в группе высокого риска (ГВР) и группе депривационных расстройств (дети-сироты), прослеженных с первых дней жизни.

У детей из ГВР уже на первом году жизни был выявлен специфический дизонтогенез психических функций, в структуре которого выявлены (о чем указывалось и в других исследованиях) элементы депрессивных расстройств (В. Fish, 1983-1986; S. Mednick, F. Shulzinger et al, 1981, 1987; Римашевская Н.В., 1989; Г.В. Козловская, 1995; Горюнова А.В., 1996; и др.). Изучение группы детей-сирот в условиях полной или частичной материнской депривации (Проселкова М.Е., 1996; Калинина М.А., Козловская Г.В., Королева Т.Н., 1997; и др.) показали наличие депривационной депрессии также на первом году жизни у этого контингента детей. Депрессивные нарушения в раннем возрасте в группе эндогенных психических заболеваний рассматривались преимущественно ретроспективно у более старших детей (Башина В.М., 1968, 1971, 1989; Иовчук Н.М., 1986). В группе пограничных психогенных расстройств депрессии изучались в меньшей степени, в ряде случаев в виде проспективных наблюдений (В.В. Ковалев и сотр., 1989).

Эмоциональные расстройства младенчества у детей из ГВР выражаются нарушением сроков и качества становления эмоциональных реакций. Качественными особенностями статуса этих детей

<sup>13</sup> Примечание редактора: Когнитивные стили представлены двумя гранями: 1) связанные с организацией мозга/психики особенности переработки информации и 2) формирующиеся в жизненном опыте паттерны когнитивного взаимодействия с миром и людьми, в том числе и с собой. Первое заставляет учитывать когнитивные стили в ходе психотерапии как неизменные характеристики. Второе обосновывает подход к когнитивным стилям как объекту психологической интервенции. По понятным причинам, обосновываемые первым и вторым психотерапевтические системы существенно различаются. (В.Е. Каган)

являются: эмоциональная ригидность, длительное сохранение возникающих отрицательных эмоций, маловыразительность, однотипность возникающих эмоций. С другой стороны - это неадекватность, парадоксальность, мимолетность, нарушение синтонности и повышенная возбудимость в сторону бурных реакций недовольства, истощаемость положительных эмоций. В ряде случаев отмечены дефицитарность эмоций, как положительных, так и отрицательных, отсутствие эмоциональной живости, протестных реакций на неприятные манипуляции. Выявлено и нарушение формирования феномена «эмоционального резонанса» (П.В. Симонов, 1981), проявляющееся в нарушении взаимоотношений ребенка с матерью и близкими, в условиях, так называемой маскированной депривации, шизофреногенной семьи (Е. Anthony, 1979; Баженова О.В., 1992; Козловская Г.В., 1995; и др. ).

Ряд авторов в ретроспективных наблюдениях описывает эндогенные депрессии у детей раннего возраста, которые протекают в виде периодических расстройств соматического здоровья: ангин, дерматозов, экзем в сочетании с психомоторным беспокойством, иногда копрофагией, на фоне снижения аппетита и веса (Nissen G., 1975; Troxler M.A., Grodd S.E., 1997). Nissen G. (1975) подчеркивает, что депрессивные состояния в младенческом возрасте могут протекать исключительно в виде психосоматической симптоматики как адекватные возрасту «телесные депрессивные расстройства», а также отмечает, что в силу незрелости эмоционального реагирования и самосознания основные симптомы и синдромы аффективных расстройств (депрессивных и маниакальных) должны быть стерты и атипичны и на первый план должны выступать возрастные эквиваленты в виде соматовегетативных и двигательных нарушений, а также различных девиаций поведения. О нарушении поведения у детей, как эквиваленте депрессии пишут и О. Revol et al. (1994).

Среди эндогенных младенческих депрессий, описанных ретроспективно, выделяют четыре вида - слезливую, адинамическую, субступорозную и дисфорическую, - развивающихся на фоне регресса развития (Иовчук Н.М., 1986). У ряда детей, впоследствии заболевших шизофренией, в анамнезе иногда наблюдается феномен «ночных бдений», сопровождающихся тихим лепетом, самоговорением, игрой (В.М. Башина, 1989; и др.).

Ретроспективный анализ показал, что наиболее тяжелыми в младенческом возрасте оказались психогенные депрессии, возникающие в результате эмоциональной депривации или длительной разлуки с матерью, которые также протекали в виде регрессивного поведения и патологических привычек (трихотилломания, мастурбация, онихофагия, сосание пальцев); у девочек при этом часто возникал мутизм, а в ряде случаев анаклитическая депрессия (Г.К. Ушаков, 1973; В.В. Ковалев, 1979; Annel A.-L., 1972; Nissen G., 1975; R. Spitz, 1958, 1965). В структуре депрессивных депривационных нарушений, характерных для «синдрома сиротства», описаны гиподинамия, гипомимия, или гипердинамические расстройства с малым размахом: привычные действия, сосание, раскачивание и нарушения влечений - обкусывание губ, кусание рук (Проселкова М.Е., 1996). В рамках "синдрома сиротства" наблюдаются и нарушения эмоционального развития.

Депрессия в структуре депривационного синдрома имела ряд отличительных особенностей в виде своеобразной обезглавленности, «матовости» («улыбающаяся депрессия»), с пассивной подчиняемостью и психосоматическими включениями, а иногда и выраженными психосоматическими масками (отставание в весе, нейродермиты, нарушения дыхания, частые ОРЗ, экссудативный диатез). Редко наблюдаются депрессивные реакции с дисфорическим компонентом, агрессивностью к детям, разрушительными тенденциями и играми, единичны были случаи выраженных нарушения влечений. Депривационной депрессии у сирот свойственны также псевдозадержка возрастных навыков, псевдонемота, идеаторная заторможенность, снижение психической активности. Основной отличительной особенностью депривационных депрессий является наличие признаков функциональности и тенденция к улучшению состояния.

Приведенный краткий обзор научной литературы по депрессивным расстройствам в раннем детском возрасте показывает неразработанность данной проблемы несмотря на то, что выявление депрессий в раннем возрасте дает новые возможности для своевременного лечения и профилактики этих нарушений. К тому же многие авторы отмечают тяжесть депрессивных нарушений в рамках как эндогенных, так и депривационных расстройств, которые требуют ранней диагностики и терапевтического вмешательства.

Эмоциональные расстройства младенчества необходимо рассматривать с двух позиций: симптомы нарушенного эмоционального развития и собственно клиника эмоциональных нарушений. .

С этой целью проведено лонгитудинальное (в течение 3 лет) проспективное изучение детей раннего возраста из группы ГВР и психической депривации (сиротство) с различными вариантами депрессивных расстройств (80 детей в возрасте до 3 лет - 38 мальчиков и 42 девочки с различными депрессивными состояниями). В результате работы получены новые данные о клинических особенностях, вариантах

депрессий в раннем возрасте и диагностические критерии. Клинические характеристики сопоставлены с иммунологическими показателями (фактор роста нервов и др.), которые выявили прямую связь их с тяжестью депрессивного состояния. Выявлено, что состояние депрессии в младенчестве проявлялось не только «соматизированными масками», но и характеризовалось типичной триадой аффективных расстройств: грустное настроение, двигательная заторможенность или, наоборот, беспокойство, симптомы идеаторной заторможенности, регистрируемые по прямым и косвенным признакам. Как правило, на первом году жизни имела место остановка в познавательном развитии.

Изучение депрессий раннего возраста проходило по ряду векторов (эмоции, развитие, поведение, двигательные и соматовегетативные функции, факторы риска и антириска), что позволило уточнить клинические проявления наиболее характерных депрессивных состояний младенчества: вегетативной, соматизированной, регрессивной, апатической, улыбающейся, слезливой и других видов депрессии.

Таким образом, новые подходы к изучению депрессивных расстройств в младенчестве оказались продуктивными, выявив ряд уточнений в клинике и диагностике эмоциональных нарушений в раннем возрасте.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М. "Медицина". 1989.
2. Башина В.М. В кн.: II Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии. М., 1971. - С. 199-200.
3. Башина В.М. Журн. невропатол. и психиатр., 1968, вып. 10. - С. 1549-1550.
4. Баженова О.В. Диагностика развития детей первого года жизни. - М., Изд-во МГУ, 1989. - 85 с.
5. Баженова О.В. В кн.: 36 симпозиум Американской Академии детской и подростковой психиатрии. Нью-Йорк, 1989. - 43 с.
6. Горюнова А.В. Автореферат дисс ...д-ра. мед. наук.. 1995.
7. Иовчук Н.М. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. М.. 1986. - С. 161-171.
8. Калинина М.А., Козловская Г.В., Королева Т.Н. Журн. невропатол. и психиатр., 1997, вып. 8. - С. 8-12.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979. - 587 с .
10. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985. - 248 с.
11. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста: Дисс...д-ра мед. наук. М., 1995.
12. Проселкова М.Е. Автореферат дисс....канд. мед. наук. М., 1996.
13. Римашевская Н.В. Автореферат дис... канд. мед. наук. М., 1989.
14. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981. - 216 с.
15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. - 392 с.
16. Annel A.-L. Depressive states in childhood and adolescence. - In: Depressive states in childhood and adolescence/Proc. 4th UEP Congr. Stockholm: Almqvist, a. Wiksell., 1972. P. 11-15.
17. Anthony E., Benedek T. Depression and Human Existens. Boston. 1975.
18. Fish B. In Modern Perspectives in Psychiatry of Infancy. New York 1979. - P. 442-474.
19. Fish B. Children at Risk for Schizophrenia. New-York, 1984. - P. 423-439.
20. Fish B. Bull. Schizophrenia, 1987. Vol. 13, 3. - P. 395-409.
21. Mednick S., Schulsinger F. Empirirical Basic for the Primary Prevention of Psychosocial Disorders. Oxford, 1981. - P. 286-95.
22. Mednick S., Schulsinger F. Bull. Schizophrenia, 1987, vol. 13,3. - P. 185-497.
23. Revol O., Rocket T., Maillet J., de-Villard R. Depression in Children. Etiological, Clinical, and Therapeutical Aspects. Arch. Pediatr. 1994, Jun 1(6)/ - P. 602-10.
24. Troxler M.A., Grodd S.E. Guide to Famile Practitioners for the Diagnosis and Treatment of Depression in Children and Adolescent. J.AM.-Osteopath- Assoc., 1997, May, 97(5). - P. 280-5.
25. Nissen G. Masked Depression in Children. Acta Paedopsychiatr., 1975; 41: 6. - P. 235-242.
26. Nissen G. Larvierte Depressionen bei Kindern? Acta Paedopsychiatr. (Basel), 1975, 41(6). - P. 235-42.
27. Spitz R. The First Year of Life. New York. 1965. - 230 p.

А. А. Северный, Г. Г. Осокина

**СЛУЧАЙ СВЕРХРАННЕГО ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА****НЦ психического здоровья РАМН, МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ. Москва.**

Девочка Нонна родилась 6 января 1990 г. в полной семье, от плановой желанной беременности. Ее родители - мать, экономист, синтонная, и отец, дизайнер, шизотимный, - здоровы, как и брат 6 лет. Психиатрическая наследственность отрицается. Беременность протекала, по словам матери, "идеально", роды в срок. В связи со слабостью родовой деятельности было сделано кесарево сечение. Ребенок родился внешне благополучным, но в первые же дни у девочки был обнаружен сложный порок сердца: дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, незаращение боталлова протока. Однако явления сердечной декомпенсации были выражены очень незначительно.

Развитие в первые недели было благополучным, без каких-либо отклонений. В возрасте 2,5 месяцев, безо всяких видимых причин, состояние Нонны резко изменилось: она стала плохо спать, непрерывно кричала, даже осипла, внезапно отказалась от материнской груди и от соски, ела только с ложки, но при этом подолгу не глотала, держала пищу во рту. Никакой соматической патологии выявить не удалось, тем не менее девочка получила массивные дозы антибиотиков.

Спустя 2 недели состояние так же внезапно нормализовалось. Но кормилась она по-прежнему только с ложки. Перестала держать голову, плохо набирала вес, слабо проявляла эмоции, не было "комплекса оживления", речевого развития.

С 4-месячного возраста состояние вновь без видимой причины ухудшилось: снова беспокойный сон, крик, осиплость. Стала нерегулярно повышаться температура, которая снижалась от жаропонижающих средств лишь на 1-2 часа. При этом ректальная температура всегда была на 1 градус ниже подмышечной. Вновь получала массивные дозы антибиотиков без эффекта. Плохо ела, перестала набирать вес, прекратилось моторное развитие. Практически непрерывно находилась в больницах, но и дома, и в стационаре состояние оставалось неизменным. Детскими кардиологами был поставлен вопрос о коррекции порока сердца, однако не удавалось провести диагностическое зондирование сердца, поскольку при каждом поступлении на эту процедуру в приемном покое больницы резко повышалась температура тела, которая затем дома нормализовывалась спустя 1-2 дня. В возрасте 6 месяцев девочка перенесла пневмонию, которая разрешилась через 2 нед., но и после этого сохранялся нерегулярный фебрилитет. Одновременно отмечалась одышка до 60 в минуту, что, по мнению педиатров, совершенно не соответствовало степени сердечной недостаточности, которая оставалась незначительной.

В возрасте 9 мес. Нонна была стационарирована в МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, где находилась вместе с матерью в отдельном боксе. При поступлении педиатром было отмечено, что девочка резко негативистична, периодически беспокойна, что сопровождалось усилением одышки. Была бледной, с цианозом, потливой, с увеличенной на 2 см печенью. Вес тела 5,5 кг.

Получала массивную противовоспалительную, общеукрепляющую терапию, кардиотропные и сосудистые средства, ноотропы. Физическое состояние заметно улучшилось, снялись признаки сердечной недостаточности, но сохранялось учащенное дыхание и почти ежедневные повышения температуры до 37,5<sup>0</sup> в основном в дневное время. К вечеру температура снижалась или даже нормализовывалась.

В возрасте 10 мес. больная была впервые осмотрена психиатром.

Резко гипотрофична, слабо держит голову, поворачивается лишь на бок. Бледная, безучастная, подолгу лежит одна, не требует внимания, не проявляет реакций на окружающее, не произносит никаких звуков, порой неожиданно, без понятной причины начинает плакать. Взгляд фиксирует, причем игрушкам предпочитает лица или игрушки с лицами. Охотно и длительно рассматривает картинки. С большим трудом удается вызвать слабую улыбку или короткий смех. Ест с ложки, мало. Спит достаточно.

По назначению психиатра больная стала получать азафен как наиболее приемлемый в детской практике мягкий трициклический антидепрессант с седативным действием и практическим отсутствием побочных эффектов, а также ноотроп с антидепрессивным эффектом - энцефабол (пиридитол).

В течение 3 недель состояние девочки значительно улучшилось: снизилась температура, прошла одышка. Стали ярче и разнообразней проявляться эмоции, прекратился беспричинный плач. Стала более активной, переворачивалась, начала сидеть, с поддержкой вставала на ноги, хорошо ела и спала, заметно физически окрепла. С улыбкой встречала психиатра, охотно шла к нему на руки. По-прежнему не вокализировала, хотя реагировала на обращенную речь. Все так же предпочитала игрушкам книжки с картинками.

Была выписана домой, где еще полгода принимала азафен и постоянно дигоксин. Отмечалась почти постоянная субфебрильная температура (37,0<sup>0</sup>-37,2<sup>0</sup>) с прежней суточной динамикой, но в остальном состояние было благополучным. Хорошо набирала вес. К 1 году встала на ноги, однако ходила лишь с опорой. Вскоре появились первые слоги и слова, стала более разнообразной игра, но сохранялось пред-

почтение книжкам с картинками, кукол отвергала. Была эмоционально жива, охотно смеялась, даже кокетничала. В 1,5 года вдруг на несколько месяцев перестала говорить (что совпало с отменой азафена). Но понимание обращенной речи становилось все более полным.

В 2 года была вновь стационарирована для обследования перед операцией на сердце. Помимо сказанного, обращало на себя внимание некоторое отставание в развитии (оно соответствовало 1,5 годам), безразличное отношение к матери при легкости контактов с незнакомыми детьми, невозможность установления зрительного контакта, негативизм к врачу, с которым общалась только через мать.

При амбулаторном обследовании еще через год состояние удовлетворительное, хорошо развита физически, но значительно отстает экспрессивная речь, хотя понимание обращенной речи и ситуации полное. Легко контактирует с детьми, однако ни к кому не привязывается. Игра разнообразная, в том числе и с куклами. Кокетлива, одевает на себя ювелирные украшения матери. По вечерам более возбуждена и деятельна, поздно засыпает, по ночам просыпается с плачем. Из близких предпочитает общение с бабушкой, к матери тянется меньше, хотя та все время проводит с девочкой. Боится посторонних, плачет, особенно в медицинских учреждениях. Остается невозможным зрительный контакт.

Было дано заключение об отсутствии противопоказаний для операции на сердце.

#### **Краткое резюме.**

В настоящем состоянии девочки, помимо практически компенсированного порока сердца, отмечается определенное своеобразие развития, которое в целом можно определить как диссоциированность: хороший интеллект при значительном отставании экспрессивной речи, сочетание легкости контактов с детьми с отсутствием привязанности, негативизм в отношении взрослых и, главное, отсутствие зрительного контакта, предпочтение более дальнего родственника заботливой матери. Кроме того, отмечаются мягкие аффективные расстройства вне связи с внешними влияниями, с определенной суточной динамикой, а также невротические страхи. Таким образом, состояние девочки можно определить как мягкую шизотимность, или мягкую шизотипальную структуру, в сочетании с невротической симптоматикой.

Это, уже устойчивое, состояние возникло после двух ярких патологических эпизодов, развившихся спонтанно на первом году жизни без каких-либо экзогенных или психогенных моментов. Особенности первого из них состояли в грубом нарушении витальных функций, возбуждении с отрицательным аффектом и шизотипическими проявлениями, которые выражались в извращении пищевого поведения. После спонтанного прекращения приступа выявился регресс развития с последующей значительной ретардацией.

Состояние больной во втором приступе чрезвычайно напоминало так называемую анаклитическую депрессию<sup>14</sup>, хотя оно развилось без воздействия сепарации (отделения от матери). Особенность второго приступа заключалась в присоединении к аффективной симптоматике функциональной гипертермии, что делало дифференциальную диагностику состояния особенно затруднительной. В свое время мы описали около 10 признаков, отличающих функциональную гипертермию от воспалительного фебрилитета [1]. Некоторые из этих типичных признаков можно было отметить и у нашей больной: своеобразная суточная динамика температуры с неопределенным ритмом, но с нормализацией в вечернее и, особенно, ночное время, более низкая ректальная температура по сравнению с кожной, отсутствие реакции или слабая и кратковременная реакция на жаропонижающие средства, возможная связь повышения температуры с внешними воздействиями. Все эти признаки у данной больной вместе с исключением возможного воспалительного очага при самом тщательном обследовании позволили допустить, что данный фебрилитет входит в структуру психовегетативного синдрома как его вегетативный компонент. Эффективная антидепрессивная терапия подтвердила наше предположение.

Здесь мы говорим о психовегетативном синдроме в феноменологическом плане, но не в нозологическом и не как о невротическом синдроме, поскольку состояние больной, на наш взгляд, выходило за рамки невротического и носило, скорее, эндогенный характер. То есть мы предполагаем, что здесь речь идет о сверххранних шизоаффективных приступах, о чем говорят не только их психопатологические проявления, но и указанные выше особенности ремиссионного состояния и развития ребенка.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. А.А. Северный, Г.Г. Осокина, И.П. Киреева и др. Клинико-психопатологическое и соматовегетативное исследование функциональных гипертермий у подростков // Ж. невропатол. и психиатр. - 1990. - Т. 90, вып. 8. - С. 90-94.
2. R.A.Spitz, K.M.Wolf. Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. //J. Psychoanal. Stud. Child. - 1946. - V. 51, N. 2. - P. 313-342.

<sup>14</sup> Анаклитическая депрессия - депрессия, возникающая у детей младенческого возраста при отделении их от матери; проявляется нарушением витальных функций, остановкой развития, эмоциональной безучастностью, утратой активности, беспричинным плачем [2].

**М. А. Калинина, А. В. Горюнова, Г. Н. Шимонова**

**К ИЗУЧЕНИЮ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ  
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ПСИХИЧЕСКИМ ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ  
НЦ психического здоровья РАМН. Москва.**

За последнюю четверть века значительно продвинулись представления о функциях вегетативной нервной системы (ВНС) и распространенности ее клинической патологии. Показано, что помимо гипоталамуса в регуляции ВНС важная роль принадлежит и другим структурам лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК). Установлено, что раздражение практически любой части коры больших полушарий головного мозга приводит к тем или иным вегетативным сдвигам. В соответствии с этим построена новая концепция патогенеза вегетативной патологии с участием надсегментарных и сегментарных систем мозга и разработана новая классификация вегетативных расстройств (4, 8, 13, 17).

Для психиатрии новая концепция вегетативных нарушений представляет большой интерес. Поскольку в возникновении этих нарушений значительная роль отводится психогенным факторам, становится понятной высокая частота вегетативной дистонии (ВД) при психических заболеваниях (9, 15, 16). Особенно выраженные вегетативные расстройства наблюдаются у детей раннего возраста. В силу возрастной структурной и функциональной незрелости ЛРК, которые нередко бывают усилены действием перинатальных вредностей, в клинической картине психических нарушений у детей первых лет жизни ВД выходит на первый план и маскирует психическую патологию. В этих случаях начальными симптомами психических заболеваний могут выступать нарушения сна, расстройства в системе питания, явления субфебрилитета, аллергические реакции, расстройства ритма дыхания на фоне изменения мотивационного поведения и других нарушений (2, 6, 10, 11, 12, 13).

Такого рода соматовегетативные расстройства входят в структуру шизотипического диатеза или нейropsychической дезинтеграции (НПД), наблюдаемой у детей первых лет жизни, родившихся у матерей, больных шизофренией (группа высокого риска - ГВР). Разнообразные вегетативные нарушения наблюдаются у детей и в рамках других психических заболеваний, в частности психогенного происхождения.

В то же время вегетативные расстройства у детей раннего возраста с явлениями психического дизонтогенеза еще не изучены. Это в большой мере связано с недостаточной разработанностью приемов их изучения в раннем возрасте. Имеющиеся же в литературе методики определения вегетативных показателей у взрослых и детей школьного возраста нуждаются в возрастной адаптации для использования их в период раннего детства. В связи с этим нами были изучены вегетативные дисфункции у детей раннего возраста с семейным отягощением заболеваниями шизофренического спектра (НЦПЗ РАМН, отдел по изучению психической патологии раннего детского возраста, руководитель - д.м.н. Г.В. Козловская).

В настоящей работе обсуждаются методические разработки, предназначенные для изучения вегетативной регуляции у детей первых лет жизни, основанные на модификации методик, применяемых у взрослых. Они имеют существенные отличия, обусловленные возрастными особенностями.

В предлагаемые методики были включены скрининговая таблица по оценке вегетативного тонуса и перечень основных вегетативных нарушений.

Перечисленные инструменты были апробированы в ходе лонгитудинального обследования 90 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с психическими расстройствами, квалифицированными по МКБ 10 (разделы F 06.7, F 20.8, F 21, F 31, F 34.1, F 45.3, F 50, F 51, F 84, F 90-95). У 30 детей основной группы обследования, относившихся к ГВР, отмечались психические нарушения шизофренического круга в комплексе с различными неврозоподобными, аффективными и психопатоподобными нарушениями. В этой же группе были случаи манифестной шизофрении. В качестве групп сравнения были отобраны 80 детей. Из них 30 детей были с гипоксически-травматическим поражением ЦНС, или перинатальной энцефалопатией, с синдромом висцеральных дисфункций. У других 30 детей с функциональной пароксизмальной тахикардией помимо вегетативных дисфункций, проявлявшихся расстройствами сердечно-сосудистой системы, обнаруживались нарушения аффективного и неврозоподобного уровня. 20 здоровых детей также составляли группу контроля.

Все дети были обследованы клинически (невропатологом, психиатром) и психологически. Вегетологическое обследование включало клинический осмотр по определенным параметрам, включенным в опросники. Динамика изменений вегетативного тонуса и вегетативные расстройства сопоставлялись с психическим статусом и неврологическими симптомами с учетом данных анамнеза и катамнестического наблюдения. Кроме того, проводилась проба Даньини-Ашнера и кардиоинтервалография по Баевскому (КИГ). Регистрация КИГ велась параллельно с записью ЭЭГ, а затем проводился математический анализ структуры сердечного ритма с выявлением вегетативных показателей.

Для оценки типа вегетативного тонуса (ТВТ) у детей раннего возраста была разработана специальная скрининг-таблица, состоящая из 30 показателей. В ее основу была положена система оценок ТВТ для детей и взрослых (3, 5, 8, 10) с учетом возрастных особенностей изучаемого контингента. Анализ ответных реакций отдельных вегетативных функций, зависящих от деятельности симпатических и парасимпатических отделов ВНС, позволял судить о вегетативном тонусе в целом.

В таблице была предусмотрена компоновка признаков соответственно для симпатикотонии, ваготонии и эйтонии, или сбалансированного вегетативного тонуса. Каждый симптом был оценен в + 1 балл для симпатикотонии, - 1 балл для ваготонии и 0 для эйтонии. Если число однонаправленных ответов в той или иной вегетативной системе превышало 15, то эти случаи расценивались как преобладание симпатического, парасимпатического или эйтонического тонуса. При наличии смешанных ответов (например, 7 признаков из симпатической системы, 12 - из парасимпатической и 11 - эйтонических) такие случаи относились к амфотоническому типу вегетативного реагирования. При выявлении разнонаправленных ответов в рамках одной вегетативной функции (например, цвет кожи то бледный, то эритематозный, зрачки то сужены, то расширены, аппетит то снижен, то повышен и т.п.) эти случаи диагностировались как диссоциированные.

В перечне основных вегетативных нарушений у детей раннего возраста были учтены 30 наиболее характерных вегетативных дисфункций. В их числе - изменения окраски кожи, сосудистые дисфункции, функциональные нарушения аппетита, отклонения от нормы массы тела, метеопатии, пароксизмальные состояния и др.

Вегетативные дисфункции оценивались по тяжести проявлений по 4-бальной системе (0 - отсутствие признака, 1 - 4 - частота и выраженность симптоматики).

Описанные методические разработки были использованы при обследовании отобранных групп детей, и оказались информативными для оценки состояния вегетативной нервной системы, как в норме, так и при патологии. Выявленные случаи диссоциированного и амфотонического вегетативного тонуса были особенно характерны для детей с психической патологией. В этих случаях ТВТ имел диагностическое, а нередко и прогностическое значение для определения психического состояния детей.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всевожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. - Киев: Здоровье, 1980. - 525с.
2. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. - М.: Медицина, 1980. - 247 с.
3. Вегетативно-сосудистая дистония у детей. Методические рекомендации МЗ СССР / под ред. Вейна А.М., Белоконов Н.А. - М.: Медицина, 1987.
4. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. - М.: М., 1981. - С. 320.
5. Вельтищев Ю.Е. ВСД у детей: Методические рекомендации. - М.: Медицина, 1987.
6. Вроно М. Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект) // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М.: 1986. - С. 3 - 12.
7. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении: Дис. ...д-ра мед. наук. М., 1995.
8. Заболевания вегетативной нервной системы / под ред. Вейна А.М. - М.: Медицина, 1991. - 624 с.
9. Киреева И.П. Психопатологические состояния, скрытые под маской вегетососудистой дистонии: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989.
10. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Ме-

дицина, 1985. - 288с.

11. Козлова И.А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста (начало заболевания до 5 лет): Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1967.
12. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1995. - С. 7 - 48.
13. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы. - Л.: Медицина, 1983. - 285 с.
14. Римашевская Н.В. Психические расстройства и особенности развития детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989.
15. Северный А.А., Брутман В.И., Киреева И.П. Эндогенные депрессии в общей педиатрической практике.// Эндогенная депрессия (клиника, патогенез). - Иркутск, 1992. - С. 84 - 85.
16. Смулевич А.Б., Концевой В.А., Гиндикин В.Я. и др. Раннее распознавание соматизированных психических расстройств в общемедицинской практике: Методические рекомендации. - М., 1988.
17. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса.// Механизмы развития стресса. - Кишинев, 1987. - С. 52 - 79.
18. Шварков С.В. Особенности вегетативной нервной системы у детей. // Заболевания вегетативной нервной системы / под ред. Вейна А.М. - М.; Медицина 1991. - С. 508 - 549.
19. Bender L. Schizophrenic spectrum disorders in the families of schizophrenic children. General results in psychiatry. - London. - 1975 - P. 125 - 134.
20. Fish B. Infants predictors of the longitudinal course of schizophrenic development.// Schizophrenia Bull. - 1987. - v. 13, N3. - P. 395 - 410.

**С.В. Тетерский**

### **РЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕТСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Общероссийская общественная организация «Детские и молодежные социальные инициативы» - ДИМСИ. Москва.**

2001 год объявлен Организацией Объединенных Наций Международным Годом Волонтера. ООН - самое крупное и влиятельное международное сообщество – открывает новое тысячелетие признанием добровольческих усилий людей разного возраста, пола, национальности, вероисповедания, социального статуса, классовой принадлежности в «обеспечение побудительных мотивов для того, чтобы гораздо больше людей предлагали свои услуги, и в такую мобилизацию ресурсов, которая позволила бы повысить эффективность социальных служб» (из резолюции ООН № 52/17, 1997 г.), объявляет добровольчество фундаментом гражданского общества, способного реализовать каждому человеку потребность в мире, свободе, безопасности, справедливости (Всемирная Декларация Добровольчества, принятая Международным советом директоров IAVE). Социально значимая деятельность людей разного возраста способствует социально-экономическому и культурному росту здорового, устойчивого, гуманного, справедливого общества, уважающего достоинство людей. При этом ООН отмечает, что необходимо не только организовывать работу по привлечению добровольцев, но и способствовать тому, чтобы каждый человек имел возможность свободно посвящать время, талант, энергию другим людям посредством индивидуальных и коллективных акций, не ожидая вознаграждений.

Общероссийская общественная организация «Детские и молодежные социальные инициативы» (ДИМСИ) опирается на международную поддержку усилий, направленных на развитие социальных инициатив детей и молодежи. С 1989 года организация стремимся делать все для того, чтобы социально значимая деятельность стала такой же потребностью каждого человека, как, например, желание сделать карьеру, получить дополнительное образование, путешествовать по миру. Это тем более важно для ДИМСИ, которая не ограничивается проведением разовых массовых мероприятий, а проводит кропотливую ежедневную работу с каждым своим волонтером, добровольцем.

Поливозрастной состав членов ДИМСИ, официально зарегистрированной как «детская» организация, создает атмосферу сотрудничества поколений, при которой отсутствует постоянная назидательность со стороны взрослых, где взрослые люди, чего-то добившиеся в жизни, являются примером добровольного общественного служения.

Многочисленные исследования психологов говорят о том, что за последние 20 лет дети стали более импульсивными, менее управляемыми. Многие дети растут в неполных семьях, но даже при наличии двоих родителей, они редко видят папу и маму, загруженных на работе. В результате этого вот уже на протяжении двух десятилетий растет поколение, получающее примеры социального поведения с телеэкрана, где, как нам всем хорошо известно, чаще всего пропагандируются образцы дурного вкуса. Где же сегодня подросток, молодой человек, сможет черпать доброжелательное отношение к людям? Образовательные учреждения - школа, вуз, ссуз, училище, даже учреждения дополнительного образования – акцентируют свое внимание на обучении, получении новых знаний, умений. По сути, наиболее значимым воспитателем добра и милосердия становится общественное объединение. Конечно, никакое общественное воспитание не сможет заменить семью, но сегодня семья сама нуждается в социальной поддержке. Вот почему пропаганда семейных ценностей является одной из самых приоритетных в деятельности ДИМСИ.

Если бы все взрослые нашей Планеты дома, на людях проявляли истинную ответственность и заботу о нуждающихся, выступали бы ярыми противниками социальной несправедливости – у нас бы не было таких серьезных проблем с «трудными» детьми и подростками. Дети ведут себя плохо чаще всего не преднамеренно, а по недомыслию. Если постоянно поучать их, заставлять делать то, что им не понятно, критиковать и не замечать их инициативы, можно получить в результате оборонительную и негативную, озлобленную позицию. Ресурсный потенциал детей и молодежи может быть раскрыт только в том случае, если каждый ребенок будет знать, чего мы от него хотим, зачем ему это надо и как, то, чего мы с вами хотим, он может сделать. Мы можем требовать от ребенка только то, чему мы его научили. Необходимо заранее обговорить все детали реализации проявленной им инициативы, того поручения, что мы ему доверяем. Поэтому так важен образовательный аспект волонтерской деятельности. Обучение в Университете социальных инициатив ДИМСИ позволяет теоретически пройти подводные камни волонтерской работы каждому члену ДИМСИ, что, несомненно, позволит избежать их в конкретной практической социально значимой деятельности. Здесь каждый ребенок, молодой человек, взрослый, должен увидеть, что любая волонтерская услуга может нести в себе как положительный, так и отрицательный результаты. Сделать клиентов – потребителей наших социальных услуг - реальными участниками волонтерского движения – задача трудная, но достижимая. Каждому волонтеру ДИМСИ в своей работе необходимо постоянно помнить, что своими социально-педагогическими акциями мы не ставим задачу устроить для нуждающихся в помощи праздник. Мы даем им «не выловленную нами рыбу», а «удочку для ловли рыбы», делаем все для того, чтобы они умели самостоятельно решать свои проблемы: находить дополнительное финансирование, рабочие места, единомышленников, добиваться получения причитающихся им льгот. Получается интересная цепочка волонтерских усилий: ДИМСИ привлекает волонтеров из числа детей и молодежи для того, чтобы они привлекли волонтеров из числа тех, кому они оказывают социальные услуги: дети-сироты, «трудные» подростки, инвалиды, пожилые, многодетные, безработные, больные СПИДом и т.д.

Через социально значимую деятельность укрепляются человеческие ценности, реализуется социальный потенциал каждого человека, а создание общественных организаций, поддерживающих социальные инициативы, способствует реализации прав каждого человека. Именно общественные организации являются механизмом реализации декларации Объединенных Наций: «Мы, народы, имеем силу изменить мир».

Задавая девчонкам и мальчишкам из ДИМСИ вопрос: «Что изменилось в вашей жизни с тех пор, как вы стали проявлять заботу о слабых?», получены ответы: «Приятно осознавать, что ты кому-то нужен», «На многие вещи стали смотреть совершенно другими глазами», «Помогая людям, мы сами набираемся от них мудрости и любви» (исследование Е.Н. Потехиной). Подросток, один раз протянувший руку помощи больному, подросток, смотревший в глаза ребенку-инвалиду, сам никогда не сделает больно окружающим. Милосердная деятельность значима не только для тех, кому помогают, но и для тех, кто помогает. Невозможно воспитать в

детях доброту и честность, сострадание и искренность только на словах и устных примерах, не включая их в повседневную благотворительную работу.

Исходными принципами воспитания в школе, с нашей точки зрения, должны быть: принцип всеобщей талантливости: «Нет бесталанных людей, а есть занятые не своим делом»; принцип взаимного превосходства: «Если у кого-то что-то получается хуже других, значит, что-то должно получиться лучше. Это что-то нужно искать»; принцип неизбежности перемен: «Ни одно суждение о человеке не может считаться окончательным» (Н.А. Катаева).

Летом 2000 г. в состав делегатов Съезда волонтеров (решающего задачи выявления талантливых и инициативных детей и молодежи; поддержки социальных инициатив детей и молодежи; формирования социально мобильной, отзывчивой к проблемам человека и общества, инициативной и гибкой личности, способной выходить из ситуации выбора без стресса, воспринимающей ценности гражданского общества, мира и толерантности и поступающей в соответствии с этими ценностями) были включены 45 школьников из семей беженцев из Чечни различных национальностей (чеченцы, ингуши, ногойцы, турки, армяне, азербайджанцы). Успех этого лагеря в Приморской зависел от идейной и педагогической установки, суть которых была сформулирована в программе и доведена различными способами до всех участников съезда: демонстрация гражданской солидарности людей доброй воли, наглядного примера социальной инициативы общественности России в преодолении этнических, культурных и политических стереотипов на фоне межнациональной агрессии в современной России.

Опыт совместного проживания и совместной деятельности детей различных национальностей в самых разнообразных направлениях помог разрушить стереотипизированные установки восприятия «иного» как заведомо враждебного и создало почву для развития толерантности в детско-молодежной среде.

За весь период не было ни одного случая враждебного отношения или конфликта между детьми разных национальностей на национальной, религиозной или политической почве. За две недели удалось существенно улучшить психологическое и моральное состояние детей-беженцев, поправить их здоровье, снять практически все страхи и комплексы, связанные с пребыванием вне своего национального контекста. Дети-беженцы участвовали во всех мероприятиях детской Школы социальных инициатив, творческих мастерских, в психологических тренингах, походах, вечерах отдыха, конкурсах, смотрах и фестивалях. Именно чеченец Джураев Магомед завоевал титул Мистер "Приморская" (в различных конкурсах этого смотра личных способностей приняло участие около 100 человек).

На Съезде не было системы отрядов, группы детей и взрослых из одного региона назывались делегациями, в которых независимо от возраста и социального статуса все имели равные права и обязанности. Каждый участник съезда и лагеря имел личную Книжку делегата, в которой помещались программа съезда, распорядок дня, календарный план мероприятий, Правила и нормы поведения, руководящий состав съезда, Зачетная книжка делегата и участника съезда, записи о наградах и благодарностях, анкета. По ней проводилось подведение итогов и поощрение наиболее активных участников съезда и лагеря.

К сожалению, социальные инициативы на должном уровне не поддерживаются государством. Ресурсный потенциал некоммерческих организаций не востребован в полной мере. Необходимо принятие нормативно правовой базы, стимулирующей волонтерскую деятельность как в коммерческом, так и в некоммерческом секторах. ДИМСИ стремится активно взаимодействовать с государственными органами власти всех уровней, органами местного самоуправления, общественными объединениями, политическими партиями, религиозными организациями.

Помимо того, что ДИМСИ активно пропагандирует и поддерживает создание эффективной модели мобилизации и управления добровольцами, привлекает для реализации своих целей финансовые и человеческие ресурсы, одной из важных ее функций является заслон против извращенцев, проходимцев и карьеристов, к сожалению, иногда встречающихся в рядах добровольцев. Исполняя социальный заказ ООН и своего Правительства на реализацию социально значимых услуг, ДИМСИ выступает буфером против преступной и безнравственной позиции некоторых взрослых. Речь идет об общественном контроле, который является важным элементом деятельности любого общественного объединения. Каждый взрослый, приходящий в детскую ор-

ганизацию, должен иметь конкретный участок работы, вся его деятельность должна быть открытой и легко контролируемой членами организации. Руководители организаций ответственны за все происходящее в их рядах. Испытательный срок для волонтеров, особенно взрослых, специальные тренинговые занятия в Университете социальных инициатив – это еще и возможность социальной диагностики и контроля.

Важным элементом развития ресурсного потенциала детей, молодежи и взрослых является одобрение. Необходимо продумать специальную систему поощрений участников социально значимой деятельности. Важно всегда помнить, что участие в общественной работе – дело добровольное. Сегодня человек захотел помочь ДИМСИ, завтра он вправе передумать. Но доброе слово, почетная грамота, памятный диплом – навсегда оставляют в сердце человека приятные воспоминания. И кто знает, как вовремя сказанное «спасибо» отразится на судьбе человека. При этом, конечно же, нельзя делать ребенка вечным «молодцом». Хвалить необходимо за конкретно реализованную инициативу, за те вещи, которые действительно получились.

Ресурсный потенциал детей и молодежи более успешно может быть реализован в коллективных мероприятиях. Обстановка совместного творчества, здорового соревнования, доброжелательности и взаимоподдержки, свойственная ДИМСИ, способна дать многое.

Дружба, милосердие, вдохновение, уважение к другим, скромность, порядочность – все эти качества приобретаются постепенно, в общении с авторитетными взрослыми. Крепкая традиция закладывает основы культуры добровольческой деятельности. Именно поэтому в ДИМСИ такое пристальное внимание уделяется ритуалам: прием в организацию, посвящение в президенты, комедия дель арте – все это настраивает людей на волну доброжелательности по отношению к людям и своим поступкам. Мы должны стремиться сделать все для того, чтобы в общественной организации дети и молодые люди проигрывали жизненные ситуации, научились понимать, как сделать так, чтобы окружающим было хорошо, как их приободрить, утешить, посочувствовать, принять на себя чужую боль. «Относись к другому так, как хочешь, чтобы относились к тебе» – золотое правило человеческого общения – является основным и для организаторов волонтерской деятельности, стремящихся сделать мир добрым и милосердным.

## ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ, ДАЙДЖЕСТ

Г. А. Джолдыгулов

### ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ ГАМБУРГ 1999 г.

“Все течет, все изменяется” – истинность этого афоризма давно уже не является предметом спора и история человечества тому подтверждение. Но, несмотря на это события XX века не могут быть охарактеризованы так просто, они впечатляют. Качественные изменения затронули почти все сферы деятельности человека, и медицина в целом и психиатрия в частности не являются исключением: признаются устаревшими, казалось бы, незыблемые принципы, в корне меняется клинический и теоретический взгляд на многие, обычно считавшиеся давно доказанными, вещи. Отношение к этим изменениям может быть неоднозначным, но факт остается фактом – перемены происходят, и с ними необходимо считаться. Гораздо важнее прогнозировать их последствия и определить вероятные пути развития психиатрической науки в свете таких перестроек.

Целью данной работы является попытка обрисовать основные направления, по которым движется сейчас детская психиатрия, опираясь на материалы Европейского конгресса по детской психиатрии, проходившие в сентябре 1999 г. в Гамбурге, приняв его как срез современных знаний в области изучения душевной патологии детского периода (Abstract 11<sup>th</sup> International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Sept. 15<sup>th</sup>-19<sup>th</sup>, 1999. Congress Centrum Hamburg// European Adolescent Psychiatry. Vol.8., 1999.-265p.).

Первое, что бросается в глаза при просмотре материалов съезда, является диапазон тематик докладов, в который включены отнюдь не только сугубо психиатрические проблемы в их обычном понимании. Здесь следует отметить интенсивное проникновение психиатров в соматологию. На конгрессе прозвучало немало выступлений, в которых обосновывалась необходимость присутствия психиатров в общепедиатрической сети для комплексного и, следовательно, более эффективного оказания помощи (Nico H.Boumann). Помимо консультативной деятельности, ценность которой, опираясь на 10-летний опыт работы, подчеркнул Frank, рассматривалось участие психиатров в лечении детей с тяжелой соматической патологией: после пересадки костного мозга (Karle и др.), после кардиохирургических вмешательств (Goldschmidt), при сахарном диабете (Baily). Отмечена также роль психиатра в работе с родителями соматически больных детей (Ahle, Jucubeit, Milke-Egelhofer), важность которой ранее практически не принималась во внимание. Здесь же можно сказать о новых организационных моментах, которые существуют сегодня, а именно так называемый комплексный подход, когда пациентом занимается бригада специалистов по педиатрии, детской психиатрии, социальные работники и школа, что обеспечивает учет всех сторон жизни ребенка и, соответственно, повышает эффективность оказанной помощи.

Другой важной особенностью является широкое использование достижений в области нейровизуализации (МРТ, КТ, МРС, ПЭТ и др.), биохимии и молекулярной генетики в изучении психических расстройств. Так, Klemm сообщил, что применение МРС (магнитно-резонансной спектроскопии) позволило выявить повышение процентного содержания фосфодиэстеров (ФДЭ) в дорсолатеральной фронтальной коре людей с риском развития шизофрении (1 степень родства с больными), указывающее на разрушение фосфолипидов (ФЛ), что соответствует находкам при нелеченом первом приступе шизофрении. Он высказал предположение, что, возможно, уровень ФДЭ может быть биохимическим маркером шизофрении. Maras, также применяя МРС, обнаружил при нервной анорексии атрофические изменения в мозгу и изменения церебрального липидного метаболизма (снижение сфингомиелина и фосфатидилинозитола в коре), а Gorhard – снижение уровня неорганических фосфатов, что указывает на недостаточность утилизации энергии в головном мозгу при нервной анорексии (НА). Биохимические исследования НА показали не последнюю роль изменения лептина в сыворотке в генезе аменореи (Barth, Hebebrand), снижение трабекулярной плотности костей с последующим остеопорозом, большое значение в развитии которого, возможно, играет уровень эстрогенов (Kormann, Solrlamp). Moore при изучении расстройств аутистического спектра обнаружил снижение неорганического сульфата в плазме, который важен для детоксикации некоторых экзогенных и эндогенных веществ (фенолов и аминов) и предположил, что снижение детоксикационной способности является причиной дисфункции ЦНС при этих патологиях, опосредуясь через дисбаланс в нейромедиаторных системах. Молекулярно-генетический анализ, по данным Sabine, указывает на возможную заинтересованность Zq31-q35 и 16p в развитии аутизма. При синдроме дефицита внимания и гипе-

рактивности (СДВГ) методы нейровизуализации обнаруживают дефицит серого вещества правой верхней фронтальной извилины (поле 8, 9), правой задней цингулярной извилины (поле 30) и билатерально расположенных ганглиев (особенно globus pallidus и putamen), а также дефицит белого вещества в левом полушарии, спереди от пирамидного тракта и выше базальных ганглиев (Overmeyer). Steinhausen предположил, что ключевую роль в этиологии СДВГ играют нарушение функции гена-транспортера ДОФА и гена-рецептора Д4, как представителей системы контроля трансмиссивных функций. Параллельно, нейробиологические изыскания обнаруживают снижение дофаминергических функций в различных частях мозга, что коррелирует с ключевыми симптомами гиперкинетических расстройств и эффектом лекарственной терапии. Довольно много докладов было посвящено феномену агрессии. Замечено, что у пациентов с агрессивными тенденциями на нейровизуализации имеет место уменьшение в размерах переднемедиальной порции гиппокампа (Olli Vaurio), а биохимические исследования обнаруживают у таких больных снижение уровня кортизола в крови, снижение 5НТ и повышение тестостерона (Maired Dolan). На генетическую подоплеку импульсивности, как неотъемлемого компонента агрессивности, указывает Seeger, отмечая, что наблюдается четкая связь ее (импульсивности) и гена-рецептора Д4 (Д4,7 или Д7,7). Сразу необходимо сказать о непрерывно накапливающимся данным о роли 5НТ в генезе многих психических расстройств. Так, van Engerland связывает дисбаланс 5НТ и повреждение лобных долей, что ведет, по его мнению, к импульсивности, Groonberghs приводит данные о дефиците транспорта 5НТ при аутизме, а Wockel описывает вовлечение в патогенез НА рецепторов 5НТ2, стимуляция которых ведет к нормализации веса.

Тесно связаны с вышеописанными методами современные достижения психофармакологии. Именно эти методы позволяют сегодня точно говорить, на какой участок мозга действует то или иное лекарство, и, соответственно, выяснять “мишени” для психофармакопрепаратов. Одним из многочисленных примеров может служить доклад Aysev, который отмечал, что после лечения метилфенидатом больных с СДВГ было обнаружено показательное повышение кровотока в левой темпоральной, правой париетальной областях, а также усиление регионального кровотока в левых базальных ганглиях. На основании этого он, в противовес большинству исследователей, говорит об интактности лобных отделов при СДВГ.

Помимо этого на конгрессе заслушивалось большое количество докладов о новых препаратах, в частности об атипичных нейролептиках, ингибиторах обратного захвата серотонина и др., всячески подчеркивалась минимальная выраженность побочных эффектов при применении новых групп препаратов (Renschmidt, Schultz). Но и здесь встречаются исключения. Например, клозапин имеет достаточно выраженное положительное влияние на повышение массы тела (Theisen, Linden), провоцирует появление на ЭЭГ эпилептиформных аномалий (Ledda), отрицательное же влияние клозапина на нервные клетки крови известно уже давно. Kung описывает появление злокачественного нейролептического синдрома на фоне лечения оланзапином (15мг/сут) на 8 день приема. Но объективно большее количество публикаций и докладов посвящено преимуществам препаратов нового поколения перед классическими. О хорошем и стойком эффекте рисперидона и оланзапина при лечении синдрома Туретта говорил Alkaina. Другие докладчики упоминают об эффекте этих препаратов при лечении психотических эпизодов при шизофрении, шизоаффективном психозе, биполярном аффективном расстройстве (Alessandro и др.), а также о применении ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении обсессивно-компульсивных расстройств, депрессий (Thomsen) и аутизма (Dossetor).

Говоря о современных методах исследования нельзя не упомянуть о большом количестве опросников и тестов, широко используемых при диагностике и оценке лечения. Мы не будем останавливаться на этом подробно, лишь скажем, что практически все докладчики, представляя свои работы, пользовались целым арсеналом разработанных для каждого случая опросников или тестов, при этом подчеркивали валидность, удобство при наборе репрезентативного материала и простоту использования их в научных исследованиях.

Если вернуться к организационным моментам, освещенным на конгрессе, то можно увидеть тенденцию к отдаче предпочтения полустационарным, амбулаторным методам ведения больных. В докладах по этому поводу демонстрируются результаты, которые показывают большую эффективность нестационарного лечения, а в некоторых случаях даже рекомендуют лечение на дому. В то же время не имеет смысла говорить о том, что спектр рассматриваемой патологии в данных докладах включал в себя, в основном, пограничные расстройства, но в целом это не меняет общей направленности.

Наконец, следует отметить, что в свете использования большого набора статистических методов оценки на съезде большой удельный вес занимали доклады о поиске предикторов тех или иных патологических состояний, о значимости наличия тех или иных факторов риска в возникновении психического расстройства. Все, что изложено выше, отнюдь не завершает список тематик, рассматриваемых на конгрессе: обсуждались проблемы психического здоровья беженцев, затрагивались вопросы судебной психиатрии, большое

количество докладчиков посвятило свои выступления аспектам психотерапии, предлагались оригинальные методики (Schevchenko), обсуждались методы оценки эффективности психотерапевтического вмешательства (Choor, Gibbs).

На наш взгляд именно эти направления, а именно изучение морфологии и функций мозга с помощью современных методов нейровизуализации, биохимического и молекулярно-генетического анализа, учет результатов последних для разработок новых более эффективных форм лекарств, рост стандартизированных диагностических опросников и расширение сферы деятельности психиатров являются основными векторами развития современной психиатрии.

Теперь мы постараемся дать собственное видение настоящего положения дел в детской психиатрии на основании анализа материалов конгресса. Без сомнения является положительным тот факт, что на сегодняшний день мы можем более уверенно говорить о морфологическом субстрате тех или иных психических расстройств, чем, скажем, 20 лет назад, без сомнения есть свои плюсы в применении опросников и тестов, наконец, вне всякого сомнения, что достижения в психофармакотерапии открывают новые перспективы в лечении, но тем не менее сегодняшняя обстановка напоминает ситуацию конца 19 века, когда имело место большое количество клинических фактов, существовали разные воззрения на ту или иную психическую болезнь, постоянно пересматривались рамки последних, но до Крепелина не было никого, кто бы синтезировал все эти очень интересные, но разрозненные знания в единую, стройную теорию и дал ей перспективы развития. И сейчас очевидно, что назрела необходимость систематизации накопленных знаний в области клиники, морфологии, иммунологии, генетики психических расстройств для создания концептуальных схем и классификаций, по настоящему объединяющих психиатров, в отличие от нынешних, эклектических. Если речь зашла о Крепелине, то можно добавить, что на сегодняшний день видно, что классический клинко-психопатологический метод диагностики медленно, но верно отходит в сторону, уступая дорогу стандартизированным опросникам. Хорошо это или плохо покажет будущее, но сам факт, что уже мало учитывается динамическая сторона развития заболевания, а на первое место выходит банальный учет 3 симптомов из 6 и т.д., ни о чем хорошем не говорит. Вспоминаются слова П.Б. Ганнушкина о соперничестве нозологического и синдромологического направлений и хочется надеяться, что нынешний период развития психиатрии и является последним словом направления синдромологического.

**П. В. Безменов**

### **О НЕКОТОРЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ КОРРЕЛЯЦИЯХ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (реферативный обзор)**

**Albayrak C., Taneli S., Sirvioglu Y. ADHD rates and correlates in schoolchildren. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/64.**

Исследование включило 1676 детей младшего школьного возраста, изучали распространенность гиперкинетических расстройств и их влияние на течение школьной адаптации. Показано, что распространенность нарушения активности и внимания/гиперкинетического расстройства в целом составила 8,6% (нарушение активности и внимания — 4,1%, гиперкинетическое расстройство — 4,5%). Выявлена корреляция между наличием нарушения внимания и академической неуспешностью, а также низким образовательным уровнем родителей. Подобной закономерности в отношении гиперкинетического расстройства не прослежено.

**Bosma M., van de Mheen H. D., Mackenbach J. P. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychosocial attributes. BMJ 1999;318:18—22.**

В ходе ретроспективного исследования изучено влияние психосоциальных факторов (личностных особенностей и адаптивного поведения) на связь между социальным положением семьи ребенка и риском развития психопатологических расстройств в зрелом возрасте. Выборку исследования составили 2174 человека в возрасте 25—74 лет. Показано, что у детей из семей низкого социального класса (отцы — неквалифицированные рабочие) по сравнению с высоким (отцы — высококвалифицированные специалисты) вероятность возникновения психических нарушений во взрослом возрасте была выше (ОШ 1,67 при 95% ДИ от 1,02 до 2,75). У детей из первой группы выявлялся более неблагоприятный личностный профиль и низкий уровень социальной адаптации, обусловленный антисоциальным поведением.

**Christianopulos K., Ikonou E., Voytira V. Learning disabilities and accompanying psychiatric disorders. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/76.**

Изучена распространенность психопатологических расстройств и биологических факторов риска (пре- и перинатальная патология) у 53 ребенка в возрасте 6—17 лет с академической неуспешностью. Диагностика проводилась с использованием методов клинического расспроса ребенка и родителей, патофизиологического и логопедического исследований, а также с определением уровня интеллектуального развития. Показано, что у 35,8% детей, включенных в выборку, имелись указания на наличие в анамнезе пре- и перинатальной патологии. У 13,2% детей выявлено нарушения активности и внимания или гиперкинетическое расстройство, у 11,3% — оппозиционно-вызывающее расстройство, у 7,5% — ночные кошмары, у 3,7% — энурез, у 3,7% — компульсивные расстройства, у 1,8% — паническое расстройство, у 1,8% — дистимия. В 43,3% случаев выявлено снижение самооценки и нарушение социальных контактов.

**Hotoph M., Carr S., Mayou R., Wadsworth M., Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. BMJ 1998;316:1196—1200.**

В ходе популяционного когортного исследования изучали связь между персистирующими болями в животе у детей и наличием у родителей повышенного уровня тревожности и хронических соматических заболеваний, а также распространенность у таких детей в зрелом возрасте соматоформных расстройств и психопатологических нарушений в целом. Критерием включения в исследование служило наличие болей в животе, выраженных до степени нарушения нормальной жизнедеятельности и возникающих не менее 3 раз на протяжении 3 мес. Показано, что у родителей детей с персистирующими болями в животе чаще отмечались жалобы на соматическое неблагополучие, а у матерей была выше оценка по шкале невротизма. Наличие персистирующих болей в животе не приводило к статистически значимому увеличению вероятности возникновения соматоформных расстройств в зрелом возрасте (ОШ 1,39 при 95% ДИ от 0,83 до 2,36), однако риск развития психопатологических нарушений в целом у таких детей был выше (ОШ 2,72 при 95% ДИ от 1,65 до 4,49).

**Jones J. M., Lawson M. L., Daneman D., Olmsted M. P., Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type I diabetes: cross sectional study. BMJ 2000;320:1563—6.**

В ходе исследования проведен сравнительный анализ распространенности расстройств приема пищи у девочек подросткового возраста в зависимости от наличия сахарного диабета. Основная группа включала 356 девочек в возрасте 12-19 лет с сахарным диабетом I типа, контрольная — 1098 девочек без такового. В основной группе по сравнению с контрольной клинически очерченные формы расстройств приема пищи выявлены у 36 (10%) и 49 (4%) девочек соответственно [отношение шансов (ОШ) 2,4 при 95% доверительном интервале (ДИ) от 1,5 до 3,7;  $p < 0,001$ ], субклинические формы — у 49 (14%) и 84 (8%) соотв. (ОШ 1,9 при 95% ДИ от 1,3 до 2,8;  $p < 0,001$ ). Уровень гликозилированного гемоглобина также был выше в основной группе, чем в контрольной. Показано, что в основной группе по сравнению с контрольной чаще возникали тяжелые метаболические нарушения, а риск развития диабетической ретинопатии был в 3 раза выше.

**Kondyli A., Pitsoini D., Giannopoulou S., Tsiantis I. Psychopathology of children referred for academic difficulties. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/76.**

В ходе исследования, включавшем 125 детей в возрасте 6,5—15 лет, изучали спектр психопатологических расстройств, способствующих формированию школьной неуспеваемости. Диагностика заключалась в проведении клинической беседы с ребенком и родителями, патофизиологическом исследовании и исследовании уровня интеллектуального развития. Психопатологические расстройства отсутствовали у 2,4% детей. В 29,6% (24% в основной группе, 5,6% в контрольной) случаев была выявлена дислексия, в 24% — легкая интеллектуальная недостаточность, в 34,4% — аффективные расстройства в рамках различных нозологических единиц, в 9,6% — нарушение активности и внимания или гиперкинетическое расстройство поведения.

**Scholthorst P., Barneveld-Swaab H., van Engeland H. Long-term neuropsychiatric development of preterm children. В сб.: Abstracts of 11th International Congress European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Hamburg, 1999, II/43.**

В ходе исследования, включавшем 178 детей, изучали влияние фактора преждевременных родов на вероятность формирования социальной, в том числе учебной, декомпенсации и риск развития психопатологических расстройств в различные возрастные периоды (младший и средний школьный возраст, подростко-

вый возраст). Показано, что уровень социальной адаптации и учебной состоятельности в основной группе ниже, чем в контрольной. Больше число детей, родившихся преждевременно, вынуждены проходить обучение в специальных школах. В основной группе по сравнению с контрольной статистически значимо чаще выявлялась неврологическая микросимптоматика и психопатологические расстройства, а также речевые нарушения и расстройство мелкой моторики.

**Williams J., Wolff A., Daly A., MacDonald A., Aukett A., Booth I. W. Iron supplement formula milk related to reduction in psychomotor decline in infants from inner city areas: randomised study. BMJ 1999;318:693—8.**

В ходе двойного слепого рандомизированного испытания проведено сравнение сроков раннего психомоторного развития у детей, находившихся на вскармливании обычным коровьим и обогащенным железом молоком. Выборку исследования составили 100 детей (средний возраст 7,8 мес.). На момент начала испытания статистически значимого различия в уровне гемоглобина не было, однако через 18 мес. в группах детей, получавших обычное и обогащенное железом молоко, анемия выявлена у 33% и 2% детей соответственно ( $p < 0,001$ ). Общий уровень развития оценивали в баллах по шкале Гриффитса, включающей 5 субшкал: двигательные навыки, межличностное и социальное взаимодействие, слух и речь, зрение и моторная координация, а также деятельность (манипулятивная и тонкая). Показано, что в группе детей, получавших обогащенное железом молоко по сравнению с обычным, снижение оценки к 24 мес. жизни было меньше (9,3 и 14,7 баллов соотв.;  $p < 0,02$ ).

**Yamey G. Survey finds that 1 in 10 children has a mental disorder. BMJ 1999; 319:1456**

В ходе исследования, включившего 4500 детей, показано, что у 5% из них выявляются расстройства социального поведения, у 4% — аффективная патология, у 1% — гиперкинетические расстройства. Выявлена связь между состоянием психического здоровья детей и уровнем дохода и социальным классом семьи. Так, у детей из семей, принадлежащих к 5-му социальному классу (неквалифицированные рабочие), по сравнению с 1-м (высококвалифицированные специалисты) психические нарушения выявлялись в три раза чаще.

## РЕЦЕНЗИИ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Д. Н. Исаев

### РЕЦЕНЗИЯ НА «СПРАВОЧНИК ПО ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА» (Издательство «Питер». Санкт-Петербург-Москва-Харьков-Минск. 1999. – 752 с.)

В настоящее время нет справочной литературы по детской психиатрии. Последний «Справочник детского психиатра и невропатолога» под редакцией Н. А. Булаховой вышел в 1985 году. Давно не издавались учебники и руководства по этому предмету. В этой связи медицинская общественность с интересом встретила выход в свет «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста» (главный ред. С.Ю. Циркин).

Как сказано в предисловии, целью выхода этой книги явилось стремление повысить профессиональный уровень специалистов, что, по нашему мнению, авторскому коллективу книги удалось. Этому, в частности, способствовало включение в «Справочник» большого раздела по детской психологии (142 стр.), который помогает ликвидировать пробелы врачей в психологической подготовке. Общий большой объем «Справочника» позволил привести в целом ряде разделов почти исчерпывающие сведения по семиотике, синдромам, состояниям и заболеваниям. Помимо того, на 150 стр. излагаются необходимые врачу данные по диагностике, обследованию, а также по коррекции и лечению психически больных детей и подростков.

Раздел «Общие понятия и семиотика» (94 стр.) охватывает почти всю симптоматику, встречающуюся в психиатрической клинике взрослых и детей. Для детских и подростковых психиатров, не имеющих достаточной подготовки в области психиатрии взрослых больных, материалы этого раздела – большое подспорье для совершенствования эрудиции. Здесь подробно описаны имеющие существенное значение для клиники и в то же время редко используемые для описания больных или недостаточно известные широкому кругу врачей (или знакомые под другими названиями) такие понятия как, анозогнозия, гипертимия, диссомния, ограниченность объема навыков, соматопсихический синергизм, симптомы дизэмбриогенеза, виды страхов, варианты фантазий и т.д. Приводятся редко употребляемые детскими психиатрами термины (названия симптомов): тахифрения, симптом беспокойных ног, акайрия, аффективное недержание, бруксизм, графоспазм, загруженность, инкогеренция, катаплексия, коэнестезия, симптом Плюшкина, протодиакризис, феномен субъективного двойника, циркадность, феномен Шарпантье и др.

К сожалению, информация о некоторых симптомах, помещенная в ряде рубрик, не содержит сведений об особенностях этих психопатологических проявлений у детей (аффект недоумения, анестезия психика, долороза, вербигерация, двойная ориентировка, криптомнезия, парабулия).

Раздел «Симптомокомплексы, синдромы, состояния», занимающий 196 стр., дает подробные описания не только наиболее часто встречающихся психопатологических картин, но знакомит с редкими клиническими проявлениями (синдром Клооса, псевдослабоумие, рефлекс четверохолмия и т.д.). Ценность этого раздела не пострадала из-за нескольких повторов описаний синдромов, представленных в предыдущем разделе в качестве симптомов (акатизия, бред, девиантное поведение).

Раздел «Вопросы нозологии и систематики» (124 стр.) завершает клиническую часть рецензируемой книги. Здесь представлены все психические расстройства, с которыми имеют дело в клинике детские и подростковые психиатры. Этот раздел очень выигрывает благодаря тому, что почти каждая рубрика дает подробное описание психических расстройств у детей и подростков с указанием на наличие имеющихся форм и особенностей течения. В ряде случаев приводятся и способы диагностики. Важно также и то, что излагаются новейшие материалы о недавно описанных психических расстройствах (психические нарушения при СПИДе). Большую пользу смогут принести читателю приведенные ссылки на соответствующие рубрики Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Следует все же пожелать, чтобы при переиздании «Справочника» в этом разделе были бы расширены рубрики: «Неврозы» и «Симптоматические психозы».

Описание диагностики и обследования психических расстройств у детей и подростков, занимающее 62 стр. книги, позволяет обратившемуся за справкой врачу получить современную информацию об аппаратных и генетических методах исследования и диагностики нарушений письма и речи, патопсихологических, нейропсихологических, психолого-педагогических и соматических методиках. Наряду с общими сведениями

имеются так же и описания многих тестов (детская шкала Векслера, метод пиктограмм, метод незаконченных предложений, диагностика отношения к болезни, детский тест Розенцвейга, опросник тревожности семантический дифференциал, шкалы полярных профилей, ГНОМ). Тот факт, что здесь приведены методики, преимущественно созданные в психиатрических клиниках, позволяет надеяться на расширение этого раздела за счет методик, наиболее часто используемых психологами которые работают с психически больными детьми и подростками.

Без раздела, посвященного коррекции и терапии, никакой справочник не выпускается в свет. Рецензируемый справочник не составляет исключения. Здесь на 66 стр. излагаются современные достижения биологической терапии, психотерапии, логопедии, рефлексотерапии, о санаторно-курортном лечении, физиотерапии детских и подростковых психических расстройств. В специальный подраздел выделены терапевтические вмешательства при отдельных психических расстройствах: врожденном сифилисе, детском аутизме, нервных тиках, заикании, состояниях зависимости от психоактивных веществ, энурезе и эпилепсии.

Хотелось, чтобы этот раздел был бы расширен за счет увеличения числа терапевтических вмешательств при отдельных клинических формах и таблицы возрастных дозировок психофармакологических препаратов при разных психических расстройствах.

Пользование справочником значительно облегчается помещенным в конце книги предметным указателем.

Подтверждая общее положительное впечатление от «Справочника», хочется обратить внимание на ряд недостатков. В рецензируемой книге приводится определенное число авторов, однако, в разных разделах их количество очень отличается, более того не цитируются в соответствующих рубриках раздела «нозологические формы» классики и первооткрыватели: Корсаков С.С. (микроцефалия); Симсон Т.П. (неврозы у детей); Гуревич М.О., Гиляровский В.А., Винокурова Л.И., Осипова Е.А., Лапидес И.О., (соматогенные психические расстройства); Галицкая С.З., Гребельская Е.С., Озерский Н.И., Сухарева Г. Е., Вроно М.Ш. (детская шизофрения); Абрамович Г.Б., Берштейн Г.Я., Новлянская К.А., Мнухин С.С., Успенская М.А. (эпилепсия); тогда как неоднократно приводятся фамилии тех, кто это еще недостаточно заслужил. Возможно, этого бы не случилось, если бы был приведен список источников литературы, которыми пользовались авторы при создании справочника,

При переиздании желательно статьи, касающиеся детской психопатологии расширить в сравнении со статьями, касающимися психических расстройств, встречающихся только у взрослых. Следует также исключить все имеющиеся в разных разделах повторы.

В заключении необходимо поблагодарить авторский коллектив «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста» и организацию, взявшие на себя благородный и важный труд по повышению квалификации детских психиатров невропатологов и других специалистов, работающих с детьми и подростками, имеющими психические расстройства и отклонения в развитии. Рецензируемый труд требует безусловного переиздания в связи с тем, что новая его редакция будет еще более современной, еще более полезной и исчерпывающей все запросы читателей.

**А. В. Махнач, А. И. Лактионова**

**ПЕРВЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СПРАВОЧНИК:  
ПОПЫТКА ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТСКОГО  
И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

**(Издательство «Питер». Санкт-Петербург-Москва-Харьков-Минск. 1999. – 752 с.)**

В 1999 году в издательстве «Питер» вышел Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста, в котором впервые на русском языке авторы попытались объединить знания из смежных областей: психологии, психиатрии и психотерапии. Особенностью этого справочника является также и то, что он предназначен для тех, кто работает в области детской и подростковой психологии и психиатрии: психологам, психиатрам, психоневрологам, логопедом, педагогам.

Существующая между ними взаимосвязь уже давно не подлежит сомнению, но, к сожалению, не всегда поддерживается и развивается психологами и психиатрами, часто занимающими разные стороны в оценке всего, что их объединяет. Этот справочник – хорошее доказательство того, что нам (и психологам, и психиатрам) нечего делить и не за что друг с другом бороться, напротив есть то, что нас объединяет: желание по-

могать всем, кто в нас нуждается. Этот справочник является, по сути, простым ответом на продолжающуюся много лет дискуссию об отношении психиатрии и клинической психологии к объекту приложения знаний, накопленных ими в совместном труде, исследованиях, и в выполнении той миссии, которую призваны осуществлять эти близкие области знания.

Многие психологи, имея весьма приблизительное представление о психиатрии, часто считают это чуть ли не своей основной заслугой (это так же верно и для некоторых психиатров, ограничивающих свою деятельность чисто медикаментозным лечением). Доступность и взаимосвязь понятий в этих двух областях знаний о человеке, проиллюстрированная многократно в справочнике, на наш взгляд, может помочь в преодолении такого разобщения. Для тех же специалистов, которые стараются включить в свою работу познания из области психиатрии, психологии и психотерапии, эта книга, несомненно, окажется хорошим практическим руководством.

В книге, как в зеркале, отразились общие для науки проблемы, особенно заметные в психологии и психиатрии ушедшего века: параллельное существование терминологии в формальной – содержательной, и в феноменологической – абстрактно-логической двойственности. В этом сила и слабость современного состояния психологии и психиатрии и как следствие – сильная и слабая стороны рецензируемой книги.

Многие статьи справочника познавательны и интересны. Авторы справочника постарались включить в небольшие по форме статьи максимально много содержательной и емкой информации. Прежде всего это относится к разделу «Симптомокомплексы, синдромы, состояния». Содержание практически каждой статьи этого раздела является законченным по форме и мысли. Очень подробно и на хорошем профессиональном уровне представлены статьи в разделе «Вопросы нозологии и систематики». Этот раздел особенно важен для клинических психологов, не имевших возможности получить систематического образования в области нозологии психических заболеваний. В статьях, посвященных различным психическим расстройствам при соматических заболеваниях, предлагается обращать внимание и на тот контекст, в рамках которого следует рассматривать динамику любого психического заболевания, что дает специалисту более глубокий и детальный взгляд на природу этого заболевания (статьи «Сахарный диабет», «СПИД», «Соматогенные психозы» и др.). В большинстве статей отчетливо видна авторская позиция, а также и желание дать иной, отличный от мнения автора взгляд на существо проблемы.

Но, как это часто бывает, главное достоинство книги: попытка охватить в одной книге столь обширный материал, имеет свою оборотную сторону: неполноту и неточность информации. Прежде всего это относится к разделу «Психология».

Справочник, по нашему мнению, должен отличаться от словаря психологических терминов. Общепсихологическую терминологию следовало бы выделить в предваряющий раздел, в котором помещены статьи по детской психологии, психологии развития, педагогической, психологии аномального ребенка, детской патопсихологии. Иначе некоторые вкрапления в виде понятий из общей психологии выглядят как крайне несистемно подобранные и случайные. Так, например, в справочнике на букву «А» приведены такие понятия, как «Активность личности», «Альтруизм», «Анализ», «Апперцепция», «Архетип», «Ассоциативная психология», «Атрибуция», «Аттракция», «Аффект», относящиеся к общей психологии, и вместе с тем отсутствуют такие понятия как: «Аграфия», «Аутоэротизм», «Авторитет», «Анальная фаза», «Автономность младенца» и т.д. Дана очень краткая статья «Депривация», но нет статьи об эмоциональной депривации, описывающей очень распространенное явление, с которым постоянно сталкиваются детский психолог или психиатр. Хотелось, чтобы словник справочника был скорректирован с учетом того, что он является все же справочником именно для детских психологов и психиатров. Мы также понимаем, что невозможно описать в одной книге все термины из двух достаточно больших областей знания, но все же считаем необходимым для следующего издания справочника провести анализ словника с учетом его специфики и увеличить его, может быть, за счет общепсихологических понятий.

Не всегда в справочнике сохраняется принцип статья-подстатья. Например термин «Идентичность» дан отдельно от терминов «Половая идентичность» и «Сексуальная идентичность». Не точно соблюдается принцип расположения статьи по родовому понятию; можно встретить расположение статей по прямому порядку слов, например, «Избирательное предпочтение», «Половая дифференциация», «Идентификация коллективистская», а иногда – по обратному порядку: «Восприятие межличностное», «Вокализации предпречевые», «Вопросы детские». Такая непоследовательность может затруднять поиск нужных статей. Спорным является и принцип разделения терминов по разделам «Психология» и «Общие понятия и семиотика». Желательно во введении обосновать принцип распределения статей по тематическим разделам и применить

его в следующем издании.

Некоторые термины описаны без учета детской и подростковой специфики справочника, например, понятие «Демонстративное поведение» оставляет открытым вопрос: к кому именно относятся особенности демонстративного поведения: к взрослым, детям или подросткам. Многие статьи не имеют прямого отношения к области детской психологии и психиатрии, которой посвящен справочник, например, статьи «Направленность личности», «Гештальтпсихология», «Деятельностный подход», «Биологические ритмы», «Оперантный рефлекс», «Ориентировочная деятельность», «Отношения диалогические» и др.

Некоторые важные разделы психологии, такие как «Память» (статья «Память») вовсе не освещены с учетом специфики детской психологии. Виды и механизмы памяти, описанные в справочнике, не дают нужной для детского психолога или психиатра информации. Совсем нет связи этой большой статьи со статьями, посвященными нарушениям памяти, разбросанными по разделу «Общие понятия и семиотика». В статьях «Амнезия», «Гипермнезия» -- даже не дается определения, что это нарушения памяти, лишь из текста понимаешь, что, это относится к памяти. Статья «Феномены ложного узнавания» не соотнесены со статьями «Парамнезия» и «Криптомнезия». По-видимому, также важно связать статьи о нарушениях памяти с такими понятиями, как «Задержки психического развития», «Олигофрения» и другими, в рамках которых эти нарушения памяти можно наблюдать и диагностировать.

По нашему мнению, те понятия, которые были введены в научный обиход определенными авторами заслуживают того, чтобы в Справочнике их авторство было указано, например, понятия: «Инсайт» (В. Келлер), «Сенситивный период» (М. Монтессори), «Фрустрация» (Н. Миллер) и т.д. Также желательно упоминание имен ученых, внесших значительный вклад в ту или иную область знания, в которой используются термины, описанные в Справочнике. Например в статье «Влечение» нет ни слова о психоанализе, в котором это понятие является одним из основных. В статье «Возрастные кризисы» нет ни слова о Л. Выготском и Д. Эльконе. По-видимому, неплохо было бы приводить имена исследователей, сделавших этот термин достоянием научной общественности. Многие термины в психологии имеют авторство и соотнесение их с именами авторов потому важно, что это может служить ориентиром для читателя, дать ему более четкое соотнесение термина со определенной школой, в рамках которой наполнение каждого термина может быть специфически иным с сравнением с другой школой. Имена это не просто дань уважения, но и ориентация в научном пространстве терминологической путаницы.

На наш взгляд, следует дать более точное определение таким понятиям как «Агрессия», «Агрессивность», «Агрессивное поведение». По-видимому, важно отличать агрессию как реакцию (как акт) и агрессивность как черту личности, предложить в статьях описание факторов, формирующих агрессивность в характере детей и подростков (эндогенные, социальные и т.д.).

В статье «Адаптация» акцент сделан на адаптацию организма, тогда как значительно более интересным представляется аспект адаптации личности. Следовало бы вначале рассказать о комплексной реакции человека (личности) на стрессогенные факторы, а адаптация организма – это всего лишь составляющая часть реакции человека на неблагоприятные условия окружающей среды (социальной, природной и т.д.). При этом в статье ничего не говорится о специфике адаптации детей или подростков.

В статье «Аффект неадекватности» пояснение термина происходит вначале через однокорневое слово (...проявляется в форме аффективного поведения), что обычно не принято в словарях. Далее объяснение плавно осуществляется через ряд других терминов: жизненные потребности, уровень притязания, неадекватная самооценка, реальные возможности ребенка (что это такое?), неадекватная реакция на неуспех, аффективная реакция и заканчивается понятием собственная несостоятельность ребенка. В результате такого пояснения термин «аффект неадекватности» остается необъясненным.

Статья о бихевиоризме написана в духе критики «буржуазных теорий изучения личности», автор дает очень узкое понимание одного из наиболее активно развивающихся направлений психологии. На наш взгляд следовало бы упомянуть о том, что эта теория лежит в основе многих современных направлений психотерапии. В статье «Групповая динамика» хотелось бы более подробно прочесть о специфике групповой динамики детской группы, но, к сожалению, автор ограничился фразой: «...процесс Гд в своем специфическом виде может быть обнаружен в детской группе».

Статья «Диатетическая пропорция». При объяснении этого термина не дается родового понятия (например, диатетическая пропорция – это сочетание характерологических черт, полярных черт характера) или синонима. Объяснение сути термина идет вначале через частные признаки, свойственные циклоидному характеру, что не совсем верно с формальной стороны. Прежде всего, по-видимому, должно идти определение

феномена, а уж потом – признаки, характеризующие это понятие. Вызывает вопрос размещение статьи «Диатетическая пропорция» в разделе «Психология», а «Психестетическая пропорция» в разделе «Общие понятия и семиотика», при этом отсутствует ссылка первого понятия на второе и наоборот.

Недоумение вызывают следующие слова из статьи «Детская субкультура»: «...детская субкультура, обладая неисчерпаемым потенциалом вариантов становления личности, в современных условиях часто рассматривается...» Остается непонятным, каким образом субкультура может является потенциалом развития личности, скорее можно говорить о влиянии субкультуры на личность. Спорным на наш взгляд является утверждение, приведенное в статье «Зависимость»: «...индивид ведет себя зависимым образом каждый раз, когда показывает, что другие люди как таковые удовлетворяют и подкрепляют его». В этой статье много неточного и с логической точки зрения. Статья «Зрительный контакт» странным образом объединяет два мало связанных понятия: зрительный контакт и личность. Каким образом зрительный контакт связан с восприятием своего партнера как личности, каковы у этого партнера характеристики личности, ставшие сразу известными благодаря зрительному контакту, – все это вызывает недоумение. Кроме этого, какое отношение эта статья имеет к Справочнику, созданному для детских психологов и психиатров. Статья «Конформизм», по-видимому, должна быть названа «Конформность» с описанием этой черты личности со специфическими для детского возраста проявлениями. Отдельно хотелось бы отметить неточности встречающиеся в тексте: ... клиницист психоаналитического направления (статья «Психосоматика»), ... психическая адаптация включает в себя электрофизиологический аспект (статья «Адаптация»); ... данные о психической акселерации – ускорении интеллектуального развития (психическое не равно интеллектуальному) (статья «Акселерация»); ... альтруистические мотивации (обычно используется в единственном числе) ... процесс развития нравственного чувства (???) (статья «Альтруизм») в русле установки (статья Бессознательное), ....к процессам Групповой динамики относятся: лидерство, руководство (Хотя в статье «Лидерство» это понятие определяется как феномен) (???) (статья «Групповая динамика»), Интериоризация (от лат. Interior – ВНУТРЕННИЙ) и рядом интернализация (от лат. internus – ВНУТРЕННИЙ); очевидно, следовало бы выбрать что-то одно. Статья «Гуманистическая психология» Ш. Бюлера (Шарлотта Бюлер: не склоняется).

В статью «Комплекс» – по непонятной логике включена подстатья «Комплекс оживления», хотя объяснение термина в основной статье дается с психоаналитической точки зрения. Если бы термин «комплекс» был растолкован вначале как общее понятие, затем, как понятие психоаналитическое – размещение в одной статье подстатей «К. оживления» и «Электры К» был бы как-то оправдан, да и то с большой натяжкой. В этой статье мы сталкиваемся с разным порядком в названии подстатей: прямой порядок: «К неполноценности» и обратный: «Каина К». Почему? В этой статье также смешаны термины о комплексах, характеризующих структуру межличностных отношений (Эдипов комплекс) и описывающих совокупность черт личности (К. неполноценности). Относительно содержания подстатей: некоторые стилистические неточности (...возникает у девочек в фаллической фазе – «Электры К.»), (... подобные проявления у девочек имеют форму К. Электры – «Эдипов К.»), и др. Почему-то нет статьи о комплексе кастрации.

В статье «Мышление» не отражена специфика видов мышления у детей. По-видимому, подстатьи о видах мышления должны также отражать специфику детского мышления. Принцип размещения подстатей не всегда понятен. В ней смешаны подстатьи, которые могут быть отнесены к разделу «Семиотика и общие понятия» (например, «Мышление аутистическое»). Если в основной статье выделены виды по типу результирующего продукта (творческое и репродуктивное), то уже в подстатьях эти виды мышления определяются как стратегии мышления. Приведены стадии развития мышления в онтогенезе, и рядом мы обнаруживаем подстатью «Мышление магическое», вместе с тем другие виды нарушения мышления приведены в разделе «Семиотика и общие понятия». По-видимому, все статьи, описывающие нарушение мышления и какие-то конкретные характеристики патологии мышления (бессвязность, обстоятельность и др.) должны быть собраны в одном месте.

В статье «Привязанность» трактуется одно из наиболее традиционных значений этого термина в рамках психоаналитического подхода. По-видимому, также важно описать в рамках этой статьи более современную теорию привязанности Э. Боулби для ознакомления заинтересованных читателей с процессами взаимодействия ребенка в раннем возрасте с матерью.

Раздел «Диагностика и обследование». Статья «Исследования личности» могла стать основной статьей для последующих подстатей, в которые должны войти: часть подстатьи «Клинические шкалы» (т.к. некоторые шкалы являются методами исследования личности), статья «Отдельные методики и тесты», составленная, кстати, не по принятому в психодиагностике делению методов исследования личности на тесты оценки

интеллекта, проективные тесты, личностные опросники и т.д. Названия некоторых тестов должны быть уточнены в соответствии с принятыми, например, «Векслера детский тест» имеет название «Шкала измерения интеллекта для детей Векслера». По-видимому, необходимо выделить раздел психологической диагностики детского и подросткового возраста. По какой-то причине разведены на две статьи «Клинико-психологическое обследование» и подстатья «Методы опроса», как и статья «Исследования личности методы» и подстатья «Социометрические методы исследования». В статье «Клиническое исследование» есть путаница в подстатьях, что отразилось и в названии: исследование подменяется обследованием и наоборот. По какой-то причине статья «Клиническое ИССЛЕДОВАНИЕ» включает психиатрическое ОБСЛЕДОВАНИЕ, ОЦЕНКУ физического развития и соматическое ОБСЛЕДОВАНИЕ. В статье «Клинико-психологическое ОБСЛЕДОВАНИЕ» в подстатье «Анкетный опрос» используется социально-психологическое ИССЛЕДОВАНИЕ и т.д.

Большая часть справочника, которая включает разделы «Симптомокомплексы, синдромы и состояния», «Вопросы нозологии и систематики» в сравнении с разделом «Психология» представлена гораздо более полными и информативными статьями. Безусловно, нам как психологам, труднее оценить разделы, касающихся психиатрии, но, на наш взгляд, очень важно, чтобы этот материал был доступен пониманию не только врачей-психиатров, но и психологов, которые пользуются этой книгой. Так, например, описание церебральных, психоорганического синдрома и минимальной мозговой дисфункции практически однозначны, в статьях, посвященных этим нарушениям не выделены дифференциально-диагностические критерии для их разграничения. Вызывает вопросы статья «Адаптации нарушения», помещенная в раздел «Симптомокомплексы, синдромы, состояния»: нет отчетливого отличия этого термина от термина «Дизадаптация», (раздел «Психология») и от вышеназванных нарушений адаптации. Невнятно написана статья «Метафизической интоксикации синдром», она читается с трудом, дифференциальный критерий выделен не четко.

Непонятно, почему понятия «Ранний детский аутизм» и «Синдром Аспергера» отнесен в раздел «Синдромы», а не в раздел «Нозология». Весьма скромно представлена статья «Шизофрения», особенно по сравнению с статьями «Эпилепсия» и «Олигофрения». Представляется неправомерным размещение статьи «Эпилепсия» в двух разделах: «Синдромы» и «Нозология», что доставляет дополнительные неудобства читателям Справочника. В ряде статей, например в статье «Эпилепсия», в разделе «Синдромы», даются рекомендации по лечению, при этом в разделе «Коррекция и терапия» есть статья «Эпилепсия в раннем возрасте», в которой также даются рекомендации по лечению. К сожалению, в этой статье нет ссылки на статью в другом разделе.

Очень интересен, на наш взгляд, лежащий в основе справочника комплексный подход в решении проблемы, с которой столкнулся терапевт. Разделы Справочника взаимодополняют друг друга, постепенно расширяя кругозор читателя, что позволяет ему искать решение вставшей перед ним проблемы с учетом психологического и медицинского аспекта, проводить соответствующую коррекцию и терапию. Основным выводом после внимательного и подчас критического взгляда на созданный справочник, появляющийся вне зависимости от сделанных нами замечаний, состоит в том, что справочник существует, им пользуются специалисты и попытка интегрировать некогда параллельные области знания все же удалась.

**Е. А. Зубова**

## **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (лекция)** **Российская медицинская академия последипломного образования. Москва.**

Психогенные расстройства при стихийных бедствиях, массовых катастрофах и военных конфликтах занимают особое место в пограничной психиатрии в связи с тем, что они могут одновременно возникать у большого числа людей.

К таким расстройствам, возникающим по механизму реактивного состояния, но протекающим преимущественно на невротическом уровне, относятся посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), при которых значение психической травмы признается бесспорным. Рост интереса к изучению этих состояний обусловлен тем, что в современном мире к всегда существовавшим источникам эмоциональных потрясений, таким как природные катаклизмы, военные действия и индивидуальные насильственные акты, лавинообразно прибавляются обусловленные урбанизацией и развитием техники техногенные катастрофы, а уровень средств вооружения делает различные формы социальной агрессии все более массовыми и жестокими.

Проблема медико-психологических и психосоциальных последствий воздействия на психику человека экстремальных условий военного времени или других событий катастрофического характера изучается уже в течение двух тысячелетий.

Под экстремальными условиями в этих случаях понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья или благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, вооруженными конфликтами. Всемирная организация здравоохранения определяет катастрофы как ситуации, характеризующиеся непредсказуемыми, серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью.

Считается, что диагностическая категория ПТСР возникла в результате наблюдений, сделанных в период военных действий США в Корее, но первое упоминание о военной психотравме принадлежит Геродоту, описавшему психическое потрясение участника марафонской битвы. Клиническое понятие «травматический невроз» появилось в 1884 г. в связи с описанием психических последствий железнодорожной катастрофы. Вопросы о последствиях психической травматизации, связанной с переживаниями военного времени, изучались такими авторами, как В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, Л.О. Даршкевич, В.М. Морозов. Многие отечественные исследователи занимались изучением психических нарушений, возникающих вследствие стихийных бедствий. В последние годы появился целый ряд работ Ю.А. Александровского (1989, 1991, 1993), в которых описываются психические расстройства жертв катастроф мирного времени в рамках психогений.

Эпидемиологические данные о заболеваемости ПТСР заметно варьируют от 0,5% до 3,6% общей выборки населения без учета групп риска и от 44% до 90% для групп риска в зависимости от различных факторов - пола, возраста, социально-культурных различий, характера психотравмы и др. Также причиной такого разброса данных может быть отсутствие единого четкого подхода к определению диагностических критериев ПТСР.

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» является признанной во всем мире нозологической единицей, выделенной в современных классификациях МКБ-10 и DSM-III-R. В них описаны критерии диагностики ПТСР: распознаваемый стрессор; наличие повторного переживания (в виде воспоминаний, кошмаров, сновидений, воспроизводящих психотравмирующее событие); снижение активности и ответственности в повседневной жизни (социальная апатия, аффект «зажатости»); и последующие симптомы, не наблюдавшиеся перед травмой - чувство вины выжившего, трудность концентрации внимания, тревожность, повышенная агрессивность, гиперакузия, психотические проявления. Необходимым условием для постановки диагноза ПТСР является возникновение заболевания не позднее 6 мес. после психотравмы. Течение болезни признается хроническим, если перечисленные симптомы наблюдались более 6 месяцев. Необходимым условием возникновения ПТСР признается фактор вовлеченности индивидуума в экстраординарные травматические события.

Шоковые психотравмирующие факторы отличаются большой силой и внезапностью воздействия. Как правило, они связаны с угрозой жизни или благополучию, воздействуя непосредственно на инстинкт самосохранения и практически неизбежно связаны с теми или иными психическими нарушениями (В.В. Ковалев, 1979). Эти факторы ввиду непосредственного их воздействия на инстинктивную и низшую аффективные сферы не осознаются в полной мере и в силу быстроты их действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения.

Одним из основных направлений теоретических дискуссий является выяснение той роли, которую играют любые травмирующие жизненные события в генезе психических расстройств. Существуют три основные точки зрения. Первая из них состоит в том, что травмирующие события играют незначительную роль в этиологии психических расстройств и что необходимо провести грань между нормальными стрессовыми реакциями и собственно патологией. Другие авторы полностью отождествляют психиатрические синдромы и симптомы с проявлениями дистресса, тем самым прямо связывая их возникновение с психотравмирующим жизненным событием. С третьей точки зрения, дистресс и психические расстройства - совершенно разные феномены, т.е. чрезвычайные обстоятельства могут являться причиной дистресса, но не психической патологии.

Внешние патогенные факторы можно подразделить на внешнюю агрессию и эмоциональную травму. Внешняя агрессия характеризуется внезапной непредвиденной опасностью и угрозой смерти. Второй фактор - эмоциональная травма - является не менее важным аспектом, так как стрессовое расстройство очень часто появляется у людей, которые не получили ранений, но интенсивно переживали потенциальный риск физической опасности. Многие авторы считают различие между физической и эмоциональной травмой несущественным и

полагают, что между этими двумя компонентами всегда существует сильное взаимодействие.

В теории стрессового расстройства, разработанной М.Ж. Horowitz, утверждается, что после экстремальных, экстраординарных событий душа человека пытается произвести и осмыслить происшедшее, другими словами - понять собственные переживания. Пока индивидуум в состоянии понять переживания, происходят две психологические реакции: реакция избегания стрессов и навязчивая реакция воспроизведения/воспоминания психотравмирующих событий.

Важным этиологическим фактором является невозможность заключить свои переживания в рамки прежних схем. Агрессия может разрушить нормы и ценности индивидуума, на базе которых он строит свое представление о самом себе, о мире и о своем месте в нем. Таким образом, психотравма оказывает разрушительное влияние на целостное и прочное самосознание и структуру личности.

Стрессовые расстройства могут развиваться от одного или нескольких травмирующих событий. Дополнительные психотравмирующие факторы способствуют затяжному течению ПТСР. Существует зависимость клинической картины от характера психотравмы - была ли она острой или хронической, непосредственной или потенциальной, а также от ее содержания.

Помимо самой травмы, существуют дополнительные факторы, определяющие в известной мере то, как индивидуум переживает полученную травму. Важным внутренним условием возникновения реактивных состояний является наличие особых черт личности, обозначенных как «невротическая структура личности» и развивающихся вследствие нарушения процесса ее формирования. К внутренним факторам также относятся чувство изоляции и потеря доверия к окружающим и властям. Не менее важным является физическое состояние в момент стресса, особенно физическое истощение, недосыпание. Подобные факторы, будучи источником постоянного эмоционального напряжения, облегчают возникновение психогенных расстройств под влиянием более четко очерченных травм.

Таким образом, основными этиологическими факторами в развитии ПТСР могут быть: длительность психотравмирующего события, степень вовлеченности в психотравмирующие события и личностные особенности индивидуума.

Общим патогенетическим механизмом развития неврозов является нарушение деятельности структур мозга, обеспечивающих адаптацию к ситуациям, препятствующим удовлетворению потребностей. Результатом такого рассогласования является развитие широкого спектра эмоциональных нарушений, за которые в наибольшей степени ответственны структуры лимбико-ретикулярного комплекса. Необходимо подчеркнуть, что развитие невротической симптоматики обусловлено не патологией данных структур, а рассогласованием их отношений.

В связи с трудностями объективной диагностики ПТСР, многие зарубежные исследователи высказывают мнение о необходимости использования в диагностике биологических маркеров, например, таких, как уровень кортизола в слюне человека.

Установлены определенные зависимости между характером эмоционального стресса - острого или хронического - и функциональной активностью системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники, а также щитовидной железы. Существует взаимосвязь между клинко-психопатологическими проявлениями и изменением в иммунном статусе.

Но в настоящее время единого подхода к патогенезу ПТСР не существует.

С клинической точки зрения, характерной особенностью ПТСР является то, что психотравмирующие события переживаются длительное время спустя после травмы в виде повторяющихся, болезненных, навязчивых воспоминаний, мыслей и ночных кошмаров. При определенных обстоятельствах эти эмоциональные реакции могут повторяться и в последствии.

Другим основным симптомом является снижение активности и ответственности в повседневной жизни, представленные нерезко выраженными апатическими расстройствами, отказом от общения, деятельности, чувством отчуждения, чувством собственной несостоятельности, отказом от ответственности за свое здоровье.

Выраженными симптомами ПТСР считаются страх и переполняющая тревога. Возникновение тревоги можно расценить как реакцию на угрозу личности в среде обитания, т.е. опасность психологического или физического воздействия. При этом в понятие «среда обитания» включаются семья, школа, друзья, дом, государство. Беспокойство или тревога могут возникать или усиливаться пониманием своей беспомощности, неожиданностью или непредсказуемостью возникновения психотравмы, постоянным и временами нарастающим ожиданием неотвратимой травматизации.

Отечественными авторами выделяются 2 типа реагирования на экстраординарные события:

1 (астенический), свойственный психастеникам, ананкастам, сенситивным шизоидам, - длительная пролонгированная реакция на стресс с невысоким уровнем жизненной компенсации, с трудом поддающаяся терапии и с малооптимистичным прогнозом;

2 (стенический), характерный для стеничных, гипертимных, паранойяльных личностей с активной тенденцией к преодолению стресса и благоприятным исходом (А.Н. Краснянский, В.П. Морозов, 1995; И.В. Боев с соавт., 1996).

Анализ широкого круга проблем, связанных с клиникой ПТСР, свидетельствует о том, что либо ПТСР представляет болезнь с полиморфными клиническими проявлениями, либо существуют различные клинические типы этого расстройства.

Многочисленные подробные описания реактивных состояний и неврозов, страхов у детей и подростков появились в отечественной литературе после Великой отечественной войны. Многообразные и чрезвычайные по силе раздражители военного времени, такие как артиллерийский обстрел, воздушное нападение, гибель близких на глазах у ребенка, обуславливали массивность проявлений и глубину реактивных состояний военного периода у детей. В работах Т.П. Симсон (1958) и Г.Е. Сухаревой (1955) отчетливо обозначены возрастные особенности, свойственные клинической структуре реактивных состояний на различных этапах развития ребенка, отмечена склонность этих состояний к затяжному течению и их влияние на формирование личности ребенка или подростка.

Проблема ПТСР в детском и подростковой возрасте освещена достаточно скудно, большинство исследований по этой теме появилось в последние годы.

Важными факторами, которые необходимо учитывать при исследовании ПТСР, особенно у детей и подростков, являются возрастной фактор и резидуальная церебрально-органическая недостаточность (В.В. Ковалев, 1979; Г.Е. Сухарева, 1959; Т.П. Симсон, 1958). Возрастной фактор может играть роль не только патопластическую, но и предрасполагающую, предрасполагающую или не предрасполагающую к развитию определенных психогенно-реактивных переживаний. Так, например, психотравмирующий фактор проживания на радиационно загрязненной территории в результате аварии на Чернобыльской АЭС оказался для взрослых чрезвычайно патогенным, вызывая общеневротические расстройства, в то же время у детей практически не было выявлено расстройств психогенного характера.

При ПТСР у детей обычно наблюдается широкий круг аффективных расстройств - от эмоциональной лабильности до устойчивых депрессивных состояний, в некоторых случаях достигающих психотического уровня. Часто аффективные нарушения сопровождаются сенестопатиями и психосоматическими расстройствами (Т.П. Симсон, 1958; В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993).

Кроме того, для детского возраста характерны следующие симптомы ПТСР:

патологические воспоминания, образы и мысли, связанные с событием;

избегание ситуаций, связанных с травмой;

стереотипная игра, постоянное воспроизведение поведения, имевшего место во время психотравмирующего события; снижение интересов к игре и общению.

Многие дети до 7 лет слабо выражают свое состояние в речевой форме. По этой причине необходимо особенно внимательно наблюдать за их невербальной коммуникацией, выражением лица и позой, а также за выражением детьми себя в рисунках.

Одним из факторов, влияющих на психическое здоровье детей и подростков, являются психологические травмы детского возраста, которые нередко оказываются следствием жестокости и насилия со стороны взрослых. Социальные и криминальные аспекты жестокого обращения с детьми подтверждаются формированием «цикла насилия» в виде передачи агрессивного поведения из поколения в поколение и существования прямых корреляций между суровостью наказания и выраженностью агрессивности у ребенка.

Одной из причин возникновения ПТСР у детей и подростков может быть сексуальное насилие. Клиническая структура реактивных симптомокомплексов у детей и подростков-жертв сексуального насилия отличается малой выраженностью расстройств и полиморфизмом. Преобладают малодифференцированные реакции по типу шоковых и стертые атипичные депрессивные состояния.

В клинической практике ПТСР часто встречается под симптоматикой депрессии, что требует тщательной дифференциальной диагностики. С возрастом реактивные синдромы имеют тенденцию к усложнению и большей клинической дифференциации с наибольшей выраженностью психотравмирующего эффекта к старшему подростковому возрасту. Эти состояния могут принимать затяжное рецидивирующее течение под влиянием дополнительных психотравмирующих факторов.

В структуре этих реактивных состояний наблюдаются депрессивные расстройства, нарушения сна с кошмарными сновидениями, отражающими содержание пережитого насилия, возникают идеи самообвинения, страхи сверхценного характера и суицидальные мысли и попытки. При этом формируется негативно окрашенное представление о жизни, пессимистическая концепция будущего, часто развивается чувство неполноценности, собственной несостоятельности и пониженной самооценки, характерное для депрессивного синдрома.

У детей, побывавших в катастрофах, стресс приводит к возникновению тревоги в структуре депрессивных состояний, наиболее характерных для ПТСР в детском возрасте. В течение первого года после катастрофы преобладают симптомы тревоги, фобии, разнообразные вегетативные расстройства. Описанные психические нарушения приводили к снижению школьной адаптации, а в ряде случаев и к полному отказу детей от занятий. Воспоминания и обсуждения психотравмирующего события оказывали на детей дополнительное стрессовое действие и способствовали возникновению панических реакций, затяжному характеру переживаний (В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993).

Одним из ярких симптомов ПТСР являются нарушения сна, которые могут носить разнообразный характер и сочетаться между собой. Клинически нарушения сна представлены при ПТСР удлинением засыпания, сокращением продолжительности ночного сна, появлением сновидений угрожающего характера, чувством тревоги, беспокойства перед засыпанием, отказом от сна.

Дети, пережившие психотравмирующие события в ходе военных действий, характеризуются повышенным уровнем тревоги и деформацией отношения к самим себе (заниженная самооценка, негативное отношение к себе). Причем, у мальчиков выявляется более высокий уровень тревоги, нежели у девочек.

Изучение анамнеза детей, перенесших лишения военного времени, показало, что неблагоприятные жизненные события предрасполагают к отдаленному риску психических отклонений, но оценка самих событий не может сама по себе определить их долговременный эффект, при этом должны браться в соображение особенности развития ребенка - как психологические, так и физиологические.

Обследуя детей в возрасте от 1,5 до 16 лет, пострадавших в результате терактов в городах Буденновске и Кизляре, нами были выделены следующие клинические варианты ПТСР: 1) с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей; и 2) астенодепрессивный.

Для варианта с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей характерно доминирование в сознании детей образных и идеаторных переживаний (страхов), связанных с содержанием психотравмирующей ситуации, воспоминаниями и устрашающими сновидениями того же содержания, стремлением избежать ситуаций, способствующих возобновлению психотравмирующих переживаний. Также при этом варианте в единичных случаях наблюдались компульсии в виде навязчивых лицевых тиков, морганий, подергиваний.

Для детей раннего возраста характерны страхи сверхценного содержания, такие как страх резких звуков, выстрелов, оружия, людей в военной форме, самолетов, больших машин. Страхи часто возникают внезапно или при незначительных провоцирующих факторах и в некоторых случаях достигают панического состояния - дети стремятся убежать, спрятаться, кричат, плачут. Настроение у детей лабильно, со склонностью к капризности, плаксивости, раздражительности. Преобладает психомоторная расторможенность, в то же время дети отказываются от общения, не отрываются от матери. Следует отметить, что в этом возрасте данная симптоматика зачастую индуцировалась матерью.

#### **Марина К., 3 г.**

Жалобы: на страхи «больших мужчин с бородами», резких звуков, игрушечных пистолетов, частые ночные пробуждения - просыпается, кричит, долго не успокаивается.

Из анамнеза: раннее развитие своевременное. Попала в заложники вместе с бабушкой, боевики выбили дверь и забрали их из дома. Девочка была сильно напугана, в течение первых 2-3 часов плакала, кричала. Затем «застыла», выглядела оцепеневшей, в течение 3 дней не спала, практически ничего не ела. По возвращении отказывалась заходить в дом, кричала, плакала, стремилась убежать. Спустя 2 дня девочку увезли в Ставрополь, «чтобы все забыла». В Ставрополе, проходя мимо тира, она увидела стенд с изображением мужчины с винтовкой, после чего вновь сильно испугалась, закрыла руками уши, присела, кричала, плакала, не успокаивалась в течение 3 часов. Последующие 3 мес. подобные реакции возникали при виде самолетов, машин, вахтовых автобусов («раненых привезли»). Затем состояние несколько улучшилось - страхи уменьшились, стала более спокойной, реже просыпалась по ночам. В январе 1996 г., увидев по телевизору события в Кизляре, вновь была сильно испугана, долго не успокаивалась, подробно рассказывала, как они с бабушкой находились в заложниках. Опять усилились страхи, капризность, раздражительность, плакси-

вость, участились ночные пробуждения. Такое состояние наблюдалось до июля 1996 г.

Психический статус: контакту доступна, ориентирована. Застенчива, улыбчива. Чрезмерно подвижна, с трудом удерживается на месте. На вопросы отвечает скупой, часто вместо ответа улыбается или кивает, при вопросах о теракте скучнеет, на глазах появляются слезы, затем отказывается отвечать. Голос тихий. Рассказала, что часто бывает «страшно и скучно, хочется плакать». Такое состояние бывает, когда «вспоминает войну». Часто снятся страшные сны про «войну», из-за них просыпается и плачет по ночам. Настроение лабильно, фон его несколько снижен. Мышление без особенностей. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствует возрасту. Внимание отвлекаемо, память в норме.

Диагноз: ПТСР, вариант с преобладанием сверхценных страхов.

Лечение: возрастные дозировки тералена, успокаивающий сбор, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, игровая психотерапия.

Спустя 2 недели после проводимого лечения состояние улучшилось - уменьшились страхи, девочка стала спокойнее, менее капризной, раздражительной, реже просыпалась по ночам.

В старшем дошкольном возрасте также преобладают страхи сверхценного содержания, возникающие внезапно или при незначительных раздражителях, иногда достигающие уровня паники; Страхи разворачиваются на фоне сниженного настроения, глубиной от субдепрессивного до депрессий, иногда доходящих до психотического уровня, с преобладанием аффекта скуки. Из психомоторных нарушений преобладает расторможенность. Соматовегетативные расстройства представлены нарушениями сна в виде затрудненного засыпания, частых ночных пробуждений; гипергидрозом; жалобами на боли в животе и мышечные боли. В единичных случаях встречались моносимптомные нарушения в виде заикания, энуреза.

**Виктор М., 5 лет.**

Жалобы: на капризность, раздражительность, сниженное настроение, плаксивость, беспокойный сон, сниженный аппетит, частые жалобы на боли в животе и мышечные боли.

Из анамнеза: раннее развитие своевременное. 14.04.95 г. семья находилась в центре г. Буденновска, ждали возвращения отца. Утром услышали выстрелы, взрывы, увидели бегущих людей, машины с боевиками, от соседей узнали, что напали чеченцы. Мальчик был испуган, метался, прятался, отказывался от еды. Вечером сообщили, что отца тяжело ранили и он находится в реанимации. В последующие дни теракта был пугливым, прятался при резких звуках, плакал. Часто спрашивал об отце, матери. Сон стал очень беспокойным - во сне разговаривал, плакал, кричал. Аппетит был снижен. Спустя неделю состояние несколько улучшилось - уменьшились страхи, стал менее плаксивым. Через месяц умер отец. Ребенок присутствовал на похоронах, плакал, переживал, уговаривал папу «встать», не мог понять, что происходит. В течение последующих 2 недель мать водила его на кладбище, плакала, разговаривала с отцом. На кладбище находились целыми днями. Мальчик плакал, уговаривал мать уйти. В этот период стал раздражительным, беспокойным, агрессивным по отношению к родным, двигательнo расторможенным. Отказывался отрываться от матери, кричал, если мать пыталась куда-нибудь уйти без него. Вновь усилились страхи, ухудшился сон, снизился аппетит. Стал малоигривым, плаксивым, настроение все время снижено.

Психический статус: сознание ясное, ориентирован. На беседу пошел неохотно, отказался сесть, прижимается к матери, стремится скорее уйти, дергает мать. Двигательно расторможен. Выражение лица печальное, глаза грустные. К игрушкам интереса не проявляет. Рассказал, что очень скучает по отцу, ждет, что отец вернется. Сказал, что был сильно испуган во время «войны», что боится нападения, выстрелов, резких звуков, самолетов. «Играл в похороны» - хоронил воробья. Сказал, что «часто стал болеть живот и все остальное», «стало скучно и не играется». Себя характеризует «больше плохим, злым». Фон настроения снижен, аффект скуки с дисфорическими включениями. Внимание отвлекаемо, память в пределах нормы. Запас знаний и представлений, словарный запас в пределах высокой возрастной нормы.

Диагноз: ПТСР, депрессивно-фобический синдром, вариант с преобладанием сверхценных страхов и навязчивостей.

Лечение: возрастные дозы amitriptилина, тералена, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, игровая психотерапия.

В младшем школьном возрасте преобладали навязчивые страхи с активным желанием избавиться от них. Страхи приводили к отказам от общения, нежеланию выходить из дома. Эмоциональные нарушения были представлены депрессивными расстройствами разной глубины с преобладанием аффектов скуки и печали, с частыми дисфорическими включениями. Психомоторные нарушения в равной степени могли быть представлены как заторможенностью, так и расторможенностью. Часто встречались жалобы на головную боль, боли в

мышцах. Также наблюдались нарушения сна в виде затрудненного засыпания, ночных пробуждений.

**Светлана С., 9 лет.**

Жалобы: на страхи резких звуков, нападения, боязнь выйти на улицу, беспокойный сон, частые ночные пробуждения, кошмарные сновидения, воспоминания о теракте, тревогу, плаксивость, раздражительность, сниженное настроение.

Из анамнеза: во время нападения на Буденновск девочка с матерью попали под обстрел. Девочка сильно испугалась, ее бил озноб, она кричала, плакала переживала за родных. Все дни теракта была напряжена, появился страх резких звуков, выстрелов, отказывалась выходить из дома, перестала играть, постоянно смотрела новости, настроение было сниженным. Пропадал аппетит, в течение первых 2 суток ничего не ела, затем стала есть, но аппетит был снижен. Сон был кратковременным и беспокойным, с частыми пробуждениями. Такое состояние длилось около 4 недель, затем незначительно улучшилось - девочка стала менее напряженной, удлинился сон, стала выходить на улицу. Сохраняются сниженное настроение, раздражительность, конфликтность, некоторая напряженность, тревога, страхи, частные ночные пробуждения, сниженный аппетит. Появились головные боли, возникающие после испуга. Отказывается общаться с подругами, ничего не хочет делать, пассивна.

Психический статус: сознание ясное, ориентирована. На беседу пошла спокойно, подвижна. Мимика и жесты адекватны ситуации. Выражение лица настороженное, с оттенком грусти. Ищет помощи, подробно рассказывает о своих переживаниях. Рассказала, что была сильно испугана во время теракта, «особенно, когда попали под обстрел». В последующие дни ничего делать не хотелось, «страшно было выходить на улицу, засыпать», часто просыпалась из-за страшных снов, повторяющих теракт. Постоянно чувствует тревогу, беспокоится о родных. Часто возникают страхи из-за резких звуков, летающих самолетов, в эти моменты начинает болеть голова. Бойтись повторного нападения, войны, смерти. Свой отказ от общения с подругами объясняет тем, что «они своими разговорами напоминают о войне». Страхи усиливаются к вечеру, проверяет дома все запоры. Настроение снижено, характеризует его как «печальное и злое», ухудшается к вечеру. Самооценка снижена, иногда возникают суицидальные мысли. Пессимистическое отношение к будущему. Мышление без особенностей. Внимание, память в норме. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствует возрасту. К своему состоянию критична, стремится избавиться от страхов и «плохого» настроения.

Диагноз: ПТСР, вариант с преобладанием навязчивых страхов, депрессивно-фобический синдром.

Лечение: возрастные дозы амитриптилина, тералена, феназепам, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, рациональная психотерапия.

В подростковом возрасте вариант с преобладанием сверхценных страхов и фобий встречается в единичных случаях и клинически близок к варианту, встречаемому в младшем школьном возрасте.

Астенодепрессивный вариант преимущественно характерен для детей младшего школьного возраста и подростков. Ему присуще чувство упадка сил, переутомления, повышенной возбудимости и истощаемости, ослабления внимания, сниженного настроения с аффектом скуки или печали, часто с оттенком раздражительности, неудовольствия, капризности. Вспышки раздражительности, вспыльчивости непродолжительны и часто заканчиваются слезами. Способность к концентрации внимания снижена, внимание истощаемо, отвлекаемо. Среди нарушений сна преобладают затрудненное позднее засыпание, частые ночные пробуждения, ощущение разбитости после сна, даже достаточного по продолжительности. Часто встречаются соматовегетативные симптомы в виде слабости, гипергидроза, болевых ощущений в области сердца, в животе, мигреноподобные головные боли, миалгии. Дети заторможены, малоактивны. Часты отказы от общения, деятельности, стремление не отрываться от родных.

**Маргарита П., 11 лет.**

Жалобы: на плаксивость, обидчивость, раздражительность, утомляемость, снижение аппетита (похудела на 3 кг), затрудненное засыпание, разбитость при пробуждении, сонливость днем, напряженность, тревогу, сердцебиения, головные боли, появившиеся после теракта, частые воспоминания о пережитых событиях.

Из анамнеза: в начале теракта девочка с матерью находились на рынке, услышав стрельбу, убежали к знакомым, отсиделись в подвале. Девочка была сильно испугана, напряжена, но «держалась молодцом». Вечером вернулись домой, у нее поднялась температура до 39° С, держалась в течении 4 суток. В эти дни девочка не спала, стала «ватной», отказывалась от еды, побледнела. Говорила, что «все будет только хуже», боялась неизвестности, была напряжена. Жаловалась на постоянную тошноту, несколько раз была рвота. После теракта оставалась напряженной в течении 2 недель, спала на полу, сон стал беспокойным, аппетит

был снижен, похудела, стала плаксивой, обидчивой, раздражительной. В дальнейшем появились головные боли, сердцебиения, утомляемость, ощущение постоянной слабости; остается плаксивой, обидчивой, раздражительной, долго переживает все ссоры, конфликты, часто вспоминает пережитые события, в эти моменты становится печальной, слезливой. Впервые за все годы не хочет идти в школу, говорит, что «совсем не отдохнула», стала очень «взрослой», скучной.

Психический статус: сознание ясное, ориентирована. На беседу пошла спокойно, охотно. Выражение лица грустное. Малоподвижна, сидит ссутулившись, не меняя позы. Мимика и жесты адекватны ситуации. Голос тихий, выразительный, склонна к драматизации, в речи много «взрослых» штампов. Подробно рассказала о пережитых событиях, о том, что во время теракта «все время был страх, не могла осознать, что происходит, беспокоилась о родных, не могла найти себе места». В первые дни ничего не болело, но ощущала слабость, разбитость. Считает, что стала раздражительной, плаксивой, тревожной. Рассказала, что в поминальный день, идя по улице, «чувствовала, что если увижу цветы, венки - расплачусь, не смогу удержаться», «очень жаль всех погибших, ведь так нельзя, это не справедливо». Часто вспоминает теракт. Рассказала, что настроение «все время печальное, особенно к вечеру, печаль сердце сжимает». Говорит, что стала утомляемой, быстро устает, «даже читать трудно». Появились головные боли - «как тубетейка, сжимает». Считает, что стала «хуже, более сердитой, стал а часто ругаться с мамой». Настроение снижено, с оттенком печали, лабильно, во время беседы несколько раз начинает плакать. Внимание истощаемо, память в пределах нормы. Мышление без особенностей. Запас знаний и представлений, словарный запас соответствуют возрасту. К своему состоянию критична.

Диагноз: ПТСР, астенодепрессивный вариант у личности с истероидными чертами характера.

Лечение: возрастные дозы сонапакса, мелипрамина, феназепама, поливитамины, ванны с морской солью, хвойным экстрактом, отваром валерианы, рациональная психотерапия, психокоррекция.

Хотя психопатологические нарушения у детей различны, они зависят от определенного этапа заболевания.

На первом этапе состояние детей и подростков можно определить как острую психогенную реакцию, для которой характерными являются психомоторная расторможенность или, наоборот, оцепенение, ярко выраженные соматовегетативные расстройства, панические реакции, фобии, аффективные нарушения. Длительность этих состояний от нескольких часов до нескольких суток.

На втором этапе клинико-патологические проявления понимают более очерченные формы, которые мы разделили на варианты либо с преобладанием, сверхценных страхов и навязчивостей, либо астенодепрессивный с соответствующей симптоматикой. Длительность этого этапа от 1 до 6 мес.

В последующем наблюдается некоторая редукция симптоматики со склонностью к затяжному рецидивирующему течению и тенденцией к усилению характерологических черт, возможному патохарактерологическому развитию личности.

Проявления ПТСР оказывают сильное разрушительное воздействие на психические функции и, несомненно, нуждаются в коррекции. Для предотвращения хронических форм ПТСР необходимо немедленное лечение непосредственно сразу после психотравмы. В лечении ПТСР существенную роль играет фармакотерапия.

Очень эффективны препараты бензодиазепинового ряда, особенно при тревожных состояниях. Эти препараты успешно используются для улучшения коммуникабельности у тревожных больных, имеющих трудности в общении, а также для облегчения проведения с ними сеансов психотерапии. Для купирования приступов паники в структуре тревожно-фобических состояний рекомендуется использование алпрозолама и клоназепама. К другим анксиолитическим препаратам относятся антигистаминные средства. Причем, для лечения тревоги они используются в связи с побочным седативным эффектом. Следующая группа анксиолитических препаратов - бета-адреноблокаторы (пропранолол, анаприлин). Их целесообразно применять в тех случаях, когда тревога и психофизиологические стрессовые расстройства проявляются в первую очередь вегетосоматической симптоматикой! Показанием для применения бета-блокаторов также считаются социальные фобии.

Другая группа препаратов - трициклические антидепрессанты - с успехом применяется для лечения как тревожного, так и депрессивного компонентов у больных ПТСР. Одно из основных показаний к применению трициклических антидепрессантов - приступы паники, когда их использование может прекратить появление приступов.

Фенотиазины нашли широкое у пациентов с тревогой, гиперактивностью, растерянностью и расстрой-

ствами психотического уровня. Для пациентов, тяжело переносящих побочные действия данных препаратов, возможно применение бутирофенонов.

Определенный эффект дает сочетание медикаментозной и психотерапии, индивидуальной и семейной.

В военной психиатрии рекомендуются 3 классических принципа лечения острой реакции на военный стресс: безотлагательность, приближенность и надежда. В комплексной системе реабилитации детей и подростков с ПТСР семейная психотерапия является одним из главных методов (В.В. Ковалев, Н.К. Асанова, 1993). Основными задачами семейной психотерапии являются помощь семье в решении проблем, возникших перед ней в связи с нервно-психическими расстройствами у ребенка или подростка, содействие развитию взаимоотношений в семье по конструктивному пути, ослабление напряженности, отвлечение ребенка от психотравмирующих переживаний. Положительный семейный опыт и последующее высокое качество межперсональных отношений оставляют возможность облегчения последствий психотравмы.

Цель индивидуальной психокоррекционной работы с детьми, пострадавшими в результате военных конфликтов, стихийных бедствий, катастроф, должна состоять в уменьшении тревоги и внутреннего напряжения путем отреагирования переживаний в рисунках, фантазиях, играх. У подростков возможно проведение кратковременной психотерапии, направленной на преодоление пациентом травматических воспоминаний и болезненных переживаний путем превращения их в нормальное, контролируемое содержание человеческого жизненного опыта.

К сожалению, в настоящее время не выработано единого подхода к лечению ПТСР. Проводимое лечение - как медикаментозное, так и психотерапевтическое - направлено в основном на снятие отдельных симптомов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1993. - 400 с.
2. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991. - 97 с.
3. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П., Юров В.В. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на Чернобыльской АЭС). Журн. невропатол. и психиатр. М., 1989. Т. 89, вып. 5. - С. 111-117.
4. Боев И.В., Зубов А.А., Чайкина Л.И. и др. Тактика антистрессовой терапии у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами - заложников и лиц, пострадавших в результате террористического акта в июне 1995 г. в г. Буденновске: Семинар. Ставрополь, 1995. - 13 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М., 1979. - 607 с.
6. Ковалев В.В., Асанова Н.К. Формы и методы лечебно-реабилитационных мероприятий при нервно-психических расстройствах у детей и подростков, перенесших катастрофы: Метод. М., 1993. - 18 с.
7. Краснянский А.Н., Морозов П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны. // Мат. 12 съезда психиатров России. М., 1995. - С. 161-162.
8. Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М., 1958. - 216 с.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т. 1. - 458 с.
10. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. - Т. 2. - 406 с.

**Н. М. Иовчук**

### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЛИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)**

Среди методов профилактики детских аффективных психозов центральное место принадлежит превентивной литиевой терапии, высокая эффективность которой подтверждена многолетними исследованиями в психиатрической клинике взрослых, детей и подростков. К сожалению, как показывает практика последних лет, детские и подростковые психиатры все меньше используют препараты лития, хотя по простоте и надежности терапии ими сопоставима только с правильно организованным профилактическим применением финлепсина. Однако финлепсин дорог и вызывает крайне субъективно неприятные для ребенка побочные явления.

Первое сообщение о применении соли лития в детской психиатрической клинике появилось в 1959 г. - через 10 лет после открытия Gade (1949) антимианкального свойства лития. Авторами указанной работы

явились Van Krevelen и Van Voort, описавшие при лечении карбонатом лития редукцию биполярных фазных расстройств у 14-летнего мальчика. Таким образом, они по существу впервые обнаружили новое, еще никем не описанное свойство лития, хотя и не сумели квалифицировать его как профилактическое. В дальнейшем в нашей стране и за рубежом были проведены исследования, подтвердившие специфическое действие лития на аффективную симптоматику у детей и подростков. Было также отмечено, что дети и подростки хорошо переносят терапию литием и оказываются менее подверженными побочным действиям препарата, чем взрослые. Такие результаты позволили рекомендовать препараты лития для широкого применения в детско-подростковой психиатрической клинике.

Литий - элемент из группы щелочных металлов. В лечебных целях используются соли лития: уксуснокислый, лимоннокислый, сернокислый, углекислый литий, глюконат и оксидутират лития. В России в основном используется углекислый литий (*Lithium carbonicum, Lithii carbonas*). Форма выпуска - таблетки, покрытые оболочкой, по 300 мг.

Установлено, что ионы лития влияют на транспорт ионов натрия в нервных и мышечных клетках, вследствие чего литий выступает как антагонист ионов натрия. Кроме того, часть функций минерального обмена в тканях (например, в почках) литий выполняет как натрий, а часть как кальций или магний. Под влиянием лития уменьшается количество свободного норадреналина, действующего на адренорецепторы в тканях мозга. Имеются данные о его антисеротонинергическом действии. Ионы лития повышают чувствительность нейронов гиппокампа и других областей мозга к действию дофамина. Таким образом, литий активно влияет на протекающие в тканях мозга нейрохимические процессы, что может лежать в основе его терапевтического влияния на психические заболевания.

#### ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ЛИТИЯ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Следует разделять профилактические и лечебные свойства препаратов лития. Как средство **превентивной терапии** соли лития показаны при биполярных и монополярных, имеющих тенденцию к повторяемости аффективных и шизоаффективных приступах (при циклотимии, циркулярной шизофрении, органическом периодическом психозе). В качестве необходимого условия для отбора больных к превентивной терапии литием должны служить два основных признака: преобладание аффективных расстройств в приступах или фазах и их периодичность. Профилактическое лечение препаратами лития показано при периодически возникающих депрессивных, маниакальных или сдвоенных приступах, разделенных светлыми промежутками; при континуальном, безремиссионном течении; тимопатических ремиссиях (то есть нажитой циркулярности, наступившей после развернутого психотического приступа). Чем раньше начинается лечение, тем к более благоприятным результатам оно приводит. Учитывая, что аффективные приступы в пубертатном возрасте чаще всего характеризуются биполярностью, а течение носит характер серийного или континуального, литий подросткам следует назначать сразу же после первого аффективного приступа или во время него в тех случаях, когда он содержит признаки полярного аффекта и когда инициальные расстройства и ремиссия включают стертые аффективные расстройства фазного характера. Применение препаратов лития при затяжных депрессивных и субдепрессивных приступах у детей и подростков недостаточно эффективно. Назначение лития больным с выраженными чертами личностного дефекта и задержкой развития также является нецелесообразным в связи с частотой побочных явлений (ожирением, полидипсией, полиурией и связанным с ней энурезом), а также ввиду невозможности для таких больных регулярного лабораторного и врачебного контроля.

**С лечебной целью** литий показан при маниакальных состояниях, в том числе при затяжных и хронических маниах и гипоманиях. В этих случаях также следует учитывать степень выраженности личностного дефекта и задержки развития.

Препараты лития можно назначать детям с 5-летнего возраста. Действие лития на детей младшего дошкольного возраста пока недостаточно изучено.

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СОЛЕЙ ЛИТИЯ

Противопоказаниями для литиевой терапии являются:

- 1) заболевания почек с признаками почечной недостаточности;
- 2) заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации;
- 3) заболевания эндокринной системы;
- 4) все заболевания, при которых необходима бессолевая диета.

#### МЕТОДИКА ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Перед началом терапии препаратами лития проводится тщательное обследование больного педиатром с целью исключения заболеваний, являющихся противопоказанием к такому лечению.

Наиболее удачным временем начала литиевой терапии являются светлый промежуток после окончания депрессивной фазы или на маниакальное/гипоманиакальное состояние. Приступать к лечению литием в период адинамической или вялой апатической депрессии не рекомендуется, поскольку депрессия в этих случаях может приобрести затяжной характер. В то же время не исключается введение лечения литием в момент тревожной, боязливой, дисфорической депрессий, особенно если имеют место раптоидные состояния, состояния тревожной ажитации или очерченные эпизоды возбуждения со злобностью, брутальностью и истероформными проявлениями.

В настоящее время, как было отмечено, в клинике в основном используется углекислый литий. В тех случаях, когда применяются другие соли лития, следует произвести перерасчет, исходя из эквивалентных доз лития: 1 миллиэквивалент лития (6,9 мг) содержится в 37 мг карбоната лития, 66 мг ацетата лития, 94 мг цитрата лития, 110 мг оксибутирата и 200 мг глюконата лития. Таким образом, при использовании других солей лития доза должна быть больше, чем доза карбоната лития.

Первая дневная доза карбоната лития составляет для больных препубертатного и подросткового возраста 150 мг (1/2 табл.), для детей моложе 10 лет - 100 мг (1/3 табл.). С первых же дней лечения суточная доза препарата должна быть распределена равномерно на 3-4 приема. В дальнейшем суточная доза карбоната лития наращивается постепенно в течение 7-10 дней за счет ее ежедневного увеличения на 100-150 мг. При этом через каждые 1-2 дня делается перерыв в наращивании дозировки на 1-3 дня. Так, в первый день подросток получает 150 мг карбоната лития, на второй день - 300 мг, на третий - снова 300 мг, на четвертый - 450 мг, на пятый - 600 мг, затем снова делается перерыв в увеличении дозы. Через 7-10 дней после начала лечения суточная доза карбоната лития должна в 4-6 раз превышать количество препарата, данное в первые сутки. Первый анализ крови на уровень лития назначается через 3-4 недели после начала лечения при суточной дозе равной 600-900 мг (2-3 табл.) у подростков и 450-600 мг (1,5-2 табл.) у детей.

В тех случаях, когда у больных на первой стадии лечения появляются побочные явления в виде диспептических расстройств (понос, тошнота, рвота), литий не отменяют, но прекращают увеличение его дозы вплоть до исчезновения указанных явлений. В последующие дни продолжается осторожное наращивание дозы препарата.

Суточная доза препарата лития определяется индивидуально для каждого больного в зависимости от уровня лития в сыворотке крови. При профилактическом лечении детей и подростков оптимальным считается содержание лития в крови от 0,4 до 0,8 мэкв/литр. Опыт показывает, что достижение концентрации лития в сыворотке крови 0,4 мэкв/литр оказывает отчетливое клинически определяемое и статистически доказываемое профилактическое действие. При уровне лития в крови ниже 0,4 мэкв/литр лечение, как правило, не является эффективным и дозу лития необходимо повысить. Если же концентрация лития в крови превышает 0,8 мэкв/литр, то дозировка снижается во избежание интоксикации. Для достижения устойчивого уровня лития в крови рекомендуется равномерное распределение суточной дозы препарата в течение всего дня, желательно в 3 приема. Если количество таблеток не кратно 3, то большая доза назначается на ночь с учетом того, что ночной перерыв наиболее длителен. Для предотвращения раздражающего действия лития на слизистую желудка прием его назначается после или во время еды. Максимальная суточная доза карбоната лития при профилактическом лечении у подростков равняется 1200 мг (4 таблетки), а у детей до 10-летнего возраста - 750 мг.

Следует заметить, что дети и подростки чрезвычайно толерантны к солям лития. Они хорошо переносят терапию, но для достижения положительного эффекта необходимы более высокие дозы препарата, часто превышающие дозы лития у взрослых. Это объясняется тем, что литиевый клиренс у лиц до 17-летнего возраста очень высок. Недостаточные дозы препарата не приносят желаемого эффекта. Тем не менее в связи с гипотетической возможностью интоксикации терапия литием детей и подростков требует определенной осторожности, в частности, в отношении более частого определения содержания лития в крови и тщательного регулярного профилактического терапевтического осмотра.

На протяжении всего профилактического лечения дозировка соли лития должна постоянно корректироваться с учетом состояния больного и уровня лития в крови. Определение содержания лития проводится в первые полгода после начала лечения один раз в месяц, во втором полугодии лечения - один раз в 2 месяца, а в дальнейшем не реже одного раза в 3-4 месяца.

При полном исчезновении аффективной симптоматики контроль за содержанием лития в крови продолжается с той же регулярностью. Дозировка препарата по-прежнему меняется в зависимости от содержания лития в крови.

Во время превентивной терапии препаратами лития подробное соматическое обследование проводится каждому больному не реже одного раза в год. Раз в год обязателен также лабораторный контроль за кровью, мочой и остаточным азотом в крови. Все эти предосторожности объясняются необходимостью исключения возникших уже после начала литиевой терапии заболеваний, при которых такое лечение противопоказано.

Если на фоне лечения возникает маниакальное состояние, то доза лития увеличивается. Возможно также назначение любых психотропных средств, показанных при лечении мании. Депрессивные состояния, возникшие несмотря на лечение препаратами лития, лечат соответствующими антидепрессантами. Препараты лития в этом случае не отменяются.

#### КОНТРОЛЬ ЗА КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ЛИТИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Определение уровня лития в крови производится утром до первого приема лития, через 10-12 часов после вечернего приема препарата. Только в этом случае результаты анализа отражают истинную концентрацию лития в сыворотке крови. Исследование содержания лития осуществляется с помощью спектрофотометрии.

#### ДИНАМИКА АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ПРЕВЕНТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СОЛЯМИ ЛИТИЯ

Изменение клинической картины болезни в ходе превентивной терапии солями лития происходит в двух направлениях: с одной стороны, меняется течение процесса с урежением, укорочением приступов/фаз, с другой стороны, меняется и клиническая картина каждой последующей аффективной фазы с видоизменением и редукцией симптоматики.

Эффект профилактической терапии литием проявляется обычно уже в первые 2-5 мес. после ее введения. Особенно быстрый положительный результат наблюдается при лечении больных с кратковременными (от нескольких дней до одного месяца) и частыми аффективными фазами, непрерывно сменяющими друг друга или разделенными короткими светлыми промежутками.

Опыт применения лития в клинике взрослых показывает, что хуже всего профилактической терапии поддаются больные с континуальным типом течения, особенно при коротких частых фазах. Напротив, при подобном типе течения аффективного психоза у детей и подростков лечение литием оказывается наиболее эффективным. В первые месяцы после начала превентивной терапии в этих случаях, как правило, депрессивные и маниакальные фазы укорачиваются, появляются интервалы между ними, постепенно удлиняющиеся на фоне лечения. Последующий приступ в большинстве случаев развивается и после начала лечения, но отличается от предшествующих меньшей длительностью и рудиментарностью симптоматики. В дальнейшем аффективные приступы или совсем исчезают или сохраняются укороченные стертые аффективные расстройства, часто совпадающие с прежними приступами по сезонному признаку. Такие состояния уже не требуют госпитализации и обычно купируются присоединением симптоматической терапии без отмены лития. При многолетней терапии литием исчезают и эти редуцированные приступы.

Крайне редко происходит углубление психопатологических расстройств вплоть до острых психотических. На фоне депрессивного или маниакального аффекта возникает параноидная, гебефреническая, кратковременная кататоно-онейроидная симптоматика. В этих случаях не следует прекращать терапию, содержание лития в крови необходимо поддерживать оптимальным (0,4-0,8 мэкв/литр). Обычно через 8 мес.-1,5 года после начала лечения и у этих больных уже можно отметить положительную динамику. В дальнейшем видоизменение клинических проявлений болезни происходит тем же путем, что было описано выше.

После начала лечения препаратами лития одновременно с изменениями длительности и частоты приступов видоизменяется и их симптоматика, в первую очередь за счет уменьшения собственно тимического компонента аффективного синдрома.

Депрессивные состояния утрачивают остроту и витальный компонент. У больных проходит чувство безысходности, непереносимости состояния, ослабевают внутреннее напряжение, исчезают мысли о самоубийстве. От приступа к приступу редуцируются и затем исчезают депрессивные идеи виновности, самообвинения, малоценности, сенситивные идеи отношения. Отмечается выраженное сглаживание деперсонализационно-дерелизационных и анестетических расстройств. Постепенно уменьшается выраженность тревоги, страха, ипохондрических опасений. Сглаживается также свойственный ранее депрессиям дисфорический оттенок. В дальнейшем происходит ослабление идеаторной и моторной заторможенности, значительно облегчается общение больных с окружающими. Становятся менее выраженными расстройства сна, аппетита, склонность к запорам. Таким образом, депрессивный синдром в значительной мере утрачивает собственно аффективный характер. У больных с адинамической депрессией видоизменение клинической картины про-

исходит, в основном, за счет снижения выраженности расстройства анергического полюса.

Через несколько месяцев после начала терапии депрессивные фазы становятся короткими и стертыми, выражающимися лишь в небольшом нарушении самочувствия, снижении работоспособности, ощущении усталости, слабости. Иногда эта редуцированная симптоматика сохраняется лишь в первой половине дня, а во второй половине дня больные не отмечают никаких признаков депрессии.

Изменение структуры маниакальных фаз имеет принципиально то же содержание, что и при видоизменении депрессивного синдрома, то есть маниакальный аффект лишается, в первую очередь, тимического, витального компонента. Исчезают неадекватная веселость, довольство своим самочувствием, радужное восприятие мира, повышенная самооценка, сглаживаются раздражительность и гневливость. Значительно позже редуцируются идеаторные и двигательные расстройства, повышенное стремление к деятельности, многоречивость, отвлекаемость, нарушение сна, повышение влечений. Меняется самоощущение: больные впервые начинают осознавать болезненный характер этих состояний и тягостятся ими. Они постоянно контролируют свои мысли, поведение, самочувствие. Вскоре после начала лечения литием исчезает присущая маниакальным состояниям грубая дезорганизация поведения, сохраняются работоспособность и социальная адаптация. Наиболее стойкими являются мании с гебефреническими включениями, но при длительной и непрерывной терапии литием постепенно ослабевает, а затем исчезает и эта симптоматика.

В процессе превентивной терапии претерпевает существенную динамику и отношение подростков к своему заболеванию. Появляется критика к своему состоянию, причем не только в промежутках между приступами, но и в самих приступах. В то же время больные перестают относиться к своей болезни как к неизбежности, обретают надежду на выздоровление, все более заинтересованно и пунктуально относятся к приему лекарств, контролю за содержанием лития в крови и т.д. С годами нарастает привязанность к лечению. Больные начинают контролировать свое состояние, малейшие изменения в нем, анализировать свои поступки, высказывания, отношения с окружающими, свою реакцию на внешние события.

У большинства больных через 1-1,5 года после начала терапии литием восстанавливаются прежние работоспособность, активность, продуктивность, они возобновляют учебные занятия. Если до лечения препаратами лития многие больные почти непрерывно находятся в психиатрической больнице, то в дальнейшем показания для госпитализации исчезают совсем.

В каждом индивидуальном случае эффективность превентивной терапии литием должна рассматриваться с учетом следующих критериев: 1) укорочение фаз; 2) увеличение продолжительности светлых промежутков; 3) ослабление аффективной симптоматики; 4) полное исчезновение фаз; 5) урежение госпитализаций.

Для простоты оценки эффективности терапии солями лития рекомендуется подсчет количества дней болезни и числа стационаризований в равные промежутки времени до и после начала лечения.

Превентивная терапия препаратами лития в детском возрасте имеет положительные результаты, но в целом ее эффективность ниже, чем у подростков, часто демонстрирующих полное исчезновение аффективных фаз в процессе терапии. У детей до 11-12-летнего возраста чаще всего не наступает полной редукции аффективных расстройств в процессе терапии литием. При хронической гипомании сохраняются признаки возбуждения, хотя и значительно ослабленные, лишены обострений и грубых нарушений поведения. При монополярных фазах депрессии становятся более короткими, стертыми и проявляются преимущественно анергическими расстройствами. У этих больных литий не препятствует возникновению после 10-летнего возраста первой гипоманиакальной фазы, но она на фоне профилактического лечения всегда протекает на субклиническом уровне. При лечении литием не отмечается и полного исчезновения биполярных фаз (до пубертата), хотя они значительно урежаются, укорачиваются, теряют выраженность тревога и страх. Между тем в процессе литиевой профилактики у детей утрачиваются поводы для стационаризования; вместе с редукцией депрессивных идей и «депрессивного аутизма» появляются реальные возможности для преодоления школьной дизадаптации. В дальнейшем, по достижении 12-13-летнего возраста, отмечается ощутимый сдвиг в сторону литического редуцирования аффективной симптоматики. При хронических гипоманиях продуктивная симптоматика полностью не исчезает, хотя и наблюдается стабилизация процесса с улучшением социальной адаптации. Таким образом, оценка истинной эффективности превентивной терапии литием становится возможной по достижении пубертатного возраста - через 3-4 года после ее начала.

#### ЛЕЧЕНИЕ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Превентивную терапию препаратами лития часто начинают в период маниакального состояния. При этом вводить лечение препаратами лития можно на любой стадии маниакального приступа. В терапевтических целях можно наращивать дозы быстрее, чем при начале превентивной терапии в межприступном пе-

риоде или в депрессивном состоянии. Максимальная суточная доза при лечении маний у подростков может быть равна 1500 мг, у ребенка (до 12-летнего возраста) - 1050 мг. Содержание лития в крови контролируется в этих случаях каждые 2-3 дня. При лечении тяжелого маниакального состояния допустимо содержание лития в крови до 0,8 экв/литр. Соли лития могут сочетаться с любыми нейролептиками (галоперидолом, мажептилом, аминазином, сонатаксом, лепонексом и т.д.). При исчезновении маниакальных расстройств, в том случае, когда решено продолжать лечение литием с профилактической целью, дозу препарата уменьшают так, чтобы она была не выше 1200 мг в сутки (у подростка) и 750 мг (у ребенка). В дальнейшем превентивная терапия проводится так же, как было описано выше. Если при снижении дозы появляются признаки мании, следует вернуться к прежней дозе препарата.

При лечении препаратами лития маниакальных состояний терапевтический эффект проявляется на 3-5 день. В дальнейшем, в зависимости от тяжести состояния больного и быстроты наращивания дозы лития, наступает максимальный эффект терапии (обычно на 12-14 день). Литий равномерно влияет на отдельные симптомы мании: постепенно нормализуются идеаторные, моторные и собственно аффективные расстройства. При этом обычно отсутствуют признаки, сопровождающие лечение нейролептиками: угнетенность, заторможенность, снижение продуктивности, целенаправленности мышления.

Изолированное введение карбоната лития в лечебных дозах (до 750 мг в дошкольном и 1050 мг в младшем школьном возрасте), как правило, не купирует выраженной мании, но безусловно снижает возбуждение при условии сочетания лития с нейролептической антиманиакальной терапией. В то же время благодаря способности лития предотвращать остроту последующей фазы, ценность его введения на фоне маниакального возбуждения неоспорима.

Терапия гипоманиакальных фаз ввиду незначительной выраженности возбуждения более проста и в основном проводится в амбулаторных условиях, за исключением случаев с выраженными поведенческими расстройствами. Во многих случаях гипомания фазного характера купируется карбонатом лития. При недостаточном антиманиакальном эффекте лечение литием дополняется назначением сонатакса.

#### ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛИТИЯ

Дети и подростки хорошо переносят лечение карбонатом лития. Побочные явления возникают у них значительно реже, чем у взрослых. Наиболее распространенной реакцией на введение солей лития в первые 1-2 недели являются диспептические расстройства: тошнота, рвота, понос, боли и тяжесть в эпигастриальной области. В случае появления этих симптомов следует прекратить наращивание дозы препарата. Через 2-3 дня после исчезновения диспептических расстройств можно приступать к дальнейшему ее увеличению. Как правило, специального лечения, купирующего диспептические явления, не требуется. Однако надо помнить, что углекислый литий за счет действия кислотного остатка понижает кислотность желудочного сока, поэтому у больных с пониженной кислотностью при лечении карбонатом лития могут длительно сохраняться тошнота, рвота, отрыжка. Таким больным показано назначение желудочного сока, соляной кислоты или замена карбоната лития другой солью лития - цитратом или ацетатом.

Иногда в первые месяцы после начала лечения у детей и подростков появляется повышенная жажда. Больные могут выпивать до 5-7 литров жидкости в день. Учащается мочеиспускание. Удельный вес мочи может падать до 1,0. У некоторых больных возникшее состояние напоминает несахарный диабет. В этих случаях необходимо ограничивать прием жидкости. Родители больных и больничные персонал обязаны следить за количеством выпиваемой жидкости. Иногда приходится уменьшать дозу лития на длительное время. Полидипсия и полиурия постепенно ослабевают и затем почти всегда исчезают полностью. В тех случаях, когда эти побочные явления носят упорный характер и не исчезают в течение 2-3 месяцев, необходимо ввести лечение, обычно применяемое у больных несахарным диабетом. Таким больным показаны препараты, обладающие антидиуретическим действием: хлорпропамид, адиурекрин, питуитрин, дихлотиазид. Полиурия и полидипсия представляют большие трудности для лечения больных с признаками умственной отсталости. У них вслед за полидипсией и полиурией обычно возникает энурез, не поддающийся обычной терапии.

Ожирение, отмечаемое как следствие терапии литием у взрослых, у детей и подростков встречается крайне редко. У некоторых больных (чаще у девочек) в первые 1-1,5 года после начала лечения отмечается нарастание массы тела, все же не достигающее степени ожирения. Постепенно, без специальной диеты и лечения, масса тела больных приходит к норме. Исключение составляют больные с выраженным дефектом и слабоумием, у которых вслед за полидипсией появляются повышенный аппетит и ожирение.

Тремор рук возникает у детей и подростков нечасто и почти всегда связан с передозировкой лития.

При появлении тремора необходимо прежде всего снизить дозу лития. Обычные антипаркинсонические препараты не купируют тремор, вызванный препаратами лития. Положительное влияние в этих случаях оказывает прием обзидана (бета-адрено-блокатор) по 0,01-2-3 раза в день или инъекции витамина В<sub>6</sub> (по 1,0-2,0-5% раствора).

У взрослых при лечении солями лития, особенно в первые дни и недели после его начала, могут наблюдаться и другие побочные явления: чувство общего недомогания, боли в теле, головокружение, сонливость, ощущение усталости, мышечная слабость, а также аллергические явления в виде зуда, кожных высыпаний, отеков. Перечисленные расстройства при терапии литием в детской клинике, как правило, не отмечаются.

При многолетнем лечении литием по достижении больными зрелого возраста отмечена порча зубной эмали и, реже, возникновение парадонтоза.

Интоксикация солями лития может возникнуть в том случае, если уровень лития в крови превышает 1,2 мэкв/литр. При правильной организации лечения и контроля за концентрацией лития в крови интоксикации у детей и подростков не возникает, что подтверждается отсутствием описаний случаев интоксикации в отечественной и зарубежной литературе. Тем не менее необходимо помнить, что передозировка лития может привести к тяжелым соматическим и неврологическим осложнениям. Картина отравления литием разворачивается постепенно, в течение нескольких дней. Продромальными симптомами являются вялость, диарея, потеря аппетита, тремор, сонливость, дизартрия. В особенно тяжелых случаях развивается кома с помрачением сознания типа глубокой оглушенности, гипертонусом мышц и повышением рефлексов. Иногда возникают судорожные припадки и односторонний паралич. При первых признаках интоксикации необходимо полностью прекратить введение солей лития, назначить обильное питье. Специфических антидотов для купирования отравления литием не существует, однако, учитывая конкурентные отношения между литием и натрием, рекомендуется применение больших доз хлористого натрия для ускорения выведения лития из организма. Пищевой рацион больного при литиевой интоксикации должен содержать повышенное количество поваренной соли. Показано также внутримышечное или внутривенное введение 5% раствора бикарбоната натрия и эуфиллина (перорально, внутримышечно или ректально). В тяжелых случаях применяется гемодиализ. Для борьбы с эпилептиформными припадками и гипертонией мышц вводится 0,5% раствор седуксена (1-3 мл).

В очень редких случаях в ходе лечения литием может выявляться скрытая неполноценность тех или иных органов или систем, возникают осложнения литиевой терапии, требующие специального лечения. К ним относятся, в частности, появление диффузного нетоксического зоба, обострение хронического холецистита, гастрита, цистита. Своевременная специфическая терапия этих заболеваний приводит к нормализации состояния больного, но встает вопрос о замене препаратов лития финлепсином или полной отмене превентивной литиевой терапии.

#### ОТМЕНА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛИТИЯ

Вопрос о длительности превентивного лечения и сроках полной отмены препаратов лития в каждом случае решается индивидуально с учетом клинических особенностей болезни. Не вызывает, однако, сомнений необходимость долговременной профилактической терапии. Одномоментная несвоевременная отмена лития после длительного лечения часто приводит к возобновлению аффективной симптоматики, а в некоторых случаях - к возникновению острых развернутых аффективных и шизоаффективных приступов, по глубине и длительности превосходящих все предыдущие. Больной и его родители еще до начала лечения должны быть предупреждены об опасностях несвоевременной отмены лития, о необходимости непрерывного и длительного лечения, регулярности врачебного и лабораторного контроля. В случае, если подростки не соглашаются с перечисленными условиями или их родители высказывают неуверенность в возможности соблюдения всех этих правил, превентивную терапию литием проводить не рекомендуется.

У детей и подростков отмена препаратов лития допускается только в случае возникновения тяжелых интеркуррентных заболеваний (сердца, почек, эндокринной системы) или серьезных побочных явлений, связанных с этим лечением. При улучшении соматического состояния больного терапия литием должна быть возобновлена или заменена терапией финлепсином в возможно более короткие сроки. Временный перерыв в лечении литием необходим также при инфекционных заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры. При температуре выше 38° препараты лития отменяются вплоть до нормализации температуры; при температуре не выше 38° литий не отменяется, но его суточная доза уменьшается в 1,5-2 раза. После устойчивой нормализации температуры доза лития постепенно (в течение 3-4 дней) наращива-

ется до исходной. Кратковременная отмена лития показана также при пищевых интоксикациях и заболеваниях желудочно-кишечного тракта с симптомами обезвоживания (поносом, рвотой). При исчезновении этих расстройств лечение сразу же возобновляется.

Клинико-катамнестические исследования последних лет показывают, что циклотимия и шизофрения с ведущими аффективными расстройствами при их дебюте в детском и подростковом возрасте имеют многолетний период аффективных проявлений, после чего происходит полная или частичная редукция психопатологических расстройств, и в подростковом или юношеском возрасте наступает длительная, стойкая ремиссия или интермиссия.

При циклотимии, циклотимоподобной шизофрении и шизоаффективном психозе дополнительным фактором, свидетельствующем о полном прекращении активности болезни или, напротив, о возможности ее возобновления, является реакция на отмену превентивной терапии литием. Анализ наблюдений за «несвоевременной» отменой лития показывает, что прекращение профилактического лечения является опасным только при шизоаффективном психозе и при незавершенном активном периоде болезни в рамках циклотимии и циклотимоподобной шизофрении: в этих случаях действительно происходит возврат к прежней симптоматике или возникают шизоаффективные приступы, более тяжелые, чем предыдущие. По завершении активного периода болезни при циклотимии и циклотимоподобной шизофрении отмена лития является не только не опасной, но и необходимой и своевременной.

С учетом отмеченных особенностей детских и подростковых аффективных психозов, в частности, их тенденции к очерченному периоду активного течения с окончанием в подростковом и ли юношеском возрасте, можно предположить, что прекращение профилактической терапии литием все-таки возможно для циклотимии и некоторых вариантов течения шизофрении. Вероятно, при циклотимии и циклотимоподобной шизофрении с течением в виде адинамических, дисфорических, слезливых, ступидных, Unlust-депрессий и гипоманиакальных фаз амбулаторного уровня окончательная отмена литиевой терапии допустима по миновании пубертатного периода в случаях, когда активный период болезни начался до 10-летнего возраста, и по миновании юношеского возраста, если манифестация отмечалась в препубертате и пубертате, и при условии полного отсутствия психопатологических расстройств в течение 3-4 лет. При шизофрении, протекающей с превалированием хронической гипомании, при приступообразной шизофрении с преобладающими субступорозными, тревожными, боязливыми депрессиями, маниями психотического уровня, с возникновением на фоне аффективного течения шизоаффективных психозов, а также при отсутствии в процессе лечения полного исчезновения фазных расстройств настроения отмена лития является нецелесообразной ввиду опасности обострений.

Таким образом, превентивная терапия литием должна быть длительной, многолетней, а продолжительность лечения и возможность отмены могут быть определены только с учетом клинической картины болезни и особенностей ее динамики в процессе лечения.

**ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИНФОРМАЦИЯ****МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КОЛЛЕГИЯ****РЕШЕНИЕ**

15 мая 2001 г.

Протокол № 9

«Состояние  
психического здоровья детей:  
проблемы, пути решения»

Заслушав и обсудив доклад начальника Управления медицинских проблем материнства и детства А.А. Корсунского о состоянии психического здоровья детей коллегия отмечает, что одной из основных причин, определивших формирование значительных медико-социальных проблем среди детей и подростков, является прогрессирующее ухудшение состояния психического здоровья, в том числе, уже в ранние периоды детства.

Данные официальной статистики свидетельствуют о значительной распространенности психической патологии в детско-подростковой популяции и существенном росте числа лиц, состоящих под наблюдением у психиатра. В 2000 г. в амбулаторно-поликлинических психоневрологических учреждениях наблюдалось более 717 тыс. детей до 14 лет и 238 тыс. - в возрасте 15-17 лет.

Распространенность психической патологии (на 100 тыс. населения) на 21% выше среди детей старшего подросткового возраста (3286,7), чем среди детей до 14 лет (2720,4). За последние пять лет частота психической патологии среди последних увеличилась на 16,7%, среди подростков - на 2,5%.

Структура патологии у детей и подростков за последние годы не меняется. Так среди детей в 65,9% случаев выявляются непсихотические психические расстройства, в 31,0% - умственная отсталость, в 3,1% - психозы (в т.ч. 0,5% - шизофрения). Среди подростков первое ранговое место занимает умственная отсталость (50,3%, из них 80% - легкие формы), второе и третье - непсихотические психические расстройства (43,9%) и психозы (5,84, в т.ч. шизофрения - 1,84%).

В настоящее время обозначилась проблема психических нарушений у детей раннего возраста. Официальные статистические данные о заболеваемости этой возрастной группы отсутствуют. Так, в начале 80-х годов на 100 малышей до 3-х лет приходилось 9 с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявлялось 15,5 и 35 соответственно.

За последние годы среди детей и подростков с психическими нарушениями значительно увеличилось число лиц с тяжелыми формами патологии, приводящими к ограничению жизнедеятельности. Так, доля инвалидов в структуре детей, страдающих данными заболеваниями, за пять лет увеличилась с 10,3 до 12,5%.

Формирование психических нарушений во многом зависит от социальных параметров среды роста, развития и воспитания ребенка. У 62% детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, с раннего детства выявляется задержка психического созревания с нарушениями интеллекта, личностной незрелостью, признаками депривационного развития личности, у 43,7% детей - сирот и 77,3% детей их конфликтных семей - соматоформные или психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс; у 22-23% - стойкие отклонения поведения с патохарактерологическими реакциями.

Низкий уровень психического здоровья детей и подростков (частота пограничных психических расстройств колеблется по разным регионам от 22,5% до 71%) во многом определяет ограничение возможности получения полноценного общего среднего и профессионального образования, снижение уровня годности юношей к военной службе.

Так, более 70% учащихся учреждений общего среднего образования испытывают значительные трудности в усвоении базовой школьной программы обучения. Среди учащихся ПТУ по сравнению со школьниками в 14 раз чаще встречаются лица с психогенными реакциями, в 19 раз - с патологическим формированием личности, в 2,5 раза -- с неврозами, 1,5-2 раза - лица, употребляющие психоактивные вещества. Это сказывается на уровне профессиональной подготовки и влияет на возможность дальнейшего трудоустройства.

Среди заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу в 2000 году, более 20% принадлежало психическим расстройствам. В структуре заболеваний, послуживших причиной увольнения из войск в первые 3 месяца, психические нарушения занимают первое ранговое место (39%).

Другой важнейшей социальной проблемой является употребление детьми и подростками психоактивных веществ и связанный с этим уровень преступности несовершеннолетних. В 1999 г. частота наркомании и токсикомании среди детей всех возрастов составила 88,7 на 100 тыс. человек, состоят на профилактическом учете в связи с употреблением психоактивных веществ (включая алкоголь) 761,7 на 100 тыс. детей.

Устойчива взаимосвязь между ростом случаев употребления наркотических средств и ростом числа противоправных действий. В 1998 году 20% подростков в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения; 1,5 тыс. - в состоянии наркотического опьянения.

Психические нарушения занимают ведущее место среди причин инвалидности детей (18,6%). В структуре расстройств, приводящих к инвалидности, ведущее место занимает умственная отсталость (22,3%), ее доля за последнее десятилетие возросла на 2,7%.

Правовой основой оказания психиатрической помощи является «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Его принятие способствовало росту обращаемости за психиатрической помощью и росту выявляемости нарушений. В то же время, появились значительные трудности при проведении психопрофилактической и экспертной работы.

Амбулаторная помощь детям и подросткам осуществляется психоневрологическими диспансерами (164 диспансера) и диспансерными отделениями психиатрических больниц (138 отделений). Амбулаторная сеть обеспечивает 2100 посещений в год по поводу заболеваний и более 600 посещений профилактического характера. Количество учреждений в достаточной степени отвечает потребностям детского населения в амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи.

Стационарная помощь оказывается, в большинстве случаев, общими психиатрическими больницами и стационарами психоневрологическими диспансерами. Самостоятельные детские больницы и отделения есть только в крупных областных и районных городах. Подростковые отделения практически отсутствуют. Дети старшего подросткового возраста госпитализируются во взрослые отделения.

В настоящее время число психиатрических коек для детей составляет 9979. Обеспеченность койками в 2000 г. была 3,9 на 10000. В целом по России возрастает работа детской койки. В прошедшем году она составила 307 дней (против 289,7 в 1995 году). В отдельных регионах койки работают с перегрузкой (400 дней). В то же время, в некоторых территориях уровень работы детских коек крайне низок (180-240 дней).

Нормативами предусмотрено выделение 1 должности детского или подросткового психиатра на 15000 детского или подросткового населения. В сельских районах 1 должность врача-психиатра устанавливается на 40000 жителей (детей, подростков и взрослых). В настоящее время в целом занято 2175 должностей детских и 335 - подростковых психиатров. Из них на амбулаторную сеть приходится, соответственно, 1096 и 226 должностей.

Количество детского населения на 1 занятую должность детского психиатра - 15,8 тыс., подросткового населения на 1 должность - 24,3 тыс. Обеспеченность населения занятыми должностями детских и подростковых психиатров составляет, соответственно, 0,63 и 0,41 на 10000 детского или подросткового населения. За последние 10 лет удвоилась обеспеченность детскими психиатрами и - практически не изменилась обеспеченность психиатрами подростковыми. Коэффициент совместительства детских психиатров - 1,47, подростковых - 1,74.

Подготовка специалистов по детской психиатрии осуществляется в системе последипломного образования врачей-педиатров и врачей-психиатров общего профиля. Предусмотрено повышение квалификации на циклах общего и тематического усовершенствования.

В соответствии с действующей номенклатурой врачебных специальностей в настоящее время существует лишь одна специальность - «психиатр». Существовавшие ранее субспециальности «психиатр детский» и «психиатр подростковый» с 1995 года упразднены.

Существующая система психиатрической помощи детям и подросткам нуждается в совершенствовании, одним из важнейших аспектов которого является изменение подготовки кадров и расширение спектра психопрофилактической работы. Решение данных задач невозможно без восстановления субспециальности «детский психиатр».

За последние годы Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях совершенствования системы охраны психического здоровья детей и оптимизации оказания психиатрической помощи этой группе населения проведена определенная работа.

На базе Московского НИИ психиатрии Минздрава России создан «Научно-методический центр Мин-

здрава России по охране психического здоровья детей и подростков». На базе ГНЦСиСП им. В.П. Сербского создан «Организационно-методический центр по медико-социальной помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения Минздрава России». Создан Консультативный совет Минздрава России по вопросам охраны психического здоровья детей. Совместным решением РАМН и Минздрава России на базе Научного центра здоровья детей РАМН создан «Центр медико-социальных проблем детей подросткового возраста Минздрава России».

В 1998-1999 гг. Минздравом выпущен ряд информационных и методических документов по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков.

Минздравом России совместно с РАМН в 1998 году был организован Конгресс «Охрана психического здоровья детей и подростков», в 1999 году - научно-практическая конференция «Современные аспекты организации помощи детям с психическими расстройствами».

Проведены заседания Бюро Ученого Совета Минздрава по актуальным вопросам терапии психических заболеваний и социально-психиатрической помощи несовершеннолетним.

В Департамент образовательных медицинских учреждений и кадровой политики Минздрава представлен пакет документов по введению в номенклатуру специальности «психиатр детский».

В то же время, в связи с изменившимися социально-экономическими условиями должны быть разработаны дополнения и изменения в действующее законодательство, определяющее правовую базу оказания психиатрической помощи.

Очевидна целесообразность внедрения в детскую психиатрическую практику современных организационных технологий (в том числе, стационарозамещающих), которые позволят оптимизировать работу амбулаторных и стационарных учреждений, повысить медицинскую и экономическую эффективность их деятельности.

Для обеспечения современного уровня психиатрической помощи необходимо разработать и внедрить в практику современные технологии профилактики психических нарушений, лечения, оздоровления и реабилитации детей (в том числе, до 3-х лет) с клинически выраженными формами патологии, с пограничными и доклиническими видами расстройств.

Необходимо усовершенствовать систему подготовки и переподготовки кадров детских психиатров, расширить сеть образовательных учреждений, проводящих такую работу, внести изменения и дополнения в учебные программы, разработать систему повышения квалификации педиатров по вопросам охраны психического здоровья детей. Кроме того, необходимо внедрить в номенклатуру специальность «психиатр детский»,

В изменившихся условиях требует внесения изменений и дополнений система государственной статистической отчетности по детской психиатрии.

Таким образом, за последние годы система оказания психиатрической помощи детям достигла определенных успехов. В то же время, совершенствование системы оказания помощи позволит повысить эффективность профилактической и лечебной работы в отношении психических нарушений у детей.

В связи с изложенным и с целью совершенствования системы мер по охране психического здоровья детей

#### КОЛЛЕГИЯ РЕШАЕТ:

1. Управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.):

1.1. Обобщить положительный опыт территорий по организации службы охраны психического здоровья детско-подросткового населения для разработки Концепции развития системы охраны психического здоровья детей и подростков.

Срок - 31.12.2001 г.

1.2. Разработать модели организации системы охраны психического здоровья детей на уровне звена первичной медико-санитарной помощи (детские поликлиники), а также в образовательных учреждениях.

Срок – 31.01.2001 г.

1.3. В рамках координационного совета по вопросам охраны психического здоровья детей Минздрава Российской Федерации ежеквартально заслушивать результаты работы главных детских психиатров субъектов Российской Федерации по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи детям.

Срок - постоянно.

1.4. Внести изменения в нормативные документы Минздрава России, регламентирующие возрастные критерии наблюдения ребенка врачом-психиатром.

Срок - 30.11.2001 г.

2. Департаменту образовательных медицинских учреждений и кадровой политики (Володин Н.Н.):

2.1. Рассмотреть вопрос о введении в Номенклатуру специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием субспециальности «психиатр детский».

Срок - 30.11.2001 г.

2.2. Разработать дополнения в учебные программы педиатрических факультетов медицинских вузов и кафедр повышения квалификации врачей-педиатров по вопросам охраны психического здоровья в раннем детском (до 3х лет) и подростковом возрасте.

Срок - 31.12.2001 г.

2.3. Включить в учебные программы кафедр детско-подростковой психиатрии системы последиplomного образования дополнения, касающиеся вопросов охраны психического здоровья в раннем детском (до 3-х лет) возрасте. Срок - 31.12.2001 г.

3. Департаменту государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств и медицинской техники (Рейхарт Д.В.), управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.):

3.1. Рассмотреть вопрос о создании в Фармакологическом Комитете Российской Федерации комиссии по детской психофармакотерапии.

Срок - 01.10.2001 г.

4. Управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.), Российской академии медицинских наук (Покровский В.И.):

4.1. Рассмотреть вопрос о возможности организации совместно с Министерством образования Российской Федерации и Российской академией образования Межведомственного координационного совета по проблемам охраны психического здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях.

Срок - 01.11.2001 г.

5 Управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.), Научному центру здоровья детей РАМН (А.А. Баранов):

5.1. Создать Федеральный научно-методический центр по вопросам охраны психического здоровья детей в системе первичной медико-санитарной помощи на функциональной основе.

Срок - 31.12.2001 г.

5.2. Подготовить программу постоянно действующего семинара по охране психического здоровья для врачей педиатров и семейных врачей в системе первичной медицинской помощи.

Срок - 01.11.2001 г.

6. Управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.), Научному центру здоровья детей РАМН (Баранов А.А.), Московскому НИИ психиатрии Минздрава России (Краснов В.Н.):

6.1. Разработать критерии психического развития детей для включения в стандарты профилактических осмотров в педиатрической сети.

Срок - 01.04.2002 г.

7. Управлению медицинских проблем материнства и детства (Корсунский А.А.), Правовому управлению (Мельникова Л.С.), Государственному научному центру судебной и социальной психиатрии им. В.П. Сербского (Дмитриева Т.Б.), Научному центру здоровья детей РАМН (Баранов А.А.), Московскому НИИ психиатрии Минздрава России (Краснов В.Н.):

7.1. Дать обоснование и подготовить предложения по внесению изменений и дополнений в «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части усиления профилактической направленности работы врачей-психиатров, обслуживающих детское население.

Срок - 30.06.2002 г.

8. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

8.1. Осуществить анализ состояния психиатрической помощи детям в территориях. Материалы представить в Управление медицинских проблем материнства и детства.

Срок - 31.10.2001 г.

8.2. Поручить главным детским психиатрам субъектов Российской Федерации провести оценку психического здоровья детей в домах ребенка.

Срок - 31.10.2001 г.

8.3. Провести оценку психического здоровья детей в детских домах и интернатах совместно с органами

управления образованием и социальной защиты субъектов Российской Федерации.

Срок - 31.10.2001 г.

Контроль за выполнением решения коллегии возложить на заместителя Министра О.В. Шарапову.

За Председателя коллегии  
Первый Заместитель Министра  
здравоохранения Российской Федерации  
Секретарь коллегии

А. И. Вялков  
А.В. Веремеенко

### **АЛЬЯНС ВО ИМЯ ДЕТСТВА (БРЮССЕЛЬ, 2000) (информационное сообщение)**

11-14 октября 2000 г. в Брюсселе проходила конференция международной организации «Альянс во имя детства». Альянс во имя детства – интернациональный форум, объединяющий участников разных стран и разных профессий – юристов, педагогов, педиатров, психологов, родителей, политиков, социальных работников, деятельность которых направлена на защиту детства и повышение качества жизни детей. Главная задача альянса – защитить право человека на полноценное детство и обеспечить оптимальные условия для жизни и развития детей. Эта задача предполагает как защиту детей, ставших жертвами насилия, голода, войн и болезней, так и защиту детства как особого и важнейшего периода жизни человека. И та, и другая задача в наше время приобретают особую актуальность.

По данным ООН, ежедневно жертвами голода, насилия, болезней во всем мире становится 40 000 детей. В сообщениях участников конференции приводились факты, подтверждающие эти опасные тенденции. Так, было показано что огромное число детей испытывает на себе последствия национальной и расовой дискриминации, политических баталий, войн и социальных потрясений. Все больше детей страдают от физического, сексуального или эмоционального насилия со стороны взрослых. 80% детей в настоящее время живут в трудных социально-экономических условиях. Все эти явления несовместимы с детством человека; они деформируют психику ребенка, лишают его возможности полноценного развития и эмоционального благополучия. Собирать подобные факты и пытаться предотвратить их – важнейшая задача альянса. В некоторых европейских странах (Великобритания, Нидерланды и др.) уже созданы специальные общественные организации, защищающие права ребенка.

Вместе с тем дискуссии показали, что вопрос о правах ребенка сам по себе является достаточно сложным и многоаспектным. Он включает юридический, этический, медицинский и психолого-педагогический план рассмотрения, которые далеко не всегда совпадают. Так, в развитых демократических странах под лозунгом «равноправия детей» и «требований современности» специфика детства оттесняется на задний план и возникает угроза исчезновения детства. Во многих докладах отмечалось, что эпоха средств массовой информации и потребления, в которую дети вошли наравне со взрослыми, особо жестоко затрагивает именно детей. Психология потенциальных потребителей начинает формироваться с раннего возраста. По данным ЮНЕСКО 93% детей до 5 лет просиживают у телевизора более 3 часов в день. Современный ребенок от 3 до 5 лет в среднем смотрит на экран около 28 часов в неделю. По статистике, в среднем ребенок до 14 лет провел перед телевизором примерно 180 000 часов, что существенно превышает время, проведенное в школе. Телевизор и компьютер все более вытесняют традиционные формы детской деятельности и общения со взрослыми. Навязчивые рекламные образы и представления, сцены насилия и жестокости определяют мировоззрение детей, их потребности и жизненные ценности.

На конференции обсуждались многочисленные и конкретные последствия этих тревожных явлений. Так, специальной темой круглого стола были нарушения речи детей. Представители разных стран и профессий (педагоги, врачи, логопеды, психологи) отмечали серьезные отклонения в развитии речи современных детей дошкольного и школьного возраста. Все больше детей нуждаются в специальной логопедической и психологической помощи. Логопедические центры и клиники во многих странах Европы не справляются с наплывом детей. По данным немецкого врача М. Хайнеманна, в настоящее время 25% четырехлетних детей страдают тяжелыми нарушениями речи (для сравнения, в 70-х годах эта цифра составляла всего 4%). По общему признанию участников конференции эти факты являются следствием резкого сокращения речевого общения в семье. В развитых промышленных странах телевидение в большинстве семей заменяет ребенку

общение с родителями. Время, которое родители уделяют своим детям, стремительно сокращается, а воспитание детей передается СМИ. Тем самым нарушается главное право ребенка – право на время и внимание близких взрослых. Как было сказано в одном из докладов, наше время – это пища для развития ребенка. Лишая его этой пищи, мы обрекаем ум и чувства ребенка на истощение и умирание.

Еще одна острая проблема, обсуждавшаяся на конференции – состояние детской игры. Участники единодушно подчеркивали, что именно игра обеспечивает эмоциональный комфорт ребенку, его разностороннее развитие, чувство своей автономности и компетентности. Вместе с тем, представители многих стран отмечали существенные изменения в детской игре: дети уже не играют на улице, во дворах, дома в семье они также предпочитают смотреть фильмы или играть в компьютерные игры. Преждевременно обучая маленьких детей академическим дисциплинам, погружая их в стихию СМИ, взрослые отнимают у детей время и право на игру, а значит и право на детство. По словам участницы конференции, известного венгерского психолога Эмми Пиклер, дети не умеют спешить или торопиться. Они, в отличие от взрослых, умеют жить только настоящим. Им необходимо время для концентрации на любимых занятиях, для обследования окружающего мира, для игры. Взрослые должны охранять эти права ребенка, не торопить их и не забирать время на детство. Поддержать и сохранить детскую игру, обеспечить необходимые условия для ее развития – важнейшая задача взрослых.

В конференции принимали участие представители разных профессий, разных научных и педагогических школ. Однако наиболее ярко и убедительно звучал голос представителей вальдорфской педагогики, по инициативе которых и была организована данная конференция. Именно в этом направлении идеи защиты детства не только декларируются, но и находят свое конкретное, практическое воплощение. Опыт работы вальдорфских детских садов демонстрирует возможности полноценного проживания детства в самых разных по своему культурному и экономическому статусу странах.

**Е. О. Смирнова**

### **ДЕТСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НА VIII ВСЕРОССИЙСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ КОНГРЕССЕ «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО» (информационное сообщение)**

В апреле 2001 г. в Москве прошел ставший уже традиционным VIII Всероссийский национальный Конгресс «Человек и лекарство», посвященный научным изысканиям и практическим достижениям в клинических испытаниях современных лекарственных препаратов. Пленарные сессии, конференции, симпозиумы и научные заседания освещали терапевтические достижения практически по всем медицинским специальностям, а основные дисциплины дополнялись утренними заседаниями в форме обучающих лекций в рамках научно-практических школ для молодых врачей.

Фармакотерапия нервно-психических расстройств обсуждалась на разных секциях в течение 2 рабочих дней Конгресса и вызвала несомненный интерес не только психиатров, но и врачей общей практики, т.к. большая часть сообщений касалась антидепрессантов нового поколения и нейромедиаторов, широко используемых при терапии психосоматических расстройств. Особенностью VIII Конгресса являлось пристальное внимание к проблемам возрастной психофармакотерапии (ПФТ), что, безусловно, стало позитивным веянием, т.к. известна специфика клинического ответа у детей и подростков на традиционные препараты, дозы и способы введения лекарственных веществ.

Впервые на Конгрессе «Человек и лекарство» ПФТ пациентов детско-подросткового возраста получила самостоятельное звучание и была представлена отдельным симпозиумом «Актуальные вопросы психофармакотерапии детского возраста», состоявшимся 02.04.01. Сопредседателями симпозиума выступили ведущий психофармаколог страны профессор С.Н. Мосолов и руководители детских психиатрических клиник НИИ психиатрии МЗ РФ (В.М. Волошин) и Российской медицинской академии последипломного образования (Ю.С. Шевченко).

Первый доклад сделал В.М. Волошин и посвятил его общим проблемам ПФТ в детском возрасте. Он остановился на том, что, согласно последним постановлениям Минздрава, рамки детского возраста определены в диапазоне от 0 до 18 лет (взамен традиционного от 0 до 15, что согласовалось с административными нуждами чиновников, но расходилось с клиническими представлениями педопсихиатров). Были приведены данные о клинических, нейроморфологических и нейрофизиологических сроках созревания ЦНС, указания

на то, что миелинизация нервных волокон заканчивается вообще не ранее 25 лет. Литературные источники содержат немало сведений о незрелости головного мозга у детей и возрастных особенностях клинической картины психических заболеваний, но мало работ отражают применение психотропных препаратов у детей, особенности клинического ответа на введение лекарств детям по отношению к реагированию пациентов зрелого возраста, и нигде нет указаний на зависимость этой реакции от степени зрелости ЦНС и, уж тем более, на токсичность в отношении детей препаратов, используемых для взрослых. Известно, что дезактивация лекарственных препаратов происходит в печени и опосредована цитохромом C-450. Активность же этого фермента зависит от генетической наследственности, а не от возраста пациента. Далее были приведены преимущества клинических характеристик традиционных и атипичных нейролептиков (галоперидол-рисполепт, галоперидол-оланзапин), а также трициклических антидепрессантов и антидепрессантов СИОЗС (мелипрамин, амитриптилин-золофт, паксил и др.). Был поднят вопрос об отсутствии разработанных юридических и практических правил и методик проведения клинических испытаний психотропных препаратов на пациентах детского возраста, в результате чего большинство современных препаратов поступает в практику с аннотацией, содержащей фразу об отсутствии сведений о возможности их использования у больных до 15 лет. Следствием этого «де юре» в России невозможно назначение большинства современных препаратов для лечения детей и подростков.

Доклад Ю.С. Шевченко и Л.Ю. Даниловой был посвящен этическим аспектам ПФТ больных детско-подросткового возраста. Отмечалось, что система норм нравственного поведения врача при проведении лекарственного лечения психически больных детей и подростков является составной частью общемедицинской этики и строится на принципах: 1) неоказание помощи граничит с преступлением; 2) при проведении терапии «не навреди» больному; 3) осуществление личностного подхода, т.е. «лечи больного, а не болезнь». Выбор методики и тактики терапевтического воздействия, по мнению авторов, определяется стремлением к максимальной скорости и эффективности достижения результата при минимальном риске проявления побочных эффектов и осложнений терапии. Недопустимо необдуманное назначение малоизученных препаратов и методик лечения, однако представляется неразумным и чрезмерный консерватизм, неоправданное «осторожничанье» в отношении препаратов последних поколений, положительно зарекомендовавших себя в клинических испытаниях у больных зрелого возраста. Авторы обратились к аудитории с вопросом: нравственна ли осторожность и страх перед новыми препаратами, обладающими малой токсичностью и простотой использования, если вместо них мы назначаем традиционные, но менее эффективные и значительно более «грубые» препараты? В заключение было отмечено, что деонтологическим, а следовательно, и этическим принципом именно детско-подростковой ПФТ является обязательность сочетания фармакотерапии с психокоррекционной и психотерапевтической работой с семьей маленького пациента. Помощь семье не только в совладании с вполне понятным родительским страхом перед выявлением психической патологии у ребенка, но и в преодолении разнообразных деструктивных или диссоциативных психологических защит, в выстраивании конструктивного стиля общения и поведения способствуют сознательному согласию больного (его родных) на проведение фармакотерапии и улучшает результаты лечения.

Доклад И.А. Козловой с соавторами отражал опыт применения нового атипичного нейролептика рисполепта (рисперидон) при лечении шизофрении детского возраста. Работа проводилась как открытое исследование эффективности и переносимости препарата на 32 пациентах обоего пола 7–16 лет в детской клинике НЦ психического здоровья РАМН. Средняя терапевтическая доза составляла 2–4 мг/сут. Эффективность препарата исследовалась психопатологическим, патопсихологическим и неврологическим методом. Использовалась шкала позитивных и негативных симптомов PANSS. Исследования показали, что рисполепт эффективен при детской шизофрении как в отношении продуктивных (особенно галлюцинаторно-бредовых), так и негативных нарушений. Чувствительными к рисполепту оказались также обсессивно-компульсивные нарушения, психомоторное возбуждение и агрессивность в структуре состояний шизофренического спектра. По наблюдениям авторов, препарат обладает собственной антидепрессивной активностью. Рисполепт продемонстрировал хорошую переносимость при малой выраженности побочных действий; нет необходимости сочетания его с корректорами (циклодол), как в терапии традиционными нейролептиками.

Л.А. Ким и Е.А. Корень сделали сообщение о результатах клинического испытания на больных детско-подросткового (до 18 лет) возраста антидепрессанта золофт (сертралин) из группы СИОЗС – единственного нового антидепрессанта, официально разрешенного в России к применению у детей старше 6 лет. Препарат использовался в дозе 12,5–100 мг/сут в зависимости от тяжести состояния и возраста больных на протяжении 8 недель. В оценке результатов использовался психопатологический метод, шкалы общего клинического впе-

чатления и Hamilton'a. Отдельно изучались результаты испытаний для амбулаторной группы пациентов и у стационарных больных с депрессиями средней и тяжелой степени. Результаты клинических испытаний показали высокую эффективность золофта при депрессиях как легкой, так и выраженной тяжести, однако в последнем случае отчетливое улучшение состояния наступало несколько позже. Положительный результат лечения был отмечен у 75% больных, нонреспондерами оказались около 25% пациентов. Переносимость препарата была весьма хорошей: побочные эффекты в виде головокружения, сухости слизистых, тошноты (известных как серотониновый синдром – обычный побочный эффект СИОЗС) выявлялись редко и обычно редуцировались на 3–5 день терапии. Одновременно авторы отмечали возможность усиления поведенческих (психопатоподобных) нарушений на фоне терапии золофтом, что требовало присоединения к терапии нейролептиков. Делается вывод о целесообразности применения золофта у детей и подростков в виду очевидного преимущества перед традиционными трициклическими антидепрессантами в отношении побочных эффектов терапии.

С заключительным словом выступил профессор С.Н. Мосолов, который поддержал инициативу выступавших и рекомендовал детским психиатрам активнее добиваться внедрения современных психотропных препаратов в практику детской службы.

Симпозиум завершился выдвижением от имени детских психиатров России проекта обращения в Минздрав РФ, содержащем предложения по: 1) созданию комиссии по разрешению апробации психотропных препаратов в детском и подростковом возрасте; 2) введению в Фармкомитет РФ представителя по психиатрии детского возраста; 3) выделению из ведущих педопсихиатров страны представителя по связям с фармфирмами по апробации и внедрению новых препаратов в детскую психиатрическую практику.

**Л. Ю. Данилова**

**Ю. В. Валентик, Н. В. Вострокнутов, А. А. Гериш, Т. Н. Дудко, Г. Н. Тростанецкая**  
**КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,**  
**ЗЛУОПТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

**(материал для обсуждения)**

**Министерство образования РФ. Москва.**

В России на протяжении последнего десятилетия, отмечается резкий рост наркотизма, при этом большинство потребителей наркотиков и больных наркоманиями составляют подростки и молодежь (Кошкина Е.А., 1999). С распространением наркотизма увеличивается вероятность столкновения детей 7–12 лет с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются более серьезными. Это обуславливает необходимость не только усиления мер, направленных на предупреждение употребления психоактивных веществ (ПАВ), но и разработки дифференцированных программ реабилитации для несовершеннолетних. При этом следует подчеркнуть, что очень часто употребление ПАВ несовершеннолетними является симптомом жизненного - личностного или социального (семейного) неблагополучия, по крайней мере, поначалу. Это предполагает приоритет педагого-психологических воздействий при решении данной проблемы.

При раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения. У подростков и молодежи разрываются или деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется реальная угроза оказаться в социальной изоляции. Нередко затруднено последующее образование семьи и рождение потомства, устанавливаются устойчивые отношения с наркоманическим и даже криминальным окружением. В целом жизненная ситуация, в которой находится несовершеннолетний, также становится безысходной, поскольку болезнь практически прекращает социальный прогресс пациента, уровень его образования низок, затрудняются профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляются криминальный анамнез и проблемы с законом.

Перечисленные социальные и психологические проблемы показывают, что чисто медицинский подход и ограниченные лечебные мероприятия принципиально не в состоянии обеспечить практическое выздоровление несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от ПАВ, и их успешную интеграцию или реинтеграцию в общество. Это конечная цель достижима, если период собственно отказа от наркотика и

активного лечения дополняется длительным реабилитационным периодом, благодаря которому восстанавливается способность полноценно функционировать в обществе.

Мировая практика показывает, что для реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ успешно применяются программы, базирующиеся на принципах «терапевтических сообществ» (ТС) (Jones T., 1996). В общем, такого рода ТС определяются как свободная от ПАВ среда, где люди с проблемами зависимости живут вместе организованным и структурированным образом, готовясь к предстоящей жизни без ПАВ во внешнем обществе. В настоящее время ТС для наркоманов образуют спектр более чем из 500 резидентских программ (то есть, со стационарным пребыванием). Из них наиболее известны программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House. Основной «терапевт и учитель» в ТС - само сообщество, которое состоит из людей равных друг другу, а штатный персонал выполняет роль проводника в процессе выздоровления. Тем не менее, успешные для реабилитации зависимых от ПАВ взрослых традиционные ТС с жестким режимом, основанным на авторитарности (первый тип), постоянно критикуются как не вполне подходящие для реабилитации дизадаптированных детей, злоупотребляющих ПАВ.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. То есть, содержание реабилитации определяется не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится ее формирование. Существенным является тезис о том, что потенциал развития ребенка велик и, по мере структурирования и раскрытия личности, многие возрастные проблемы снимаются естественным образом. Это, в определенном смысле, устраняет основания для последующей наркотизации и приема других ПАВ.

Принципиальным является положение о том, реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, является комплексной, но, в значительной степени педагогической (воспитательной) деятельностью и должна осуществляться бригадой специалистов при участии педагогов, психологов, медицинских и социальных работников. Создание необходимых условий для личностного роста и социализации ведет к компенсации состояния и возвращает несовершеннолетнего к нормативному жизненному циклу в обществе.

В качестве цели реабилитации рассматривается возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от ПАВ, восстановления (или формирования) его нормативного личностного и социального статуса.

Достижение указанной цели осуществляется с помощью решения конкретных задач реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

Основными задачами реабилитации являются:

1. Формирование у несовершеннолетнего мотивации (установок) на окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.
2. Формирование осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс и последующее участие в нем.
3. Коррекция и развитие личности несовершеннолетнего через обеспечение позитивного личностного развития и приобретения социальной компетентности путем функционирования в условиях реабилитационного среды.
4. Создание в реабилитационном учреждении для несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемых личностных и поведенческих навыков (качеств), способствующих их реадaptации и ресоциализации.
5. Осуществление воспитательной и образовательной деятельности на всех этапах реабилитации с учетом особенностей несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.
6. Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение «срывов» и рецидивов.
7. Реорганизация жизненной среды, восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений с основными значимыми другими лицами, на основе работы как с самим несовершеннолетним, так и с его ближайшим социальным окружением.
8. Формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, правовой защиты и обеспечения социальной поддержки несовершеннолетнего.

Решение задач подобного рода начинается с диагностики, в процессе которой оценивается потенциал здоровья и личности несовершеннолетнего, злоупотребляющего ПАВ, его возможностей с учетом сложив-

шейся жизненной ситуации, возможностей социального взаимодействия с значимыми другими лицами (ЗДЛ) и системы социальной поддержки, в которые он включен, то есть с учетом его реабилитационного потенциала (РП). Это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии формирования зависимости от ПАВ и социального функционирования реабилитируемого, меняющаяся пропорционально интенсивности и долгосрочности реабилитационного процесса. Уровень РП - характеристика, позволяющая дифференцировано и оптимально использовать потенциальные возможности ребенка или подростка и реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий.

Реабилитация предполагает использование следующего ряда *принципов* при ее реализации:

1. Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях. Данный принцип предполагает получение согласия несовершеннолетнего реабилитанта (или его законного представителя) на участие в реабилитационном процессе. Согласие целесообразно зафиксировать подписанием между несовершеннолетним (и/или его законным представителем), с одной стороны, и реабилитационным учреждением, с другой, договора, или контракта, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора.

2. Прекращение приема ПАВ. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ от всех основных видов ПАВ.

3. Конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право ребенка на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, «бригаде»).

5. Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и закономерной динамики этого состояния. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развернутый, завершающий (выход из реабилитационной программы).

6. Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо хронических конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у несовершеннолетних вырабатывается позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие.

7. Ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки. Важное значение имеет самостоятельное ответственное решение об отказе от ПАВ.

8. Включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Производится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ из ближайшего окружения несовершеннолетних. Участие ЗДЛ в процессе реабилитации специально оговаривается в контракте для работы с реально существующими проблемами.

9. Реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагается осуществление многосторонней поддержки социально приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды. Сам по себе процесс реабилитации требует создания специальной реабилитационной среды, оказывающей терапевтическое воздействие на несовершеннолетнего.

10. Дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение несовершеннолетнего в ту или иную программу с учетом его РП и в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

11. Непрерывная поддержка несовершеннолетнего. Несовершеннолетнему, злоупотребляющему ПАВ, оказывается комплексная социальная и личностная поддержка как на протяжении периода участия в реабилитационной программе, так и после ее завершения.

В структурном отношении процесс реабилитации делится на три взаимосвязанных блока.

А. Блок, предшествующий основной программе реабилитации.

Б. Блок основной программы реабилитации.

В. Блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации.

#### А. БЛОК, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Основная цель мероприятий, осуществляемых в этом блоке, – консультирование и мотивационные воздействия.

Консультативную помощь несовершеннолетние, злоупотребляющие ПАВ, могут получить в самых различных структурах. К ним относятся:

- специальные консультативные пункты;
- телефоны доверия;
- комиссии по делам несовершеннолетних;
- образовательные учреждения;
- медицинские учреждения (как специализирующиеся, так и не специализирующиеся в оказании помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим ПАВ; при этом особое значение имеет организация консультативной помощи и проведение мотивирующих воздействий в учреждениях, оказывающих наркологическую помощь, психиатрическую помощь, помощь при отравлениях, инфекционных заболеваниях печени);
- учреждения социальной помощи;
- организации, занимающиеся “уличной работой”;
- места досуга;
- общественные организации;
- группы само- и взаимопомощи;
- СМИ.

Немалое значение имеет также информация, циркулирующая среди самих потребителей ПАВ.

Для оказания консультативной помощи в каждой территории должна быть подготовлена печатная продукция, содержащая соответствующую информацию. Работники соответствующих учреждений и организаций в ходе специальных тренингов и раздачи учебных пособий должны быть подготовлены к оказанию консультативной помощи и проведению мотивирующих воздействий на несовершеннолетних.

#### Б. БЛОК ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Чрезвычайно важно сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь несовершеннолетним решать проблемы медицинского, психологического и социального характера, связанные со злоупотреблением ПАВ. Бригада - это прежде всего функциональная система, для которой лица, зависимые от ПАВ, и члены их семей являются системообразующим фактором. Члены реабилитационной бригады (педагог, врач, психолог, социальный педагог, социальный работник) обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и подготавливать почву для постепенного перехода реабилитируемых несовершеннолетних лиц от медико-психологического к социальному этапу реабилитации.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Предпочтение следует отдавать проведению резидентской реабилитации подростков в условиях стационарного реабилитационного центра (далее - РЦ).

Программа реабилитации включает следующие компоненты:

- 1) организация реабилитационной среды;
- 2) психотерапевтический (психокоррекционный);
- 3) воспитательный;
- 4) образовательный;
- 5) социотерапевтический.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Реабилитационная среда (РС) создается для обеспечения «терапии средой», при которой сам характер функционирования РЦ оказывает психокоррекционное воздействие. Деятельность РЦ, реализация в нем программы реабилитации осуществляются на основе определенного Положением о РЦ и его Уставом внутреннего распорядка. В РЦ создается и действует основной корректирующий механизм РС – коррекция поведения и личности в ходе совместного проживания. Работа РЦ как эффективной реабилитационной терапевтической среды строится через особые совместные мероприятия: общие собрания, групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или в соответствии с внутренней иерархией. Используются четкие правила, содержащие ряд ограничений, поощрений и наказаний. Функционирование РС предельно структурировано, день заполнен множеством видов социально - полезной активности.

#### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ (ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЙ) КОМПОНЕНТ

Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может быть индивидуальной или групповой. Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может осуществляться как в рамках одной большой группы, включающей всех членов сообщества, так и в закрытых малых группах. Преимущество отдается развивающим групповым психотерапевтическим (психокоррекционным) методикам, ориентированным на потенциальные ресурсы личности, обеспечивающим личностный рост и развитие. В ходе занятий закрепляются навыки конструктивного, содержательного общения, а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств.

Несовершеннолетние, по сравнению с взрослыми, менее способны к участию в традиционных терапевтических группах. Такие психотерапевтические (психокоррекционные) групповые занятия проводятся в ограниченных объемах, стоятся вокруг конкретных случаев и ситуаций. Основная форма групповых занятий – игровая, независимо от их содержательного наполнения конкретными психотерапевтическими техниками (методиками). Групповая работа должна проводиться не только с пациентами РЦ, а также с их родственниками (решение проблем созависимости, личностная коррекция).

#### **ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ**

За каждым педагогом закрепляется группа несовершеннолетних реабилитантов. Персонал выступает в качестве моделей ЗДЛ для подростков - реабилитантов. Обращение к несовершеннолетним с позиций нормативной ролевой модели активизирует соответствующие сферы личности и побуждает к ответственному поведению. Параллельно ведется работа с реальными ЗДЛ, что оговаривается в условиях контракта.

#### **ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ**

Реабилитируемые, находящиеся в РЦ, получают возможность продолжать свое образование либо в стенах самого РЦ, либо вне его. В РЦ рекомендуется создание условий для получения дополнительного образования.

#### **СОЦИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ**

Обеспечение постоянной занятости несовершеннолетних реабилитируемых – основополагающий принцип реабилитации. Длительное применение социально позитивных форм активности препятствует патологическому функционированию, содействует развитию нормативных частей личности и достижению социальной зрелости. Структурирование времени и обеспечение организованной занятости (до 14 часов в сутки) достигается через терапевтические занятия, самообслуживание, труд, обучение и досуг. Трудовые процессы в РЦ рассматриваются как часть развивающей среды, обеспечивающая постоянный тренинг трудовых навыков, прежде всего выработку способности к регулярному труду.

Функционирование пациентов в РЦ в известной степени моделирует их функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. Социально-психологический тренинг осуществляется также в ходе групповых занятий. По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность пациентов в конкретном разрешении индивидуальных проблемных ситуаций.

#### **ЭТАПЫ ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Программа реабилитации может быть рассчитана на период от 6 до 12 месяцев в зависимости от состояния реабилитируемого несовершеннолетнего. Программа реабилитации состоит из 3 основных последовательных этапов ее реализации:

1. **НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП** («вход» в программу). Продолжительность 1-го этапа – до 2 мес.

Основные задачи, решаемые на 1-ом этапе:

- обследование, тестирование, консультирование;
- усвоение больными правил организации жизнедеятельности РЦ;
- ориентация и адаптация в РЦ;
- вовлечение в реабилитационную активность;
- формирование мотивации;
- компенсация возможных нарушений здоровья.

Какое-то время несовершеннолетний находится в положении наблюдателя и определяет для себя, готов ли он участвовать в деятельности данного РЦ. На 1-ом этапе реализации программы активно используются все ее составные элементы: «терапия средой», «терапия занятостью», психолого-психотерапевтическое и оздоровительное воздействие. Несовершеннолетний находится в статусе «новичка» с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом и регламентом работы РЦ требований и ограничений.

2. **РАЗВЕРНУТЫЙ ЭТАП** (основной этап). Продолжительность 2-го этапа – до 6-8 месяцев.

Основные задачи, решаемые на 2-ом этапе:

- максимальная интеграция несовершеннолетних в режим жизнедеятельности и структуру РЦ, усвоение всех его норм и правил;

- активное участие в психокоррекционных и психотерапевтических мероприятиях;
- включенность в различные формы групповой работы и трудовые процессы;
- реализация воспитательных и образовательных программ;
- существенное улучшение здоровья.

Первая половина данного этапа обычно обозначается как фаза неустойчивого состояния. В ней наблюдается существенная зависимость несовершеннолетних от позитивного «давления» группы, среды, терапевтического режима – в связи с чем максимально активно используется вся шкала ограничений, позитивных и негативных санкций.

Вторая половина данного этапа рассматривается как фаза устойчивого состояния. Несовершеннолетние успешно функционируют в рамках РС, позитивно принимают ее стандарты – поощряются все большая личная ответственность, активность и автономность.

**3. ЗАВЕРШАЮЩИЙ ЭТАП («выход» из программы).** Продолжительность 3-го этапа – до 2-3 месяцев.

Основные задачи, решаемые на 3-м этапе:

- активное использование полученных в ходе реабилитации навыков в реальных жизненных ситуациях;
- подготовка несовершеннолетних к выходу из РЦ;
- закрепление и реализация навыков ответственного самостоятельного поведения;
- достижение удовлетворительного уровня здоровья, восстановление способности продолжать образование и трудиться;
- восстановление взаимоотношений с ближайшим нормативным социальным окружением.

В начальном периоде ведется активная подготовка к выходу из РЦ – при условии продолжения проживания в нем с краткосрочными «дневными» выходами из РЦ.

В финальном периоде реализуются все более частые и длительные (до нескольких дней) выходы из РЦ, используется возможность работы или продолжения обучения вне РЦ.

#### **В. БЛОК, РЕАЛИЗУЕМЫЙ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

Перед выходом из реабилитационной программы (или РЦ), реабилитационная бригада решает вопрос об обеспечении преемственности поддерживающих и противорецидивных мероприятий, оказания социальной поддержки несовершеннолетнему.

Прежде всего, такая помощь несовершеннолетнему может быть оказана амбулаторным подразделением реабилитационного учреждения. В тех случаях, если несовершеннолетний состоит на учете в наркологическом диспансере или психоневрологическом диспансере и был ими направлен в реабилитационную структуру, то, по согласованию с родственниками, он может находиться под наблюдением таких диспансеров.

Несовершеннолетний может быть также направлен в МППК и центры социальной поддержки по месту жительства.

Наконец, одной из основных задач третичной профилактики является возвращение несовершеннолетних, прошедших лечение и реабилитацию, в образовательные учреждения.

Несмотря на то, что несовершеннолетний и по завершении основной программы реабилитации, всегда должен иметь принципиальную возможность вернуться в реабилитационную структуру или посещать ее время от времени, например, по выходным дням, главное содержание данного блока - работа с реальной жизненной ситуацией и средой пациента.

Если проживание в реальных условиях преждевременно или опасно для несовершеннолетнего, ему должно быть предоставлено защищенное жилье. Это могут быть так называемые «дома на полпути», общежития, иные молодежные структуры. Развитие этого направления реабилитации связано также с формированием других подразделений социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры). В настоящее время для развития этого направления работы появилась законодательная основа, а именно, Федеральный закон «О государственной системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Однако, на практике несовершеннолетний возвращается в свою собственную родительскую семью. При этом критическое важной становится способность семьи стать для несовершеннолетнего продолжением реабилитационной среды.

Эффективность реабилитационного воздействия оценивается в его этапной динамике – на основе специального тестирования, а также данных мониторинга. Оценка имеет системный характер: воздержание от ПАВ является важным, но не единственным показателем. Основным показателем – возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении, то есть, оцениваются и показатели качества жизни.