

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2002 (2), № 2 СОДЕРЖАНИЕ

Представление Редколлегии	3
ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
А. А. Северный, Ю. С. Шевченко, В. М. Волошин ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	5
Э. Г. Эйдемиллер ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ	13
Е. О. Смирнова ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К СВЕРСТНИКАМ У ДОШКОЛЬНИКОВ, РАСТУЩИХ БЕЗ СЕМЬИ	19
Н. К. Сухотина ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РАБОТАЮЩИХ МАТЕРЕЙ	25
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ	
В. М. Волошин ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРОКСЕТИНА (ПАКСИЛА) В ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ	32
А. А. Северный, Т. А. Баландина, В. И. Брутман, И. П. Киреева ОПЫТ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	36
Н. М. Иовчук ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ, ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ И СОЦИО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА (НЕКОТОРЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПЕРВОНАЧАЛЬНОМ ОПЫТЕ)	42
С. Н. Чистякова, Н. Ф. Родичев МЕЖШКОЛЬНЫЙ УЧЕБНЫЙ КОМБИНАТ КАК ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, РЕАЛИЗУЮЩЕЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ ПОДДЕРЖКУ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	47
А. М. Щербакова СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ (ФЛАМАНДСКИЙ ОПЫТ)	53
АРХИВ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ (К СТОЛЕТИЮ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА)	
Виктор Каган ЧЕЛОВЕК ПО ИМЕНИ МНУХИН	59
Д. Н. Исаев САМУИЛ СЕМЕНОВИЧ МНУХИН	62
С. С. Мнухин О РЕЗИДУАЛЬНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ	65
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	
Д. Н. Исаев, Г. Г. Медведева ГИПОКСИФИЛИЯ ИЛИ ЗАВИСИМОСТЬ ДРУГОГО РОДА?	76
А. Ю. Егоров РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ У ДЕВУШЕК: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ	78
О. А. Яшнова ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ В ЗЕРКАЛЕ УСПЕШНОСТИ	80

В. В. Давыдова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ
УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА 84

В. В. Давыдова, З. А. Зимелева

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ С ТРУДНОСТЯМИ
В ОБУЧЕНИИ В ВЕЧЕРНЕЙ СМЕННОЙ ШКОЛЕ 84

РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ

К. Н. Мезяная, С.А. Игумнов

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ, ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ 87

РЕЦЕНЗИИ

И. А. Козлова

РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ Д. Н. ИСАЕВА «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА».....95

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова

О МЕЖДУНАРОДНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ (ПЕРВОЕ СООБЩЕНИЕ) 96

И. К. Шац

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ В ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ И ПЕДИАТРИИ (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) 99

О. В. Зыков, И. Л. Баушева, А. В. Терентьева, А. Закотин, В. Москвичев, Б. Ш. Ширгалин, А. А. Бирик
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ «ГРУППЫ РИСКА».
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ЮГО-ЗАПАДНОГО АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА
Г. МОСКВЫ 106

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ 119

СОЦИАЛЬНО ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА

ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ И ИХ СЕМЕЙ

НЕЗАВИСИМЫЙ ДОКЛАД РОССИЙСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
к Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2001 году
по итогам Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей
(Нью-Йорк, 19-21 сентября 2001 года)129

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИНФОРМАЦИЯ

С. А. Игумнов

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ
(Москва, 25-28.09.2001 г.) 149

И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

А. А. Северный, Ю. С. Шевченко, В. М. Волошин

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РОССИИ: СИСТЕМНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Ассоциация детских психиатров и психологов, Российское общество психиатров. Москва.

Укрепление психического здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности подрастающего поколения, являясь важнейшей социальной задачей всякого цивилизованного общества, составляет предмет научного изучения и практики многих специальностей. Прежде всего это касается медицины, педагогики, психологии и социологии, представители которых собрались на данном форуме. Именно эти специалисты входят в первый круг людей, от взаимодействия которых непосредственно зависит душевное здоровье (или нездоровье) детей в XXI веке. Понятно, что без нормального психофизиологического созревания невозможно рассчитывать на воспитание полноценной личности. С другой стороны, неправильное воспитание, обусловленное, в частности, незнанием или несоблюдением законов сравнительно-возрастной психологии, несоблюдением физиологически обусловленных норм и санитарных правил, может привести к деформированному созреванию отдельных психических функций, душевных свойств и личности в целом. Это, в свою очередь, провоцирует нарушения социальной адаптации, трудности в учебе и поведении, повышает риск развития нервно-психических расстройств, а порой и напрямую ведет к душевному нездоровью. И школьная система как часть макросоциума может стать идеальным каналом для формирования душевного здоровья учащихся.

К сожалению, состояние здоровья подрастающего поколения таково, что зачастую приходится говорить не о его сохранении и укреплении, а о спасении, поскольку в том или ином виде психотерапевтической помощи нуждаются многие (если не большинство) дети и подростки (Ю.С. Шевченко, А.А. Северный, Н.М. Иовчук, 1998). При этом, если детская психиатрическая помощь организована по всей России, то детская психотерапевтическая служба отсутствует в подавляющем большинстве регионов. Да и количество лицензированных врачей-детских психотерапевтов катастрофически ничтожно. С другой стороны, их функции взяли на себя психологи, педагоги и другие специалисты, работающие как в структуре различных образовательных, социально-психологических, коррекционно-педагогических центров, так и индивидуально, а то и доморощенные «психотерапевты», «экстрасенсы», «колдуны» и «целители». При этом под видом «психокоррекции» они нередко проводят собственное лечение больных детей, порой используют небезопасные для ребенка методики (например, голотропное дыхание), не обладая для этого необходимыми знаниями психиатрии, диагностики, никем не контролируясь и не неся ответственности за последствия своих действий. В связи с этим на повестке дня стоит вопрос об организации детско-подростковой психотерапевтической службы в рамках здравоохранения и подготовки для нее специалистов из числа врачей и медицинских психологов (Ю.С. Шевченко, 1998). В то же время задачи по восстановлению, сохранению и укреплению психического здоровья не могут быть решены без взаимодействия представителей разных профессий. Актуальным представляется соответствующее обучение работников образования (педагогов, воспитателей, логопедов, дефектологов, школьных психологов), а также специалистов по социальной помощи для обеспечения максимально полного объема психогигиенических, психопрофилактических, психокоррекционных и социально-реабилитационных мероприятий (Ю.С. Шевченко, В.П. Добридень, О.Н. Усанова, 1995).

В научном аспекте детская психиатрия за последние 7-8 десятилетий и за рубежом, и в нашей стране превратилась в самостоятельную ветвь медицинской науки со своей методологией, школами, направлениями и междисциплинарными связями. При этом она не только не утрачивает кровного родства с общей психиатрией, но и сама обогащает ее как в прикладном, так и в концептуальном плане. В российской детской психиатрии за истекшее десятилетие произошла определенная эволюция исследовательских интересов, продиктованная динамикой общественных и природных условий жизни всей страны и отдельных ее регионов, а также связанная с интенсивной интеграцией всей отечественной психиатрии в международные научные программы. Отмечается определенный отход от традиционно приоритетных направлений научных поисков (эндогенные заболевания, хронические неврозы, психопатии, олигофрении) и концентрация внимания на пограничных областях психической патологии.

В структуре последней все большее место за последние годы приобретают различные формы поведенческих нарушений, включающих антидисциплинарные, антисоциальные, противоправные и аутоагрессивные клиничко-социальные девиации. По существу, в детской психиатрии основными направ-

лениями исследования становятся социально-психопатологические аспекты. Актуально изучение, с одной стороны, психической патологии, обусловленной негативной социально-экономической динамикой общества, а с другой – психопатологии, ведущей к обширным негативным социально-популяционным последствиям. К последним прежде всего относятся различные формы интеллектуальной недостаточности, детско-подростковая наркомания и токсикомания, делинквентность и асоциальность в широком смысле.

Что касается макросоциально обусловленной патологии, то здесь большое научно-практическое значение имеют психиатрические и психотерапевтические проблемы сиротства, нищеты и беспризорности, терроризма, явного и скрытого насилия, педагогической запущенности, общей и учебной невротизации, информационного бума, коммерциализации жизни, миграции населения, ломки национальных традиций, идеологического вакуума и разобщенности поколений, классового расслоения общества и др. Болезненно преломляя хрупкую психику ребенка, эти общественные процессы обуславливают увеличение острых реактивных состояний, посттравматических стрессовых расстройств, патологической агрессивности и вандализма, рост социально-психологического инфантилизма, различных форм школьной дизадаптации, ведут к развитию аддитивных состояний и их психологических антиподов – компьютерного синдрома, религиозно-сектанской метафизической интоксикации. В конечном счете это приводит к росту личностных аномалий и психических заболеваний среди подрастающего поколения, что представляет собой серьезную угрозу будущему страны, ее национальной безопасности. Порочный круг психиатрически-социальных и социально-психиатрических влияний замкнулся. К нему примыкает общая для взрослой психиатрии и всей медицины макросоциальная проблема экологических катастроф и общего неблагополучия окружающей среды, что особенно негативно влияет на растущий организм и формирующуюся психику ребенка.

Таким образом, сама жизнь диктует динамику развития детско-подростковой психиатрии как науки. Социальная направленность детской психиатрии на нынешнем этапе определяет соответствующий приоритетный объект исследования, а именно социально-психические феномены, и адекватные методы их изучения – популяционные, эпидемиологические, клинико-социальные и социально-психологические, транскультуральные, лонгитудинальные и проч.

И здесь сразу же возникает объективная проблема. Казалось бы, раз задачи перед детской психиатрией ставит сама жизнь, то и научные изыскания должны быть максимально приближены к повседневным условиям жизни детей и подростков. Психиатрические проблемы школьной дизадаптации логичнее всего изучать в школе, психосоматические проблемы – в педиатрическом стационаре, проблемы детской преступности – в пенитенциарных учреждениях, проблемы сиротства – в домах ребенка, приютах и детских домах. Работая в зонах социальных и экологических бедствий, психиатр-исследователь должен иметь возможность обследовать всех детей, а не только тех, кого привели к нему родители (сами пострадавшие и нередко убежденные средствами массовой информации в том, что психиатр - «враг народа»).

Однако, действующий Закон о психиатрической помощи лишает детских психиатров этих возможностей. Отсюда ущербность получаемой научной информации, отсюда же недостаточная эффективность практического внедрения результатов научных исследований, невозможность реализации социально-психиатрических программ. Как результат – плачевная статистика: научно доказанная потребность детско-подросткового населения в психиатрической, психотерапевтической и психопрофилактической помощи удовлетворяется лишь на 10%! (Государственный доклад «Положение детей в Российской Федерации», 1994, с. 21).

Тем не менее, можно подвести определенный итог научного развития детской психиатрии за последние годы и отметить основные направления текущих исследований в этой области, проводящихся в ведущих учреждениях страны. Только за последние пять лет по психиатрическим проблемам детства защищено более 40 кандидатских и докторских диссертаций. Они касаются различных проявлений психического дизонтогенеза и нарушений психосоциальной адаптации; психической патологии раннего возраста и в состояниях депривации; стрессогенных и пограничных в широком плане расстройств, в том числе последствий социальных и экологических катастроф. Традиционно активно изучается психоорганическая патология; одновременно все более актуальными становятся психосоматические и психотерапевтические исследования. В качестве положительной тенденции можно отметить интерес к «детским» проблемам со стороны не только ведущих педопсихиатрических клиник, но и все большего числа общепсихиатрических учреждений.

К сожалению, традиция широкого обнародования и обсуждения научных достижений в области

детской психиатрии, существовавшая в докризисно-перестроечное время на регулярных съездах, конференциях и семинарах, проходивших в разных городах страны, остается лишь приятным воспоминанием. Последняя научно-практическая конференция детско-подростковых психиатров состоялась в Самаре восемь лет назад. До сих пор нет ни одного профессионального журнала по детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Рядовому врачу просто материально не под силу выписывать несколько научных журналов, содержащих интересующие их статьи, чтобы оставаться в курсе современных достижений в области детской психиатрии.

Переходя к освещению организационных проблем детской психиатрии следует констатировать назревшую необходимость в реформировании детско-подростковой службы психического здоровья.

Общий кризис здравоохранения не обошел и детскую психиатрию. Повсеместно сокращается количество стационарных коек для детей и подростков. Если раньше тяжело больного ребенка можно было привезти в Москву, Санкт-Петербург или другой крупный город, располагающий детским психиатрическим стационаром, то сейчас это невозможно из-за дороговизны транспорта. Во многом из-за этого такое уникальное и самое крупное в стране учреждение, как ДПБ № 6 в Москве, располагавшее ранее 1200 койками, за последние годы сократилась более, чем на половину. С подростковыми стационарами дело обстоит и того хуже. То же можно сказать о детско-подростковой психотерапевтической службе, представленной на карте государственного здравоохранения единичными островками. Не лучше дело обстоит и с психологическим обеспечением службы психического здоровья. При обилии выпускаемых в стране психологов, даже в Москве из 138 поликлинических ставок детских психологов заполнено всего 30. Тем временем ряд региональных министерств и комитетов здравоохранения вообще отказались от внештатных должностей главных детских психиатров. Там же, где таковые остаются, – это, как правило, бескорыстные энтузиасты, полностью зависимые от главных психиатров (как правило, это главные врачи центральных стационаров или диспансеров) и в материальном, и в административном, и в организационном плане.

Альтернативой этому процессу могло бы стать расширение специализированной детской и подростковой диспансерной службы, а также создание региональных психопрофилактических междисциплинарных Центров для детей и подростков, находящихся вне психиатрических учреждений и объединяющих, помимо детских психиатров и психотерапевтов, школьных психологов и психологов детских дошкольных учреждений, школьных врачей, дефектологов, логопедов, нейропсихологов, семейных психологов, социальных работников и прочих специалистов.

Задачи подобного приближенного к населению междисциплинарного Центра должны заключаться в профилактике пограничных психических расстройств и социальной дизадаптации детей и подростков, ранней коррекции школьной декомпенсации, проведении скрининговых обследований воспитанников детских учреждений и учащихся, статистике мягких форм психической патологии, популяризации психолого-психиатрических знаний, лицензировании специалистов, в том числе работающих в негосударственных детских учреждениях.

Разработанный группой ведущих специалистов Ассоциации детских психиатров и психологов и Российского общества психиатров Проект приказа МЗ РФ «О реорганизации государственной психиатрической помощи детям и подросткам» исходит из принципов активной профилактики, раннего выявления нервно-психических расстройств и отклонений в психическом развитии детей и подростков, своевременного оказания комплексной специализированной помощи ребенку с психическими нарушениями и его семье, повышения ее доступности, приближенности к населению и доверия к ней граждан, приобретения ею организационно-финансовой самостоятельности при сохранении научно-методического и образовательного единства с общей психиатрией, а также при большем сближении с общепедиатрической сетью, развития междисциплинарной интеграции с государственными и негосударственными учреждениями образования, социального развития, правоохранительными и другими немедицинскими структурами. Основные положения данного Проекта предусматривают: введение в номенклатуру медицинских специальностей и в перечень должностей таких специалистов, как «Детский психиатр», «Психотерапевт детско-подростковый», «Нарколог детско-подростковый», «Детско-подростковый медицинский психолог»; создание при Управлении охраны материнства и детства МЗ Отдела детской психиатрической службы, включающего Главных специалистов вышеназванных специальностей и располагающего собственным информационным центром; усовершенствование системы подготовки специалистов детской психиатрической службы; разработку предложений по дополнениям к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; обеспечение в регионах гарантированного развития детской психиатрической службы и преодоление порочной

практики ее материального снабжения по остаточному принципу.

В проекте предлагается реорганизовать существующие формы психиатрической, психотерапевтической, наркологической и медико-психологической помощи детям и подросткам в возрасте от 0 до 17 лет включительно в единое учреждение – **региональную детскую психиатрическую службу** (ДПС) с различными подразделениями, выполняющими весь комплекс лечебно-диагностических и коррекционно-профилактических функций. В качестве первичного звена ДПС предполагается организация **психотерапевтического кабинета** в участковой педиатрической поликлинике, включающей, как минимум трех специалистов – участкового психиатра, участкового психотерапевта, медицинского психолога, а также социального (патронажного) работника со средним образованием. Полный текст проекта приказа МЗ РФ опубликован в приложении к Справочнику по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (1999) и направлен на рассмотрение в Минздрав России.

Надо честно констатировать многолетний перекос в подходе к терапии детей и подростков в сторону преобладания психофармакотерапии и резкого дефицита коррекционно-психологических, психотерапевтических и социально-педагогических направлений. В то же время внедрение адекватных и эффективных методов подобной работы как в практику собственно лечебных учреждений (причем не только психиатрического, а и общепедиатрического профиля), так и учреждений образования, создание комплексных мультидисциплинарных бригад и коллективов обеспечит восстановление баланса между психотерапией (в широком смысле) и биологическими методами лечения. И здесь не обойтись без междисциплинарного и межведомственного взаимодействия с представителями смежных специальностей, прежде всего с педиатрами, психологами, педагогами, социальными работниками, а также представителями правоохранительных служб и армии.

С другой стороны, и психофармакотерапия детей и подростков, оставаясь на сегодняшний день ведущим лечебным методом, находится в состоянии несомненного кризиса. Если в общей психиатрии традиционные, появившиеся на заре психофармакологической эры препараты давно заменены современными, малотоксичными, более эффективными и тонко психопатологически сфокусированными, то в детской практике этот процесс идет с большим трудом. Большинство новых лекарственных средств официально разрешено к применению после 14-16 лет, а апробация перспективных препаратов связана с массой правовых, организационных и методологических сложностей. Так что лозунг: «Все лучшее – детям» здесь явно не срабатывает. Детский психиатр ежедневно сталкивается с дилеммой – лечить по старинке и тем самым нарушать клятву Гиппократу либо на свой страх и риск, фактически преступая закон, назначать то лечение, которое считает нужным.

В странах-изготовителях современные препараты в большинстве своем не прошли испытаний на детском контингенте и поэтому их применение на территориях данных стран законодательно запрещено. В России же без испытаний психотропных препаратов в установленном порядке и соответствующего разрешения Фармакологического Комитета на их клиническое применение (4-я стадия клинических испытаний) в детской психиатрической практике внедрение новых психотропных средств невозможно. Причина столь жесткого контроля кроется в отсутствии специальных исследований, изучающих вопросы безопасности применения лекарств в детской практике. В нашей стране практически отсутствуют работы, направленные на изучение проблемы метаболизма в целом и генетического метаболизма психотропных препаратов в детском возрасте, нет убедительных данных, указывающих на слабость и уязвимость той или иной системы или органов в свете возрастных особенностей при назначении психотропных препаратов, отсутствуют лонгитудинальные исследования безопасности лекарств в детской психиатрии. Подчеркивается незрелость и функциональная слабость различных образований мозга, что может привести к нежелательным последствиям после назначения психотропных средств в детском возрасте, но не указывается в чем эта «слабость» проявляется и как практически в клиническом и общепсихиатрическом аспектах организм детей реагирует или может реагировать на психотропные лекарственные препараты.

Известно, что к 18 годам кора головного мозга достигает уровня организации взрослого человека по количеству связей между нервными клетками. По некоторым данным, рост периферических нервов и их миелинизация происходит по мере накопления мышечной массы, костной ткани и нервов, а процесс миелинизации нервных волокон завершается только к 25-и годам. Все самые интенсивные нейронные связи образуются до 7-летнего возраста, что является наиболее продуктивным периодом в обучении, а в более зрелом возрасте человек пользуется теми связями, которые сформировались к 7-и годам (Д.И. Афанасьев, Н.А. Юрина, 1999 г; Б. Карлсон, 1983).

Несмотря на то, что современные атипичные нейролептики лишены многих побочных эффектов,

свойственных таким широко распространенным в детской психиатрии нейролептикам как аминазин, галоперидол, трифтазин, применение атипичных нейролептиков в детском (рисполепт) и подростковом возрасте (оланзапин) юридически запрещено. В то же время побочные эффекты при назначении типичных нейролептиков и атипичных нейролептиков значительно отличаются в пользу последнего класса препаратов. Так, в частности, атипичные нейролептики (нейролептики второй генерации) на 30% уменьшают риск рецидива шизофрении (P. Weiden, Glasgow, 1998). К примеру, оланзапин при терапии больных с первым приступом шизофрении вызывает акинезию только у 10% пациентов, тогда как галоперидол – у 38% больных (T. Sanger, G. Toffelson et al., 1997). Риск развития поздней дискинезии при назначении галоперидола по сравнению с оланзапином при терапии в течение 2,5 лет в 12 раз выше (M. Dellva et al., 1977).

Аналогичная ситуация сложилась и с антидепрессантами, где трициклические антидепрессанты (ТЦА) также остаются препаратами выбора у детей и подростков несмотря на значительное число и тяжесть побочных эффектов по сравнению с серотонинэргическими (СИОЗС) антидепрессантами.

В России только один серотонинэргический препарат сертралин (золофт) разрешен к применению в дошкольном детском возрасте (с 6-и лет) при терапии обсессивно-компульсивных расстройств, а с 12-и лет препарат разрешен к применению при терапии депрессивных состояний. Остальные зарегистрированные в стране СИОЗС, такие как флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, циталопрам в детской практике не применяются. В отличие от ТЦА, обладающих антихолинэргическими, антиадренергическими, антигистаминными и серотонинэргическими свойствами, что вызывает многочисленные побочные эффекты, побочные эффекты СИОЗС дозозависимы, а осторожный титрованный подбор индивидуальной дозировки обеспечивает адекватную клиническую эффективность препаратов с лучшей по сравнению с ТЦА переносимостью (F. Song et al., 1993).

Существующая ситуация с психотропными препаратами в детской практике в России, вероятно, аналогична положению дел с безопасностью в педиатрии в других странах. Так, например, в США недавно вышел закон, поощряющий фармацевтические компании тестировать выписываемые лекарства на детях. Закон был проведен Конгрессом вследствие недостатка информации о влиянии лекарств и биологических добавок на детей. По закону изготовители лекарств, которые добровольно проводят определенные, обеспечивающие педиатрическую безопасность исследования, могут получить дополнительные 6 месяцев защиты от общей конкуренции после истечения срока патента этих лекарств. До выхода закона компании не тестировали лекарства на детском контингенте из-за этических соображений, стоимости проведения подобных исследований и сравнительно небольшого педиатрического рынка. Цены на тестируемые лекарства повысились менее чем на 1%, а компании, исследующие лекарства в педиатрии, получают грант. Предложение таких финансовых стимулов лекарственной индустрии было сделано для поощрения клинических исследований, и в течение трех лет после принятия закона было проведено свыше 58 педиатрических исследований и дана дотация 25 лекарствам, среди которых такие, как кларитин, вазотек и прозак (R. Zimmerman, 2001).

Следует констатировать, что положение в России с внедрением современных и безопасных препаратов, как атипичных нейролептиков, так и антидепрессантов (серотонинэргических, атипичных трициклических и тетрациклических) в детскую психиатрическую и педиатрическую практику остается неудовлетворительным. По-прежнему препаратами выбора являются нейролептики первой генерации и трициклические антидепрессанты, клинический эффект которых сопряжен с массивными системными и тяжелыми побочными эффектами, нарушающими когнитивные функции детей, снижающими уровень социального функционирования и препятствующими адекватному обучению. В этой связи представляется необходимым обратиться в Фармакологический комитет страны и Министерство здравоохранения РФ с просьбой создать Комиссию по детской психофармакотерапии при Фармакологическом комитете, возложив на нее функции проведения клинических испытаний психотропных препаратов в детской психиатрии в установленном порядке. Комиссию целесообразно создать на основе детских психиатров-руководителей подразделений детской и подростковой психиатрии ведущих научно-исследовательских институтов, кафедр психиатрии, занимающихся проблемой психиатрии детского возраста, и детских психиатрических больниц. С учетом существующего положения о педиатрических возрастных рамках в нашей стране (от 0 до 18 лет) целесообразно отдельно для этого возраста, по аналогии с геронтопсихиатрией и гериатрией, рассматривать в Фармакологическом комитете психотропные препараты, предлагаемые для внедрения в этом возрастном периоде, а также новые показания к их применению.

Ни наука, ни практика не могут развиваться и двигаться вперед без соответствующих кадров.

подготовка которых представляет еще одну важную проблему детской психиатрии. В свете основных направлений развития детско-подростковой психиатрической службы уже не достаточно двух номенклатурных должностей («детский психиатр» и «детский психиатр участковый»), существующих на данный момент при единой официальной специальности «психиатр», распространяющейся на все возраста пациентов - от рождения до смерти. И это при том, что в Номенклатуре «детских» специальностей представлены не только педиатр и детский хирург, но и неонатолог, детский эндокринолог и детский онколог, гораздо более редкие, чем детско-подростковый психиатр. Кстати, для введения в номенклатуру специальности «психиатр детский», обслуживающей пациентов от 0 до 17 лет включительно, коллективом кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО подготовлен полный блок необходимых документов, получивший положительные рецензии. Дело теперь за министерством. Параллельно следует решить вопрос о легализации должностей детско-подросткового психотерапевта, нарколога и медицинского психолога. В противном случае развитие соответствующей помощи будет еще долго оставаться благим пожеланием при нарастающей потребности в ней.

Положительное решение данных вопросов позволило бы уже в ближайшее время более интенсивно готовить (пока в рамках субспециальностей) детско-подростковых психотерапевтов и наркологов (скорее всего по двум встречным моделям – из детских и общих специалистов), медицинских психологов, психосоматологов и микропсихиатров. Для этого также потребуются междисциплинарное и межведомственное взаимодействие с детской неврологией, педиатрией, общей наркологией, общей психотерапией и психологией на уровне последиplomного образования. Такое взаимодействие дало бы также возможность институировать целенаправленную подготовку и усовершенствование таких специалистов, как социальный работник и реабилитолог детства, семейный психотерапевт, арттерапевт, педагог-психокорректор и проч.

Не секрет, что многие «взрослые» психиатры в регионах, совмещая на полставки должности детского специалиста, ни разу в жизни не проходили последиplomного усовершенствования по детской психиатрии. В связи с этим на повестке дня стоит вопрос об обязательном направлении их на соответствующие курсы в рамках планового повышения квалификации.

Что касается подготовки основного контингента детско-подростковых психиатров, то в настоящее время имеются три модели их начального образования: четырехмесячная первичная специализация; годичная интернатура; двухгодичная ординатура. Подготовка же детско-подростковых психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов вообще никак не регламентирована – отсюда их дефицит и недостаточный уровень профессионализма. Такая система уже не соответствует растущим требованиям к качеству специализированной помощи. В перспективе представляется оптимальной следующая схема первичной подготовки данных специалистов: интернатура по общей психиатрии (либо практическая работа во взрослой психиатрической клинике не менее года), после чего – прохождение двухгодичной ординатуры по детско-подростковой психиатрии (в рамках одного учреждения оба этапа составляют содержание трехлетней ординатуры). При необходимости получения дополнительной специализации по детско-подростковой наркологии, психотерапии, психосоматике, психиатрии раннего возраста, судебной и военной экспертизе, продолжительность обучения в ординатуре может быть увеличена еще на 1-2 года.

Актуальность концептуально-методологического и организационно-административного обеспечения подготовки большого контингента квалифицированных медицинских (клинических) психологов как для нужд здравоохранения, так и для учреждений различного государственного и негосударственного подчинения не вызывает сомнений. В то же время само название данной специальности (не говоря уже о круге диагностических, консультативно-экспертных, лечебно-коррекционных задач, входящих в сферу ее компетентности) предполагает наличие диалектических противоречий как внутри ее самой, так и в ее взаимоотношениях со смежными специальностями.

В частности, Комитетом здравоохранения г. Москвы на каждую детскую поликлинику, обслуживающую в среднем 15 000 детского населения, выделена одна ставка медицинского психолога. Большинство из этих 138 ставок не заняты ввиду отсутствия специалистов и низкой заработной платы для начинающих (9-й разряд). Более того, работающие в медицинских учреждениях психологи со стажем переводятся с 14-го разряда на 11-й, поскольку они не прошли аттестацию из-за отсутствия аттестационных комиссий в рамках здравоохранения.

Клинических (медицинских) психологов вообще мало, поскольку данная специальность введена только 3 года назад. Некоторое количество их готовилось полуофициально в Москве и Санкт-

Петербурге. Только в прошлом году был принят Государственный стандарт по данной специальности, но и он не обеспечивает полноценной подготовки для работы в клинике. Последнее может быть обеспечено дополнительным обучением в резидентуре (аналог интернатуры для выпускников медицинских вузов) в течение года.

Первичная подготовка детско-подростковых медицинских психологов, а также совершенствование их профессионализма в качестве диагностов, консультантов и психотерапевтов (психокорректоров) нуждаются в специальной проработке и межведомственном согласовании. Вероятно, здесь возможны различные модели, требующие дифференцированных программ. Как возможный вариант первичная подготовка детско-подростковых медицинских (клинических) психологов может производиться в рамках второго или дополнительного образования из общих и школьных психологов или педагогов-дефектологов (олигофренопедагогов), либо из педиатров (на факультетах медицинской психологии медВУЗов) по дифференцированным программам в течение не менее, чем 2-х лет.

Институтом психотерапии и клинической психологии разработаны дифференцированные программы подготовки медицинских психологов из представителей смежных специальностей (практических психологов, школьных психологов, педагогов-дефектологов, учителей и социальных работников). Сроки обучения их колеблются от 1 до 2,5 лет в зависимости от базового образования. При этом есть возможность готовить такого специалиста без отрыва от основной работы, в тесной связи с направившим его учреждением и с изначальной ориентацией на профиль медицинского учреждения и специфику профессиональных задач.

Предлагаем наше видение узловых проблем подготовки медицинских психологов и путей их решения.

Стремление Министерства образования полностью **монополизировать** подготовку медицинских психологов вредит делу. Министерство здравоохранения, упустив данный процесс из-под своего контроля рискует получить не тех специалистов, в которых нуждается, а тех кого удобно готовить учреждениям образования.

Основной задачей психологических факультетов Московского и Санкт-Петербургского государственных университетов должна стать подготовка **элитных кадров** для научной деятельности и преподавательской работы в ВУЗах, готовящих медицинских (клинических) психологов. Сами же медицинские психологи для практической работы должны готовиться в педагогических и медицинских ВУЗах на соответствующих факультетах. Сосуществование **двух моделей** подготовки специалистов обеспечит здоровую конкуренцию и более дифференцированное выполнение социального заказа.

Соответственно кафедры факультетов медицинской психологии (как педагогических, так и медицинских ВУЗов) должны быть **укомплектованы** высококвалифицированными и имеющими научную степень специалистами - профессиональными **психологами** (пато-, нейро-, педо- и т.д.) и **медиками** (в первую очередь общими и детскими психиатрами, терапевтами, педиатрами и т.д.). В настоящее время встречаются случаи, когда нейропсихологию студентам читает доцент-гигиенист, прошедший двухнедельный “ликбез” по психологии. С другой стороны, психопатологию будущим психологам должен преподавать не рядовой врач-практик и не патопсихолог (пусть даже академик в своей области), а опытный психиатр как минимум с кандидатской степенью. Естественно, **клиническая практика** будущих медицинских (клинических) психологов должна проходить **на лечебных базах** психиатрического, соматического и педиатрического профиля, позволяющих увидеть весь спектр тяжелой (в т.ч. инвалидизирующей) и пограничной (невротической, психосоматической) патологии.

В рамках первичной (базовой) подготовки медицинских психологов следует (где это возможно) предусмотреть открытие в рамках соответствующих факультетов отделений **детско-подростковой медицинской психологии**. Для отработки модели подготовки детско-подросткового медицинского психолога целесообразно создать проблемную лабораторию на базе кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО и одного из педагогических ВУЗов.

Последипломное образование медицинских (клинических) психологов должно осуществляться в учреждениях как медицинского, так и педагогического и иного профиля, располагающих для этого соответствующими возможностями и правами. Это позволит гибко и дифференцированно реагировать на запросы практики. Целесообразно предусмотреть **многоступенчатую систему последипломного образования** медицинских (клинических) психологов, аналогичную таковой для врачей - интернатура, ординатура, аспирантура и т.д.

В рамках **второго или дополнительного образования** специальность медицинского (клинического) психолога могут получать практические и школьные психологи, а также дефектологи-

олигофренопедагоги. Последний контингент для нужд детско-подростковой психиатрии представляется предпочтительным (при условии полноценного базового образования) как в объективном (знание тяжелой нервно-психической патологии), так и в субъективном смысле (профессиональный рост в плане знакомства со сложной личностной организацией психики).

Дипломирование, сертифицирование, лицензирование и квалифицирование медицинских психологов должно осуществляться **совместными комиссиями**, представленными специалистами от образования и здравоохранения, что явится реальным воплощением давно декларируемой межотраслевой интеграции.

К официальной **психотерапевтической** (а не только психокоррекционной) практике смогут допускаться медицинские психологи, прошедшие специализацию по психотерапии, сдавшие соответствующий сертификационный экзамен и в официальном порядке оформившие свою готовность нести такую же юридическую ответственность за жизнь и здоровье пациента, какую несет врач-психотерапевт.

Научно-методическим **центром** по разработке и апробации оптимальных моделей медицинских психологов для нужд здравоохранения должен оставаться Научный психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева в сотрудничестве с другими НИИ, университетами и институтами последипломного образования. Необходим **Госзаказ** на подготовку детско-подростковых медицинских психологов для Москвы и регионов (аналогичный таковому для участковых врачей) и **целевое распределение** выпускников психологических факультетов в детские учреждения здравоохранения.

Дальнейшее усовершенствование детско-подростковых специалистов по общим и узкотематическим вопросам должно строиться по дифференцированному принципу на соответствующих циклах кафедр последипломного образования сроком от 2 до 6 месяцев с регулярным обучением на них каждого (из расчета 2 недели обучения на год практической работы). В учебные планы и программы кафедр усовершенствования по детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии следует ввести циклы повышения квалификации для смежных специалистов (общих психиатров и наркологов, педиатров, невропатологов, общих и школьных психологов, дефектологов, логопедов, социальных работников, работников детских пенитенциарных учреждений и др.).

В усвоении основ психосоматической медицины, психогигиены, пограничной психиатрии, медицинской психологии нуждаются школьные врачи, школьные психологи, валеологи, юристы, педагоги школ и исправительных учреждений, поскольку забота о сохранении психического здоровья детского населения должна входить в круг задач всех, чья деятельность прямо или косвенно связана с подрастающим поколением. Перспективно введение межкафедральных программ по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков в планы обучения студентов медицинских и педагогических ВУЗов.

Последипломным образованием специалистов для детско-подростковой психиатрической службы в стране занимаются три основных учреждения: кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО в Москве; курс детско-подростковой психотерапии МАПО в Санкт-Петербурге; кафедра детско-подростковой психиатрии и наркологии в Челябинске. Эти учреждения проводят циклы общего и тематического усовершенствования для детских психиатров и смежных специалистов, сертификационные циклы по психиатрии. Стремление удовлетворить заявки всех нуждающихся в повышении квалификации заставляют кафедры работать с перегрузкой, перевыполнять план, что не может не сказываться на качестве обучения. С другой стороны, из-за невозможности для рядового врача прожить два месяца в чужом городе (многим их учреждения отказываются полностью оплачивать проезд и командировочные расходы на время учебы) кафедры вынуждены существенно сокращать количество двухмесячных циклов, что также не способствует повышению качества преподавания.

Таким образом, можно констатировать явный отрыв пока еще сохраняющейся положительной динамики в научно-исследовательской сфере от состояния детской психиатрии в организационном и кадровом отношении.

Кардинально эти вопросы могла бы решить Коллегия Минздрава РФ, посвященная состоянию психического здоровья детей (15 мая 2001 г.). Однако, приходится с сожалением констатировать, что никаких кардинальных изменений в ближайшие годы, очевидно, не произойдет. Детская психиатрическая служба и детско-подростковая наркология так и останутся 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 соответствующей

щим уровнем диагностического и лечебного мастерства их окончивших; так и не появится у нас организованной детской психосоматической помощи. Решение упомянутое Коллегии вызывает ряд вопросов и недоумений и по некоторым частным вопросам. Как будет конституирована детско-подростковая психотерапия? Каковы конкретные организационные механизмы взаимодействия здравоохранения с другими ведомствами, причастными к охране психического здоровья детей? На каких основаниях ряд кардинальных задач по развитию детской психиатрии возложен на непсихиатрическое учреждение (НЦ здоровья детей РАМН), в то время как остались «за бортом» авторитетные детские психиатрические клиники и кафедры, обладающие громадным научно-методическим потенциалом? Вопросов и недоумений гораздо больше, чем ответов. А психически больным детям и их семьям по-прежнему остается уповать лишь на ничем не подкрепляемый и никак не стимулируемый государством энтузиазм отдельных специалистов от практики и науки.

Э. Г. Эйдемиллер

ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ

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

Эта статья является воплощением тех мыслей, которые беспокоили автора на протяжении последнего года и всей жизни.

В настоящее время психотерапия - это тот вид духовной практики, который, с одной стороны, наиболее востребован населением разных стран мира, а с другой - предмет разногласий и ожесточенных споров.

Зададим ряд вопросов, а затем попытаемся ответить на них.

Вопрос первый: что такое психотерапия? Самый очевидный ответ: психотерапия - это вид лечения, осуществляемый психологическими воздействиями.

Вопрос второй: почему тогда к психотерапевту приходят люди здоровые, но имеющие психологические проблемы, - супружеская ревность, обида на детей, непослушание детей, их плохая успеваемость, конфликты поколений в семье. Угроза развода и ситуация в семье после развода, как правильно воспитывать детей, и можно ли бабушкам/дедушкам любить внуков больше, чем их собственным родителям и др.? Причем, после консультации с психотерапевтом, психологом многие клиенты находят путь решения проблемы и чувствуют себя увереннее. Если при ответе на первый вопрос психотерапия выступает как вид медицинского вмешательства, лечения, то при ответе на второй - как духовная практика, опирающаяся на парадигму здоровья и направленная на поиск и раскрытие глубинных смыслов бытия.

Психотерапия - это лечение или психологическое сопровождение человеком человека, переживающего кризис бытия?

Психотерапия - это медицина или гуманитарная практика? Теоретическими концептами психотерапии является/являются естественно -научная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная парадигма?

С нашей точки зрения психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, новая междисциплинарная специальность, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения) как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология, этика и др.

Следовательно, психотерапевтическая деятельность в нашей стране не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и социальными работниками, т.е. профессионалами, имеющими соответствующую додипломную и последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Другое следствие сделанного нами определения психотерапии - это то, что психотерапевтическая деятельность должна регламентироваться соответствующим Законом РФ, а не подзаконными актами разных министерств.

Можно предложить еще несколько определений психотерапии. Психотерапия - это система психологических воздействий на клиента/клиентов как открытую живую систему с целью оптимизации его/их функционирования. С нашей точки зрения, это определение, психологическое по своей сути, опирается на основные положения системного подхода, которые наиболее плодотворно разрабатываются в семейной психотерапии (1, 2).

Наконец, можно предложить еще одно определение психотерапии, которое тоже относится к психологическим, но в нем в лучшей степени подчеркнуты партнерские отношения психотерапевта и клиента: психотерапия - это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента/клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия.

Можно продолжить ряд определений психотерапии, и это сделают не менее эффективно другие специалисты, но возникает очередной вопрос: почему приведенные определения являются по своей сути в большей степени психологическими, нежели медицинскими? Поэтому отвечу, будучи врачом по образованию и по специальности, что есть желание поддержать психологов, оказывающих психотерапевтические услуги, поскольку их роль и место в современном культурном и административном контекстах России являются весьма значительными, но они неравноправны по сравнению с врачами.

Законодательство РФ, регулирующее оказание медицинских услуг, закрепляет это право лечить только за специалистами медицинского профиля и оставляет за скобками деятельность психологов, педагогов, специалистов по лечебной физкультуре без медицинского образования, работающих в органах здравоохранения и вне их. Законодательная база о здравоохранении была создана на основании редуccionистских теорий здоровья и болезни и в настоящее время требует существенной модернизации.

Для того, чтобы понять роль и место психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России в частности.

В развитии культуры выделяют три эпохи (3, 4, 5) :

1. премодерн;
2. модерн;
3. постмодерн.

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать или приписывать причинно-следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод - психоанализ, основанный на наблюдении и интроспекции З. Фрейда и теория условных рефлексов И.П. Павлова и основанные на ней методы поведенческой психотерапии.

Здесь следует более подробно остановиться на основных положениях, которые вызывают дискуссии в методологии современной психотерапии: метод, направление, школа и техники.

Метод - это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что психоанализ являет собой две ипостаси - мировоззрение и метод психотерапии.

Направление - это группа методов психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, т.е. технологическом воплощении этих теорий.

Школа - это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т.д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д.Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия невротиков В.Н. Мясищева.

Техники - это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Время становления эпохи постмодерна - весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х годов XX века и наши дни. Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки:

- Принцип ризомы¹ (6) предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для описания этого принципа в наибольшей степени подходит понятие

¹ Ризома – это особый тип строения корневой системы, в котором элементы корневой системы так перемешаны с почвой, что невозможно определить, где корень, а где почва.

«контекста переживаний», «взаимодействия», «семейного контекста», которое пришло из семейной психотерапии (1, 7, 8) Контекст бытия - это поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

- Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме, которой мы занимаемся много лет и которую считаем одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых, «маленькие» детали, например, уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах в психодраме протагониста имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы. Ризома пришла на смену структуре.

- Критика абсолютизма разума, так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последствия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

- Критика классической противопоставленности субъекта и объекта. Согласно этому критерию взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как интерсубъективные.

На сеансе индивидуальной психотерапии в случае явлений переноса и контрпереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (см. рис. № 1).

В начальной фазе психотерапии психотерапевт, имеющий личную биографию, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я», демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, а также - веру и надежду, что психотерапевт ему поможет. Границы личностного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором главными сенсациями являются взаимовосприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт, и в этом его сила и профессионализм, усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

На заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичная личность, освободившаяся от зависимости от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. В случае профессионализма занятиями психотерапией психотерапевт всегда оказывается в выигрыше в выстраивании собственной личности. В случае непрофессионализма контрпереносы разрушают его личность.

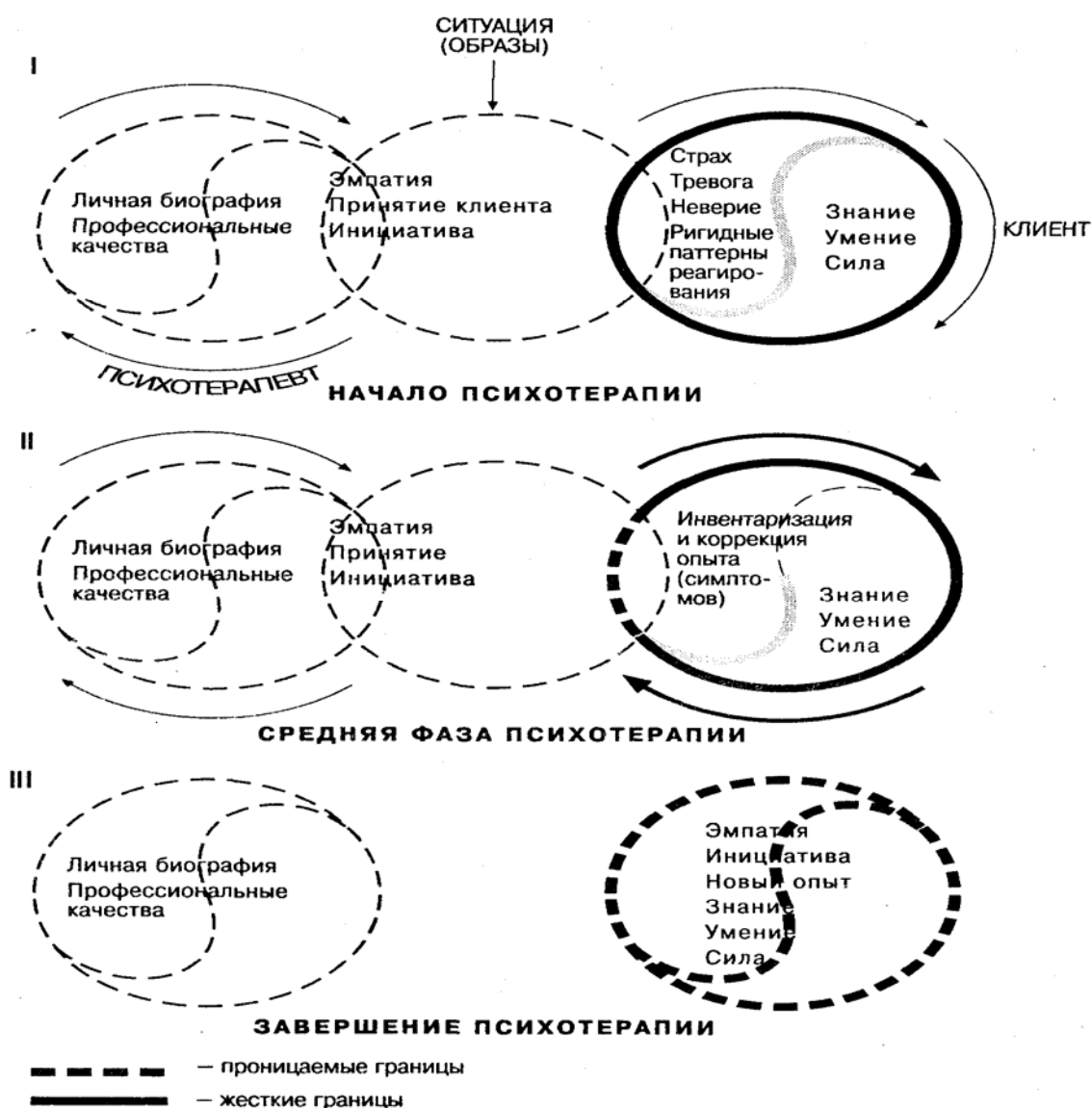


Рис. 1. Фазы индивидуальной психотерапии

- В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности, который предполагает жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

- Основными теориями в философии и психотерапии становится теория социального конструктивизма и нарративный (описательный) подход (9, 5). Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало понятным, что так называемые «очевидные» в биологии факты далеко не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем, оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи. Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить. «Язык - это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму «разговора» (2).

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать каким-то определенным образом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол - это то, что наиболее часто обозначается этим словом» - это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих

условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов - «практичность» вместо «истинности». Наверное, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки «понимающего общения».

- Ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности. Речь идет об ответственном самоформировании (13). Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от завоевательности и расширительности в области духовных практик. События 11 сентября 2001 года показали, что свобода не стала главной ценностью эпохи постмодерна. Ценность свободы заявлена, но не создана. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России является противоречивым: все говорят об объединении, но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных специалистов.

Тема, которая волнует всех, но о чем никто не говорит вслух, это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние - это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

- Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания. Отношения традиционной медицины, в частности, так называемой научной психотерапии с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная медицина отвечает игнорированием официальной медицины. Если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то мы должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

- Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической культуры с ее стремлением к чистоте. Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим законам. Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть река, луга, кустарники, деревья, различная живность, которая является самоценной, но ни в коем случае не выступает в роли «младших братьев», небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

В настоящее время исследователи насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение количества методов связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Для того, чтобы лучше ориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М.М. Решетникова (10) и подразделить методы психотерапии по следующим направлениям (3):

- 1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
- 2) поведенческая психотерапия;
- 3) когнитивная психотерапия (причем, эти два направления часто объединяют) (11);
- 4) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
- 5) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
- 6) семейная психотерапия.

Разумеется, в современной России одни направления психотерапии лучше развиты, как скажем, первое, второе, четвертое, а другие - значительно хуже, например, семейная психотерапия.

Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и имеет больше противников в нашей стране, чем сторонников.

Какие у меня есть основания выделить семейную психотерапию в самостоятельное направление ?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Мне повезло быть вместе с В.К. Мягер, А.И. Захаровым, Т.М. Мишиной, В.М. Воловиком, В.В. Костеревой и А.С. Спиваковской основоположником семейной психотерапии в СССР и России. Мы поняли, что семья - уникальный социальный организм, имеющий свои специфические признаки, свои механизмы и теории функционирования:

- 1) структура базисных семейных ролей;
- 2) учение о вертикальных и горизонтальных стрессорах - концепция «патологизирующего семей-

ного наследования» (12, 7, 8);

3) семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;

4) семейные подсистемы и границы;

5) семейные мифы;

6) семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» (12, 1).

Во-вторых, наличие разнообразных теорий, объясняющих функционирование семей как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей - психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии - скорее дополняют друг друга, чем опровергают.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с моей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвиг фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте В. Сатир и К. Витикера.

В заключение хочется пожелать себе и своим коллегам учиться пониманию, терпению и толерантности, расти самим и не мешать росту других.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 2-е изд.-СПб: Питер, 1999.- 656 с.

2. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В. Семейная психотерапия (хрестоматия по психотерапии), - СПб: Питер, 2000.-512 с.

3. Эйдемиллер Э.Г. Роль и место психотерапии в контексте современной культуры. Предисловие к монографии Браун Дж, Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии.-СПб: Питер, 2001.- С. 8-16.

4. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. М.: Прогресс-Культура; изд. Агенства «Яхтсмен», 1995.-608 с.

5. Seltzer W.J. Культурно-исторические особенности работы семейного психотерапевта в Норвегии // Семейные психотерапевты и семейные психологи: кто мы? Материалы международной конференции – СПб.-2001.- С. 26-27.

6. Deleuzeg., Guattari F. Rhizome.-Paris, 1976.

7. Nichols M.P. Family therapy/Concepts and methods.N-Y, London:Gardner Press, 1984.

8. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. – СПб: Питер. - 2001. - 352 с.

9. Efran J.S., Lukens R. J., Lukens M.D.Constructivism : What` s in it for you? Knowing when a table is not sofa.// The evolving Therapist Ten Years of the family Therapy Networker.-N.Y.: The Guilford Press, 1992/ - P. 265-276.

9. Решетников М.М. Актуальные вопросы реформ в Российской психотерапии\\Семейные психотерапевты: кто мы? Материалы международной конференции – СПб: Иматон, 2001.- С. 12-20.

10. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейный контекст соматоформных расстройств. Там же, см. выше. - С. 106-111.

11. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Семейная психотерапия.-Л.: Медицина, 1990.- 192 с.

12. Козловский П. Культура постмодерна: общественно-культурные последствия технического развития. -М.: Республика, 1997.-240 с.

Е. О. Смирнова

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К СВЕРСТНИКАМ

У ДОШКОЛЬНИКОВ, РАСТУЩИХ БЕЗ СЕМЬИ

Психологический институт РАО. Москва.

Дети, живущие в закрытых детских учреждениях (детских домах и домах ребенка) представляют собой совершенно уникальный контингент. Можно было бы думать, что ребенок, воспитывающийся без родителей, предоставленный самому себе, получающий при этом хороший уход и нормальное медицинское обслуживание, обеспеченный игрушками и посещающий учебные занятия, располагает всеми возможностями для развития своей самостоятельности и активности. Однако, первое, что отмечают педагоги и психологи при исследовании таких детей - это сниженный уровень инициативности и самостоятельности у воспитанников детского дома, их безразличное, пассивное отношение ко всему окружающему (3).

Как было показано в исследовании С.Ю. Мещеряковой, в раннем возрасте эти дети не проявляют яркого интереса к предметам, пассивны в своей предметно-манипулятивной деятельности, и, как правило не привлекают к ней взрослых (3, глава 2). При виде новых игрушек они чаще всего проявляют страх и желание спрятаться от новых непонятных впечатлений. Значительно позже своих семейных сверстников они начинают реагировать на положительные и отрицательные воздействия взрослого, они не чувствительны к оттенкам отношений взрослого и проявляют своеобразную эмоциональную глухоту. Дети в домах ребенка слабо различают порицания и поощрения взрослого и почти не реагируют на них. Такая нечувствительность к оценке приводит к существенной задержке в предметных действиях и в развитии речи, поскольку и то и другое требует ориентации на взрослого как на образец и способности менять свои действия под влиянием его замечаний.

Еще большие различия наблюдаются между детьми из семьи и из детского дома в дошкольном возрасте. Прежде всего существенно различается уровень общения ребенка со взрослым. При нормальном развитии общения на протяжении дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) сменяются три формы общения, для каждой из которых характерно свое содержание коммуникативной потребности (1) и свои мотивы.

В младшем дошкольном возрасте ведущей выступает ситуативно-деловая форма общения, когда доминируют деловые мотивы общения и потребность в сотрудничестве со взрослым. К 4-5 годам складывается внеситуативно-познавательное общение, когда взрослый становится источником новых знаний и на первый план выходят познавательные мотивы общения, а вместе с ними – потребность в уважении и положительной оценке взрослого. К концу дошкольного возраста возникает внеситуативно-личностная форма общения, когда появляется стремление к сопереживанию и взаимопониманию и взрослый начинает выступать не только как партнер по игре или источник информации, но и как носитель социальных и индивидуальных качеств.

Дошкольники из детского дома, как правило, не способны к внеситуативно-познавательному, а тем более личностному общению со взрослым, хотя потребность в общении с ним выражена у них даже более ярко, чем у семейных детей. Но эта потребность ограничена стремлением к физическому контакту со взрослым, к его вниманию и доброжелательности, что при нормальном развитии характерно для младенцев первого полугодия. Гораздо предпочтительнее любых разговоров и любой совместной деятельности остается для них прямой физический контакт: даже 5-6-летние дети стремятся забраться на колени взрослого, обнять его, взять за руку и пр. Потребность в эмоциональном, ситуативно-личностном общении, оставшаяся неудовлетворенной в младенческом возрасте, остается главной даже у старших дошкольников. Такое искажение в развитии общения со взрослым отражается на других сферах психической жизни детей, растущих без семьи.

Существенно отличаются и игры воспитанников детского дома. Игровые действия они осуществляют формально, не осмысливая и не переживая их, хотя внешний рисунок этих действий может вполне соответствовать выбранному сюжету.

Важной отличительной особенностью воспитанников детского дома является их повышенная ситуативность, которая проявляется и в поведении, и в представлениях и в желаниях ребенка. В отличие от своих семейных сверстников, они неспособны самостоятельно выполнять правила игры, владеть своим поведением, сдерживать свои непосредственные желания. Сами эти желания, как правило, не осознаются или имеют ситуативный характер. Так, на вопрос взрослого: «Что ты больше всего любишь?» или «Что бы ты попросил у волшебника?», детдомовские дети называли какой-нибудь предмет, который находился у них перед глазами: мишку, стул, карандаш. Их желания, как правило, совпадали с конкретной ситуацией и с воспринимаемыми предметами. В отличие от этого, дошкольники

того же возраста (5-6 лет) из семьи давали на те же вопросы самые разнообразные ответы, выходящие далеко за пределы ситуации и отражающие смыслы и ценности детской жизни (3, глава 4).

Столь же ситуативными и однообразными являются представления этих детей о собственной жизни и собственных действиях. Большинство воспитанников детского дома не в состоянии рассказать, чем они занимались на занятии всего полчаса тому назад, что они будут делать вечером. Их воспоминания и планы сводятся исключительно к режимным моментам: спать, гулять, есть. Такая стереотипность и однообразие представлений детей может отчасти объясняться бедностью их впечатлений или отсутствием ярких событий. Однако, как показывают исследования, не это является главным.

Специальные эксперименты показали, что дети, воспитывающиеся в условиях детского дома, не выделяют себя из коллектива. Все происходящее ребенок воспринимает не как события своего личного опыта, а отстраненно, как нечто не имеющее к нему отношения. Например, они могут не помнить какую-нибудь интересную игру, в которую играли вчера, или не заметить, что происходит на сцене театра. Один и тот же эпизод, который становится волнующим событием для ребенка из семьи, для воспитанника детского дома остается незамеченным. Невыделенность себя и неразвитость самосознания ребенка в дошкольном возрасте проявляются в эмоциональной глухоте, в отсутствии ярких переживаний и в ограниченность внутренней жизни ребенка (5).

Таким образом, как показывают исследования, дети, растущие в дефиците личностного общения со взрослыми, отличаются неразвитым самосознанием и невыделенностью себя из окружающего мира.

Но отражается ли это обстоятельство на взаимоотношениях детей? Ведь в детском доме они имеют неограниченную возможность для общения со сверстниками, для налаживания самых близких и разнообразных отношений с другими детьми. Кроме того в детском доме дети постоянно живут общей жизнью: они находятся вместе, у них общие предметы, общие занятия, единое пространство жизнедеятельности, одни и те же воспитатели. Казалось бы, все это должно связывать и объединять детей. Но достаточно ли этого пространственно-временного единства для формирования психологической общности детей? Стимулирует ли они полноценное развитие детских межличностных отношений?

В семье ребенок растет, как правило, в обстановке любви и внимания, испытывая не только объектное, оценочное, но и личностное отношение окружающих взрослых, которое характеризуется чувствительностью к потребностям ребенка и его безусловным принятием. В детском доме дети являются для взрослых скорее объектом ухода или обучения, чем полноценными субъектами собственной жизни. В то же время, в детском доме, в отличие от семьи, дети с раннего возраста живут вместе со сверстниками, их связывает общая жизнь и общие переживания.

Что же является более важным для развития межличностных отношений - богатый опыт общения и совместная жизнедеятельность или личностное отношение взрослого? Для ответа на этот вопрос было проведено специальное экспериментальное исследование, в котором сравнивался характер межличностных отношений дошкольников в двух выборках - у детей, воспитывающихся в семье, и воспитанников детского дома.

В качестве методов использовалось наблюдение за свободным взаимодействием детей; анализ детских конфликтов; а также две игровые методики - Лото и Строитель. Коротко остановимся на их содержании.

В методике «Лото» детям предлагалось поиграть в новую интересную для них игру - заполнить карточки Зоологического лото соответствующими изображениями животных - наперегонки. Обычно дети заинтересовывались игрой и стремились поскорее ее начать. Но при распределении карточек «внезапно» обнаруживалось, что карточек не хватает: их на одну меньше, чем детей. Возникла достаточно сложная ситуация: ребятам предстояло сделать выбор - кто будет играть сначала, а кто потом. Если никто из детей не мог уступить, детям предлагалось тянуть жребий. В методике «Строитель» участвовали двое детей - сторож и строитель, которые по очереди осуществляли строительство задуманного объекта - один строил, а другой наблюдал. В ходе строительства взрослый 3 раза хвалил и 3 раза порицал строящего ребенка и его работу, обращаясь при этом к наблюдающему и пытаясь согласовать с ним свою оценку. Кроме того, в группах дошкольников организовывались спортивные соревнования, где дети могли «болеть» друг за друга и поддерживать товарищей.

Во всех ситуациях фиксировались следующие показатели:

- эмоциональная вовлеченность ребенка в свои действия и действия сверстника;
- реакции на успех и оценку своих действий и действий сверстника;
- просоциальное поведение ребенка (способность уступить, поделиться, помочь другому);

Данные показатели оценивались по специально разработанным шкалам.

В экспериментах участвовали две группы детей: дошкольники 4-6 лет, воспитывающиеся в семье и посещающие детский сад, и воспитанники детского дома того же возраста. Следует отметить, что выбранный детский дом считается одним из лучших в Москве, поскольку дети там материально лучше обеспечены, чем в других детских домах.

Остановимся на полученных результатах.

Результаты наблюдения за свободным взаимодействием детей, живущих в семье и в детском доме, выявили серьезные качественные и количественные отличия в их поведении. В первую очередь бросается в глаза то, что для детей, растущих в детском доме, характерно равнодушное и даже пренебрежительное отношение сверстникам. Они как бы не видят и не слышат друг друга. Если в детском саду дети достаточно активно взаимодействуют друг с другом, живо интересуются действиями сверстника, их реакцией на собственные успехи, то в детском доме дети практически не замечают не только действий сверстника, но и его очевидных и острых эмоциональных реакций. В подтверждение этого приведем несколько примеров.

Люба, 5 лет, сидела на скамеечке и рисовала. К ней подошел Леша, сел рядом и толкнул Любу так, что она упала. Видимо, больно ударившись, она начала громко плакать, но ни Леша, ни кто-либо другой из детей не обратили на это никакого внимания и тем более не попытались помочь девочке или пожалеть ее.

Юра, 4,5 лет, на прогулке выхватил у Лены куклу и сильно толкнул ее. Она упала и стала громко плакать навзрыд. Ни один ребенок не обратил внимания на происходящее. Остальные не проявили не только сопереживания, но и никакого внимания к плачущей девочке. Вскоре Лена успокоилась, сама встала и пошла, не проявляя никаких эмоций, будто ничего не произошло.

Можно было бы привести еще множество примеров, которые иллюстрируют безразличие детей друг к другу и полное отсутствие чувствительности к переживаниям сверстника.

Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что у детей, воспитывающихся в детском доме, в отличие от семейных, нет явных предпочтений в общении. В детском саду уже в 4-5-летнем возрасте можно наблюдать устойчивые пары или небольшие группы детей, постоянно общающихся между собой. В детском доме таких предпочтений не было, дети одинаково общаются со всеми, не образуя устойчивых групп. Если в детском саду, начиная с 5 лет, уже существуют лидеры внутри группы, то в детском доме никакого явного лидера не существует; никто не выделяется из коллектива; все дети ведут себя сходным образом, никто не демонстрирует индивидуального стиля поведения.

Похожие результаты выявились и при анализе игровых методик. Дети из детского дома были значительно меньше заинтересованы своей собственной деятельностью, чем дети из семьи. Если семейные дети сосредоточенно и с интересом выполняли данное им задание (собрать карточки Лото или построить дом) и целиком погружались в процесс работы, то воспитанники детского дома не проявили никакого интереса к порученным действиям, были рассеяны и невнимательны к тому, что они делают. Показатель вовлеченности в свою деятельность был у них более чем в 2 раза ниже, чем у семейных детей (6 баллов против 14). Значительно больше привлекала их возможность общения со взрослым – они стремились подойти поближе, прикоснуться к нему, часто посматривали, смущались и пытались угодить ему. Очевидно, что взрослый интересовал их больше, чем собственные предметные действия.

Еще более разительные отличия были получены при сравнении эмоциональной вовлеченности в действия сверстника. Дошкольники из семьи, особенно в пятилетнем возрасте, проявляли яркий интерес к работе сверстника – внимательно следили за его действиями, комментировали их, давали советы, иногда даже забывая о своих задачах. Воспитанники детского дома, напротив, практически не проявляли интереса к работе сверстников – часто отвлекались, заговаривали с экспериментатором на посторонние темы. В результате, по суммарным баллам, оказалось, что вовлеченность в действия сверстника у детдомовских детей в 3 раза ниже, чем у семейных (5,4 и 15 баллов соответственно).

Интересные различия были выявлены в реакциях детей на оценку своих действий и действий сверстника. Дети из семьи были значительно больше ориентированы на оценку собственных действий – постоянно ждали оценки взрослого, а иногда даже требовали ее. Дети из детского дома обычно не требовали оценки экспериментатора и очень слабо реагировали на нее. Оценка была для них только проявлением внимания со стороны взрослого. Для них значительно важнее было общее расположение взрослого, чем его конкретная оценка их деятельности. Дети из семьи реагировали на положительную оценку сверстника достаточно спокойно и доброжелательно, за исключением некоторых пятилетних детей, которые проявляли резко негативное отношение к работе сверстника, стараясь свести на нет все его достижения. При этом они постоянно сравнивали работу сверстника со своей.

Дети из детского дома также не были безразличны к оценке сверстника. На фоне общего равнодушия к работе другого ребенка и низкой эмоциональной вовлеченности в его действия наблюдалась относительно яркая реакция на положительную оценку действий сверстника. Даже те, кто совершенно не обращал внимания на своего партнера, очень живо откликались, когда слышали, что взрослый хвалил его. Они, как правило, сразу смотрели на своего партнера, на то, что он делает, и пытались переключить на себя внимание взрослого: «Я тоже могу», «У меня тоже все хорошо». Здесь наблюдалась своеобразная ревность. Было очевидно, что они боялись потерять внимание и расположение взрослого и в сверстнике видели угрозу для себя. При этом какой-либо возрастной динамики здесь не наблюдалось - шестилетние дети реагировали на поощрение сверстника столь же ревностно, как и пяти- и четырехлетние. Согласие с положительной оценкой сверстника наблюдалось у них лишь в исключительных случаях. В отличие от этого с отрицательной оценкой сверстника они соглашались практически всегда. Воспитанники детского дома охотно подтверждали негативную оценку взрослым сверстника, не обращая особого внимания на результат его работы и не задумываясь над тем, насколько эта оценка справедлива.

В выборке семейных детей по данному показателю наблюдалась ярко выраженная возрастная динамика: если дети 4 и 5 лет, как правило, подтверждали отрицательную оценку сверстника, то в 6 лет большинство детей не соглашались с ней. В этом возрасте ребята становились более внимательными к настроениям и состояниям сверстников и стремились не огорчать их.

В качестве примера можно привести поведение Саши, который работал в методике «Строитель» в паре с Асей. Сначала он охотно соглашался, что у Аси ничего хорошего не получается, но, заметив, что девочка сильно расстраивается и не пытается с ним спорить, стал яростно хвалить ее работу, хотя у на самом деле у Аси по-прежнему получалось все не слишком хорошо.

По окончании строительства взрослый просил ребенка-наблюдателя самостоятельно оценить результат работы сверстника.

В семейной выборке наблюдались существенные различия по характеру оценки работы сверстника в зависимости от возраста детей. Если в 4-5 лет дети часто оценивали результаты сверстника отрицательно (или безразлично), то к 6 годам значительно возросло число положительных оценок. У дошкольников из детского дома такой возрастной динамики обнаружено не было. Для детей всех возрастов была характерна неадекватно острая реакция на похвалу сверстника и полное согласие с его порицаниями. У этих детей преобладали отрицательные оценки действий сверстника на протяжении всего дошкольного возраста.

Существенно различается также и характер просоциального поведения в двух группах детей. В группе семейных детей показатель просоциального поведения несколько снижался к 5 годам и резко возрастал к 6-летнему возрасту. Для шестилетних детей просоциальное поведение было преобладающим: они практически всегда уступали карту лото или очередь играть сверстнику, не расстраиваясь и не огорчаясь при этом, что соответствует нормальной возрастной динамике развития детских межличностных отношений (2, 4). У детей из детского дома просоциальных актов поведения практически не наблюдалось - никто из них добровольно не уступил свою очередь играть сверстнику. Лишь двое детей 6-летнего возраста отдали свою карту лото по жребию и по настоятельной просьбе взрослого. Воспитанники из детского дома (в отличие от семейных дошкольников) категорически отказываются что-либо делать в пользу сверстника; если они и отдают доставшийся им предмет, то только по просьбе взрослого, причем именно взрослому, а не сверстнику. Все это может свидетельствовать о сниженном уровне сопереживания сверстнику.

Этот факт подтвердился также при анализе поведения детей в игре «Соревнование», где дети, наблюдая соревнующихся сверстников, могли «болеть» за них, т.е. проявлять сопереживание их успехам. Сопоставление сопереживания ровесникам у дошкольников из детского сада и детского дома свидетельствует о том, что у последних этот феномен в контактах со сверстником фактически отсутствует. Обращает на себя внимание общая сниженность всех эмоциональных проявлений во время экспериментальной игры (у воспитанников детского дома она в 10-12 раз ниже, чем у детей из детского сада). Участники игры крайне скудно выражали свои переживания как по поводу своих успехов и неудач, так и достижений сверстника.

На фоне общего безразличия к сверстнику только несколько детей 5-7 лет из детского дома держали свое внимание на игре ровесника. Однако, они делали это без какой-либо эмоциональной включенности, при минимуме выразительных средств. Такое спокойное безразличие воспитанников детского дома особенно контрастировало с яркими эмоциональными проявлениями и полной вклю-

ченностью в ту же игру детей из детского сада, которые кричали, визжали, громко выкрикивали призывы, поддерживая своих друзей.

Остановимся теперь на сравнительном анализе конфликтов между детьми, воспитывающимися в семье и в детском доме (2, исследование А.Г. Рузской).

На первый взгляд, можно было бы предположить, что недоброжелательность и отсутствие сопереживания сверстнику у воспитанников детского дома будет порождать большее число напряженных конфликтов. Однако, наши результаты свидетельствуют, что это далеко не так. В обеих выборках было зафиксировано примерно равное количество конфликтов. Вместе с тем, конфликты между детьми в детском саду и в детском доме различаются по целому ряду параметров. Во-первых, поводы для конфликтов с ровесниками у дошкольников из детского сада и детского дома неодинаковы. В детском саду дети ссорятся в основном из-за игры и из-за своего места в общей игре - распределение ролей, игровых предметов, планирование сюжета игры становятся поводом для конфликта. В детском доме этот повод практически отсутствует, как и совместная игра детей. Зато достаточно часто поводом для конфликта становятся бытовые проблемы - споры из-за лучшего места, конфеты, очереди накрывать стол и пр. Но главной причиной конфликта в детском доме у дошкольников всех возрастов является внимание и доброжелательность взрослого. Дети всеми силами стремятся быть поближе к взрослому и борются за его расположение.

Приведем пример такого типичного конфликта в детском доме. Сема начинает одаривать своими игрушками взрослого, с радостью принимая его благодарность. Другие дети, увидев это, отпихивают Сему, и тоже дарят взрослому игрушки. Мальчик от обиды стал кусаться и плакать, отталкивать других, требуя внимания к себе. В детском саду подобная причина детских конфликтов вообще отсутствует. Дети борются за признание сверстников, но не за внимание взрослого. Второе отличие заключается в значительно меньшей эмоциональной напряженности конфликтов у воспитанников детского дома. В детском саду конфликты протекают значительно живее, ярче и энергичнее: дети дерутся, громко обвиняют друг друга, яростно спорят, выражают свой протест. В детском доме эмоции детей выражены более скудно и однообразно: плач, жалобное «скуление», пассивный уход в сторону - вот наиболее характерные формы выражения их эмоций. Наиболее типичный способ выхода из конфликта для них - жалоба взрослому с целью лишней раз привлечь его внимание. В детском саду дети чаще решают конфликты силой или посредством договора, не прибегая к помощи взрослого. В-третьих, различается временная структура конфликта. У дошкольников из детского сада конфликт динамичен, сжат во времени, резко обозначен эмоционально. Дети быстрее «входят» в конфликт и энергичнее выходят из него. В детском доме конфликты носят более вязкий, тягучий, эмоционально обедненный характер. Порою трудно выявить его временные рамки, т.к. четкой границы между ссорой и примирением не существует. И, наконец, еще одно существенное отличие конфликтов в детском саду и в детском доме заключается в их различной возрастной динамике. У дошкольников из семьи «пик» конфликтов приходится на середину дошкольного возраста (5 лет), после чего их количество существенно сокращается (2, 4). В детском доме количество конфликтов последовательно нарастает от 3 к 6 годам.

Итак, проведенные эксперименты и наблюдения выявили существенные различия в отношении к сверстникам у детей, воспитывающихся в семье и в детском доме, которые заключались в следующем:

1. У воспитанников детского дома, в отличие от детей, живущих в семье, наблюдалось общее безразличие к сверстникам - к их действиям и переживаниям.

2. У детей из детского дома практически не наблюдалось требований оценки взрослого и реакция на оценку своих действий была минимальной. Вместе с тем эти дети продемонстрировали достаточно резко неадекватную и негативную реакцию на положительную оценку взрослым их товарищей.

3. Важное отличие заключается в отсутствии сопереживания ровесникам и просоциального поведения. Напомним, что в семейной выборке эти характеристики появлялись уже у четырехлетних детей, а к шести годам они становились преобладающими.

4. Существенно различается характер конфликтов в двух выборках детей. В детском доме детские конфликты являются более вязкими, затяжными, эмоционально бедными и неопределенными. Основным поводом для конфликта является не самоутверждение в игре (как у семейных детей), а расположение взрослого.

5. Еще одно важное отличие состоит в различной возрастной динамике. Если в семейной выборке детей от 3 к 6 годам четко прослеживалось определенное возрастное развитие отношения к сверстнику, то у детей из детского дома такой динамики обнаружено не было. Содержание общения и характер отношения к сверстникам оставался примерно одинаковым на протяжении всего дошкольного возраста.

В заключении попытаемся проанализировать эти различия и понять их природу.

Мы зафиксировали факт чрезвычайно низкой эмоциональной вовлеченности - как в свою деятельность, так и в деятельность сверстника - у воспитанников детского дома, в сравнении с семейными детьми. Выделенные показатели эмоциональной вовлеченности отражают различные стороны психической жизни ребенка. Вовлеченность в свои действия выражает общую направленность на продуктивную деятельность, стремление получить результат, т.е. реализовать себя в предметной деятельности. Наши данные свидетельствуют о том, что у детей из детского дома такого стремления нет - они безразличны как к продукту, так и к процессу предметной деятельности. Вовлеченность в действия сверстника свидетельствует о субъективной значимости другого ребенка. Ее отсутствие у воспитанников детского дома, по-видимому, объясняется тем, что сверстник не имеет для них субъективной значимости, а остается внешним и достаточно безразличным объектом - в отличие от взрослого, который остается для них субъективным центром любой ситуации и от которого они постоянно требуют внимания и доброжелательности.

Интересно, что, несмотря на эти требования, воспитанники детского дома практически никогда не ждали от взрослого оценки своих конкретных действий, в отличие от семейных детей того же возраста. Требования оценки у семейных детей, по-видимому, объясняются тем, что к 5-летнему возрасту их «Я» становится предметно-определенным: они уже хорошо осознают свои достижения и умения, которые становятся предметом оценки - как внешней, так и внутренней. В отличие от этого воспитанники детского дома еще не выделяют своих предметных достижений как проекцию своего «Я» и требуют лишь аморфного, глобального внимания и расположения к себе. Эти требования особенно ярко обнаруживаются в конфликтах детей, где конкуренция из-за расположения и внимания взрослого является основной причиной детских ссор и вражды.

Оценка своих качеств и умений у детей в детском саду происходит в основном через сравнение себя со сверстником. Причем это сравнение происходит и в отсутствие реального сверстника, поскольку начиная с 4-5 лет дети осознают себя через сопоставление со сверстником. Для воспитанников детского дома другой ребенок остается внешним объектом, который мешает выполнению их желаний. Они и не сравнивают себя с ним и не вступают в диалог. У этих детей не проявляется соревновательного начала в той форме, в которой оно присуще семейным детям. Для них важнее не обогнать сверстника в каких-то своих достижениях, а обратить на себя внимание взрослого.

Здесь следует отметить различие коммуникативных потребностей этих двух групп детей. Специальный анализ показал, что у дошкольников из семьи (особенно в 4-5 лет) доминируют потребности в признании сверстников и в сотрудничестве с ними, которые реализуются в совместной деятельности. Именно эти потребности порождают многочисленные острые конфликты, отстаивание своих преимуществ, соревновательное начало в отношениях детей. В детском доме эти потребности представлены минимально, как и вообще потребность в общении со сверстниками. Главной, а для многих единственной коммуникативной потребностью для детей, растущих без семьи, остается потребность в доброжелательном внимании взрослого, которая реализуется поисками физического контакта и непосредственной близости. Сверстники в этой связи остаются в стороне от магистральных интересов ребенка, поэтому их действия, достижения и переживания для него безразличны.

Однако, наряду с этим, на фоне низкой эмоциональной вовлеченности обнаружилась острая негативная реакция на похвалу взрослым сверстника. Детдомовские дошкольники стремились нивелировать достижения сверстника, противопоставляя свои «успехи» его «неудачам». У семейных детей этот феномен также проявлялся достаточно ярко, особенно в 4-5-летнем возрасте. Однако, можно полагать, что эти сходные проявления имеют различную психологическую природу. В основе конкурентного, оценочного отношения детей из детского сада лежит стремление превзойти другого, показать себе и ему свои преимущества. Это проявляется в требованиях оценки, в подчеркивании своих достоинств перед ровесниками, в постоянном сравнении своих достижений и успехов других. Дети осознают и утверждают свое «Я» через сравнение со сверстниками.

У детей из детского дома в этом отношении наблюдается странная картина: при отсутствии потребности в оценке ярко проявляется отрицание достижений сверстника. По-видимому, они не выделяют и не осознают каких-либо своих качеств, умений или достижений и, соответственно, не оценивают сами и не ищут оценки со стороны других. Поэтому они не сравнивают себя со сверстником в этом плане и не соревнуются с ним. Они осознают себя главным образом через отношение к ним взрослого, которое является основной внешней опорой их самосознания (как это бывает в младенческом возрасте). Сверстник в при этом является помехой, «забирающей на себя» персональное внима-

ние взрослого. Поэтому они всеми силами борются за расположение и внимание взрослого, стремятся переключить его на себя. Причем эта «борьба» происходит в развернутом внешнем плане. Они не сравнивают себя со сверстником во внутреннем плане и не утверждают себя посредством его. При оценке же взрослым сверстника вся ситуация сравнения разворачивается во внешнем плане, в присутствии реального сверстника и взрослого, который это сравнение провоцирует. Все это может свидетельствовать о том, что у воспитанников детского дома нет того объектного, предметного отношения к сверстнику, которое в нормальных условиях возникает к 5-летнему возрасту и является основой для конкурентного отношения к другому ребенку. Однако, личностное, субъектное отношение к сверстнику, по нашим данным, у них также отсутствует. Это проявляется в их неспособности к сопереживанию, просоциальному поведению и в общем безразличии к сверстнику.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что у детей из детского дома не сформирована структура самосознания как внутренний диалог («Я-другой»). Их самосознание нуждается в постоянной внешней опоре, которую дает персональное и выраженное отношение взрослого. Другой ребенок (сверстник) не является значимым партнером по совместной деятельности и участником внутреннего диалога.

Таким образом, полученные результаты показали, что формирование и развитие отношения к сверстнику зависит не только и не столько от совместной жизни детей и возможности общаться друг с другом, сколько от уровня развития сознания и самосознания ребенка. Источником нормального развития самосознания ребенка является личностное отношение взрослого на ранних этапах онтогенеза. Именно это отношение оказывается нарушенным у детей, растущих без семьи. Ввиду недостаточности общения с близкими взрослыми и отсутствия личностного отношения к себе собственное «Я» ребенка остается невыделенным и неоформленным, что тормозит и делает невозможным гармоничное отношение не только к себе, но и к другим детям. В силу этого дети, растущие без семьи, лишены внутренней личностной устойчивости, а потому остаются зависимыми от окружающих старших людей и нуждаются в постоянной внешней опоре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения / М., Педагогика, 1986.
2. Межличностные отношения от рождения до 7 лет / Ред. Е.О. Смирнова, Москва-Воронеж, 2001.
3. Психическое развитие воспитанников детского дома / Ред. И.В. Дубровина и А.Г. Рузская. М., Педагогика, 1990.
4. Развитие общения со сверстниками / Ред. М.И. Лисина и А.Г. Рузская. М., 1989.
5. Смирнова Е.О., Лагутина А.Е. Осознание своего опыта детьми в семье и в детском доме // Вопросы психологии, 6, 1990.

Н. К. Сухотина

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РАБОТАЮЩИХ МАТЕРЕЙ **Московский НИИ психиатрии МЗ РФ. Москва.**

На протяжении последних десятилетий среди детской популяции большинства регионов Российской Федерации отмечается рост пограничных нервно-психических расстройств и легких форм интеллектуальной недостаточности при относительно стабильных показателях распространенности тяжелых форм психической патологии. Об этом свидетельствуют данные официальной медицинской отчетности (5, 12) и результаты эпидемиологических исследований, проведенных в различное время в отдельных регионах страны (2, 3, 6, 8, 9, 11, 13, 15).

Отмеченная тенденция связывается как с изменением социальных условий проживания человека, так и с увеличением интенсивности воздействия на человеческий организм ряда неблагоприятных физических, химических и биологических факторов внешней среды.

Попытки установления зависимости между уровнем психической болезненности детского населения и действием конкретных экопатогенных факторов подтвердили известный науке факт особой чувствительности детского организма, и в первую очередь его центральной нервной системы, к радиационному и химическому воздействиям, повышающим риск нарушения психоневрологического развития даже при небольших уровнях загрязнения окружающей среды. В то же время качественной особенностью урбанизированных регионов с интенсивным промышленным производством является многофакторность экопатогенных воздействий, в большинстве своем имеющих мало интенсивных, в связи с чем

многие из них остаются неизвестными либо недоступными анализу. К ним относятся и условия производственной деятельности предприятий, не имеющих статуса вредных производств.

Эпидемиологические исследования показали, что здоровье детей в значительной мере зависит от профессионального контакта родителей, в первую очередь матерей, с вредными веществами. К настоящему времени накоплены многочисленные факты, свидетельствующие об отрицательном влиянии на гестационный период и репродуктивную функцию женщин в целом электромагнитных и СВЧ-полей, радиационных, химических и других агентов (7). Отмечено увеличение гинекологических заболеваний и частоты осложнений гестации у работниц полимерперерабатывающих, резиновых, обувных предприятий, предприятий электронной промышленности и крупных животноводческих комплексов (1,10, 14).

В связи с этим проблемы профилактической медицины диктуют необходимость создания банка данных эпидемиологических исследований, демонстрирующих роль производственных факторов в формировании здоровья работающих женщин и их детей. В России, где широкомасштабное вовлечение женщин детородного возраста в промышленное производство, в том числе и с неблагоприятными условиями труда, это является особенно актуальным.

В настоящем исследовании представлена попытка установления опосредованного влияния техногенных факторов и фоновых экологических условий на нервно-психическое здоровье детей женщин, работающих на швейном производстве и птицефабрике в одном из районных центров Тульской области. Оба предприятия являются наиболее крупными, использующими женский труд, в данном городе.

Материал и методы исследования

Гигиенические исследования труда птичниц свидетельствуют о ряде неблагоприятных производственных факторов. Так, технология содержания птиц исключает возможность герметизации производственных процессов. Поэтому обязательным компонентом окружающей среды на фабрике являются газовые примеси, обусловленные жизнедеятельностью птиц (разложение кормов, экскрементов и других органических веществ). В атмосфере создается симбиоз из капель и частиц пыли, адсорбирующих бактерии, газы летучих соединений, а также компоненты, добавляемые в корм птиц (микроэлементы, гормоны, антибиотики и другие биологически активные вещества). Следует отметить и неблагоприятный микроклимат со значительными перепадами температуры между помещениями. Среди неблагоприятных производственных условий на швейной фабрике следует указать на эмоциональное напряжение, связанное с монотонным характером труда и повышенным уровнем шума.

Возраст, образовательный и социокультурный уровень женщин сравниваемых профессиональных групп, условия и районы их проживания существенно не различались. Не обнаружено также существенных различий в характере производственной деятельности и частоте злоупотребления алкоголем отцами обследованных детей. Некоторые особенности питания касались большего употребления работницами птицефабрики и их детьми мяса птиц и яиц, которые продавались сотрудникам птицефабрики по льготным ценам, а также употребления ими яиц в сыром виде во время работы.

Объектом исследования явились дети в возрасте от 2 до 7 лет, матери которых до и после их рождения работали на птицефабрике (136 детей) и швейном производстве (143 ребенка). Основным методом обследования - клинический, включавший в себя традиционные приемы психоневрологического освидетельствования, дополненного результатами психологического тестирования, направленного на оценку уровня интеллектуального развития, внимания, памяти. Для оценки состояния здоровья матерей во время беременности, течения родов, а также других показателей биологического анамнеза детей и их соматического статуса использовалась медицинская документация, а также сведения, полученные у женщин. Контролем служили данные, полученные в результате проведенного по той же схеме эпидемиологического исследования Л.А. Ермолиной, О.Д. Сосюкало, А.А. Кашниковой, И.Н. Татаровой и автором статьи. Оценка достоверности различия показателей сравниваемых групп проводилась по критерию соответствия χ^2 .

Результаты и обсуждение

Сравнительная характеристика психического здоровья детей работниц птицефабрики и швейного производства в сопоставлении с контролем представлена на рис.1. При этом учитывались не только клинически выраженные формы психических нарушений, но и более легкие варианты расстройств, представленные на субклиническом уровне. Представленные данные свидетельствуют о том, что показатели распространенности и структуры психических нарушений среди детей швей и общегородской популяции детей существенно не различаются, в то время как среди детей работниц птицефабрики отмечается достоверное ($p < 0,05$) увеличение пограничных психоневрологических расстройств. Послед-

ние представлены проявлениями церебральной астении, характеризующейся легкими стойкими или проходящими нарушениями когнитивных функций, сопровождающимися гипо- и гиперактивностью, эмоциональной лабильностью со склонностью к невротическим реакциям в виде фобических, дистимических, диссомнических и других расстройств, нарушением вегетативной регуляции.

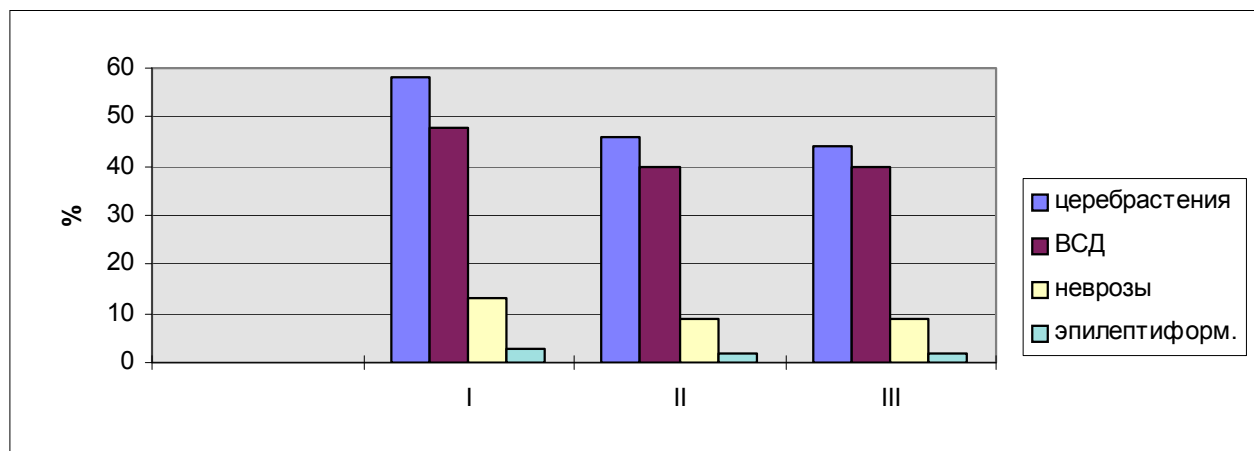


Рис.1. Частота встречаемости различных психоневрологических расстройств (в % по отношению к общему числу детей сравниваемых профессиональных групп и контроля). I - дети работниц птицефабрики; II - дети работниц швейного производства; III – контроль.

Рис. 2. демонстрирует сравнительные показатели уровней интеллектуального развития детей. Из представленных данных видно, что распространенность умственной отсталости, к которой относились дети с IQ=70 и ниже, по группам сравнения существенно не различалась. Распространенность более легких пограничных форм умственной отсталости и задержек психического развития достоверно чаще ($p<0,05$) встречается среди детей работниц птицефабрики.

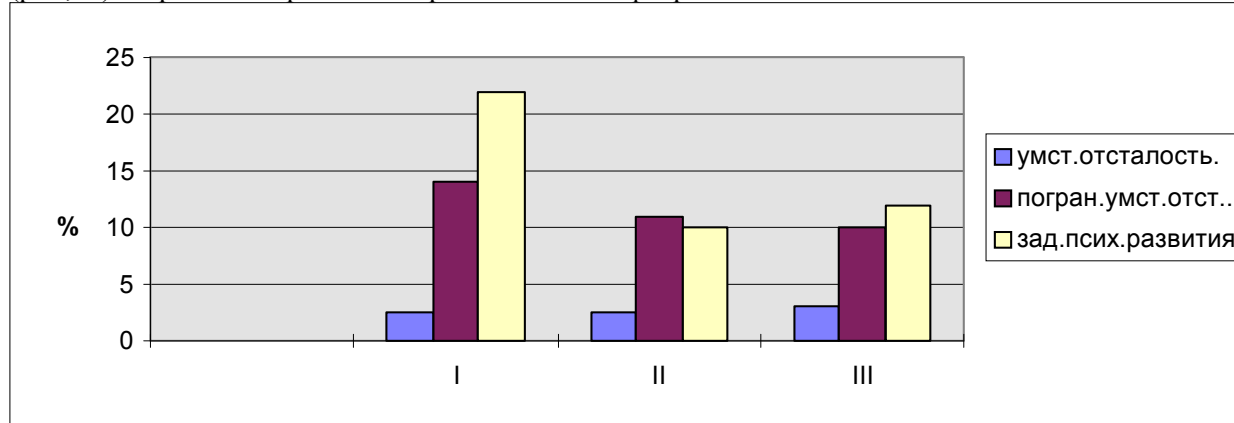


Рис. 2. Уровень интеллектуального развития детей (в процентах по отношению к общему числу детей женщин сравниваемых групп и контроля). Обозначения те же.

Распространенность хронических соматических заболеваний среди детей представлена в табл. 1. Представленные данные демонстрируют худшие показатели соматического здоровья детей работниц птицефабрики по сравнению с работницами швейного производства и контролем ($p<0,05$). Первые чаще страдают хроническими заболеваниями носоглотки (тонзиллиты, аденоиды II-III степени ($p<0,01$), органов дыхания ($p<0,05$), гастроэнтерологическими заболеваниями ($p<0,05$).

Табл. 1. Распространенность хронических соматических заболеваний среди детей (в %)

Вид заболевания	Дети работниц птицефабрики	Дети работниц швейного предприятия	Контроль
Заболевания органов носоглотки	30,6	14,5	16,8
Заболевания органов дыхания	8,7	1,39	1,9
Гастроэнтерологические заболевания	4,34	0,89	1,2
Сочетанная патология	4,39	-	0,8

Другие заболевания	15,96	19,02	20,9
Всего детей с хроническими заболеваниями	59,6	36,8	40,8

Примечание: Выделены только те группы соматических заболеваний, по которым получены достоверные различия.

Определенный интерес представляют антропометрические показатели детей женщин исследуемых профессиональных групп в сопоставлении с контрольной группой. В табл. 2 представлены средние показатели веса и роста новорожденных, полученные из медицинских карт обследованных детей.

Табл. 2. Средние показатели веса и роста новорожденных

Показатели	Дети работниц птицефабрики	Дети работниц швейного производства	Контроль
Вес в кг (амплитуда колебаний по годам рождения)	$3.4 \pm 0,03$ (3.34 - 3.55)	$3.55 \pm 0,036$ (3.42 - 3.66)	$3.47 \pm 0,02$ (3.350 - 3.528)
Рост в см (амплитуда колебаний по годам рождения)	$51.65 \pm 0,137$ (51.36 - 52.27)	50.23 ± 0.309 (48.57 - 50.62)	51.10 ± 0.102 (50.87 - 51.55)

Представленные данные демонстрируют разнонаправленные отклонения в показателях роста и веса новорожденных от женщин различных профессиональных групп по отношению к контролю. Новорожденные от работниц птицефабрики имели больший рост ($p < 0,01$) при меньшем весе ($p > 0,05$), в то время как новорожденные работниц швейного производства имели меньший рост ($p < 0,05$) и больший вес ($p > 0,05$). Данное соотношение прослеживалось у всех обследованных детей независимо от года рождения. Указанные соотношения сохраняются и по окончании периода новорожденности, во всех возрастных группах. Средние антропометрические показатели детской популяции города (контрольные данные) представлены в табл. 3.

Табл. 3. Средние антропометрические показатели детской популяции города ($n = 876$)

Возраст	Масса в кг	Рост в см	Окружность груди в см	Окружность головы в см
2 года	12.5 ± 0.63	84.0 ± 1.0	51.45 ± 0.99	48.44 ± 0.71
3 года	14.83 ± 0.65	94.77 ± 1.74	52.6 ± 1.02	49.65 ± 0.63
4 года	16.34 ± 0.45	102.63 ± 1.77	53.25 ± 0.58	51.1 ± 0.33
5 лет	18.0 ± 0.49	$106.0 \pm 0,91$	55.16 ± 0.76	51.14 ± 0.32
6 лет	21.63 ± 0.63	113.55 ± 1.23	55.47 ± 0.77	51.46 ± 0.46
7 лет	$22.66 \pm 0,68$	117.3 ± 1.18	56.48 ± 0.84	51.86 ± 0.45

Представленные данные не выходят за рамки принятых за норму возрастных показателей физического развития детей (4). Средние отклонения показателей физического развития (массы и длины тела, окружности груди и окружности головы) детей работниц птицефабрики и швейного производства от контрольных данных представлены в табл. 4.

Представленные данные демонстрируют различные варианты физического развития детей женщин изучаемых профессиональных групп. У детей работниц птицефабрики отмечается более высокий рост во всех возрастных группах ($p < 0.01$) с пропорциональным увеличением окружности грудной клетки и окружности головы ($p < 0.01$), но с меньшей массой тела ($p < 0.01$). У детей работниц швейного производства, наоборот, отмечается более низкий рост при несколько большем весе, хотя различия статистически недостоверны ($p > 0.05$). Меньшие по сравнению с контролем показатели окружностей грудной клетки и головы статистически достоверны ($p < 0.01$). Выявленные различия антропометрических характеристик укладываются в рамки нормальных вариантов физического развития (4). Об этом свидетельствуют средние величины индекса Вервека, здесь не представленные из-за ограниченного объема статьи.

Табл. 4. Средние величины отклонений показателей физического развития детей основных групп от группы контроля

Возраст	Дети работниц птицефабрики (n = 136)				Дети работниц швейного производства (n = 143)			
	Масса в кг	Рост в см	Окр. груди в см	Окр. гол. в см	Масса в кг	Рост в см	Окр. груди в см	Окр. гол. в см
2 года	- 0.72	+ 0.477	+ 0.68	+ 0.902	- 0.080	- 0.102	+ 0.05	- 0.762
3 года	- 0.868	+ 0.833	+ 1.23	+ 1.22	+ 0.018	+ 0.115	- 0.626	- 0.537
4 года	- 0.811	+0.814	+ 0.72	+ 0.481	+ 0.083	- 0.280	- 0.675	- 0.510
5 лет	- 1.044	+ 0.895	+ 0.52	+ 0.473	+ 0.837	+ 0.536	- 0.572	- 0.481
6 лет	- 1.276	+ 0.883	+ 1.12	+ 0.370	+0.140	- 1.05	- 0.630	- 0.463
7 лет	- 0.943	+3.77	+5.02	+ .1.47	- 0.465	- 2.8	- 0.870	- 0.707

Таким образом, дети, матери которых работают на предприятиях с различными производственными характеристиками, имеют различные показатели физического развития, психического и соматического здоровья.

Для уточнения причин более высокой болезненности детей работниц птицефабрики был проведен сравнительный анализ некоторых показателей биологического анамнеза детей женщин выделенных профессиональных групп и контроля: состояния здоровья матерей в период беременности, частоты отклонений в течение беременности и родов, частоты констатации патологии новорожденного. Полученные данные представлены на рис.3 и в табл. 5.

Из представленных данных следует, что у работниц птицефабрики по сравнению с работницами швейного производства и контролем значительно чаще ($p<0,01$) отмечались отклонения в течении беременности и родов, у их новорожденных чаще констатировалась патология. Это совпадает с данными эпидемиологических исследований, свидетельствующих о том, что у работниц крупных животноводческих комплексов выше частота гинекологических заболеваний и осложнений гестации (14).

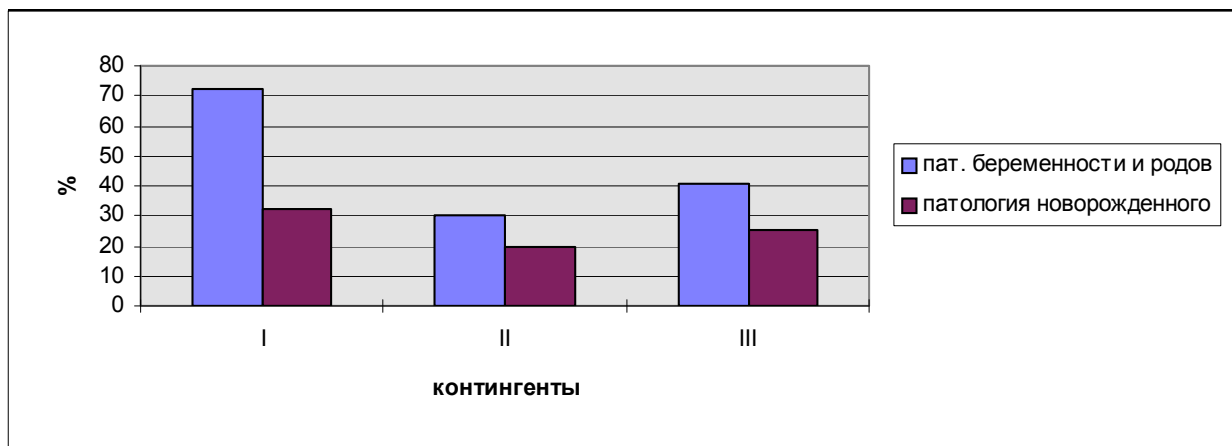


Рис.3. Сравнительные показатели биологического анамнеза детей (в процентах по отношению к общему числу детей женщин выделенных выше профессиональных групп и контроля).

Представленные данные показывают, что работницы птицефабрики значительно чаще ($p<0,001$), чем в контроле, во время беременности страдали острыми инфекционными заболеваниями, преимущественно в виде респираторных и желудочно-кишечных расстройств. По-видимому, речь шла о стертых формах сальмонеллёза и орнитоза. Также птичницы значительно чаще ($p<0,05$) страдали хроническими заболеваниями почек и органов пищеварения, что, возможно, связано с неблагоприятным режимом на комплексе и особенностями питания (употребление яиц в сыром виде). У швей все вышеперечисленные показатели не отличаются от средних по городу.

Табл.5. Заболеваемость матерей в период беременности (в %% к общему числу женщин выделенных профессиональных групп и контроля)

Вид заболевания	Работницы птицефабрики (n = 136)	Работницы швейного производства (n=143)	Контроль (n = 876)
Здоровые	56,5 ± 4,2	84,6 ± 2,4	71,7 ± 1,8
Острые инфекционные заболевания	21,8 ± 4,1	3,5 ± 1,5	6,5 ± 1,8

Хрон. заболевания органов пищеварения	$3,6 \pm 1,5$	$0,7 \pm 0,2$	$0,4 \pm 0,08$
Хрон. заболевания почек	$12,3 \pm 2,7$	$3,5 \pm 1,5$	$7,4 \pm 1,8$
Анемии	$3,6 \pm 1,5$	$2,1 \pm 1,2$	$2,7 \pm 0,6$
Другие хрон. заболевания	$7,8 \pm 2,2$	$6,9 \pm 2,1$	$12,6 \pm 1,1$

Результаты исследования психического статуса женщин при помощи личностной анкетной методики УНП (уровень невротизации и психопатизации) представлены в табл. 6.

Табл. 6. Показатели уровня невротизации и психопатизации женщин выделенных профессиональных групп и контроля (в баллах)

Контингент	Уровень невротизации	Уровень психопатизации
Работницы птицефабрики	$-1,4 \pm 1,79$	$+1,9 \pm 0,91$
Работницы швейного производства	$+8,7 \pm 1,76$	$+5,9 \pm 1,68$
Контроль	$+8,4 \pm 0,94$	$+7,4 \pm 0,91$

Примечание: Чем выше положительная сумма баллов (+), тем ниже уровень психопатизации и невротизации; чем выше отрицательная сумма баллов (-), тем выше уровень невротизации и психопатизации.

Представленные данные говорят о более высоком уровне невротизации и психопатизации ($p < 0,01$) у работниц птицефабрики по сравнению как с работницами швейного производства, так и с контролем. Причина этого нами специально не изучалась. Можно предположить многофакторную природу этого явления. С одной стороны, следует отметить астенизирующее влияние неблагоприятных техногенных факторов, соматического неблагополучия, с другой - нельзя исключить влияние производственного микросоциума, способствующего невротизации и психопатизации входящих в него лиц. Общеизвестно, что изменение психоэмоционального статуса родителей, в первую очередь матерей, является одним из дестабилизирующих психику ребенка факторов. Возможно, это является одной из причин большей частоты расстройств невротического круга у детей работниц птицефабрики.

Заключение

Проведенное эпидемиологическое исследование свидетельствует о том, что развитие ребенка, состояние его психического и соматического здоровья зависит от целого комплекса факторов: биологических, психологических, социально-экономических, алиментарных, а также подверженности родителей, в первую очередь матерей, воздействию неблагоприятных производственных факторов.

Во-первых, производственные факторы могут опосредованно, через систему мать-плод-новорожденный, ухудшать биологические предпосылки здоровья детей, увеличивая риск формирования психоневрологических и психосоматических расстройств. С другой стороны, инфекционные, химические и иные агенты через матерей также могут оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье детей. К этому следует добавить, что психоэмоциональные нагрузки, испытываемые женщинами на производстве, могут стать дополнительным дестабилизирующим психику ребенка фактором.

Следовательно, широкомасштабное вовлечение женщин детородного возраста в промышленное производство с неблагоприятными условиями труда является одной из многих причин ухудшения состояния здоровья детского населения. В связи с этим регламентация предельно допустимой техногенной нагрузки на женский организм является одной из составляющих профилактики психоневрологических и соматических заболеваний в детской популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Влияние экологических факторов на течение беременности. // Здоровье матери и ребенка и экологические проблемы. - Свердловск, 1990. - С. 106-112.
2. Ахвердова О.А. Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии. // Мат. Республиканской научно-практической конференции. - Кисловодск, 1994. - С. 274-277.
3. Бережков Л.Ф., Бондаренко Н.М., Зутлер А.С., Крамерова Л.Ф. и др. Динамика состояния здоровья детей школьного возраста. // Вестник Российской АМН. - 1993. - №5 - С. 8-15.
4. Вельтищев Ю.Е. Рост ребенка: закономерности, нормальные вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция. - М.: ЗАО "ДЭМИКОН", 1998. - 79с
5. Гурович И.Я., Прейс В.Б., Голланд В.Б. Психиатрическая помощь населению России в показа-

телях деятельности за 1986-1993 гг. - М., 1995. - 675 с.

6. Ермолина Л.А., Сухотина Н.К., Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Нервно-психическое здоровье детей, облученных на различных стадиях внутриутробного развития в результате аварии на ЧАЭС. // Медицина катастроф. - М., 1997. - С. 53-57.

7. Измеров Н.Ф., Волкова З.А. Профессиональные вредности как фактор как фактор риска перинатальной патологии. // Вестник АМН СССР. - 1990. - №7. - С. 26-28.

8. Кириченко Е.И., Козловская Г.В., Скобло Г.В., Бударева Л.А. Опыт эпидемиологического изучения психических расстройств у детей раннего возраста. // Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии. - М., 1982. - С. 154-157.

9. Козлова И.А., Пуховский А.А., Рябухин В.Ю. Психологическое и психоневрологическое исследование детей, проживающих в Калужской и Брянской областях России (последствия Чернобыльской аварии). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995, т. 95. - №1. - С. 70-74.

10. Кулаков В.И., Кирасова Н.П., Понамарева Л.П., Лопатина Т.В. Экологические проблемы репродуктивного здоровья. // Акушерство и гинекология. - 1993, - №1. - С. 12-14.

11. Крылов Д.Н. Психогигиена и ее роль в охране здоровья детей и подростков. // Вестник Российской АМН. - 1993. - №5. - С. 28-33.

12. Состояние психического здоровья населения в Российской Федерации / доклад Научного центра психического здоровья РАМН для Президента, парламента и правительства России, РАМН и МЗ РФ. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1994. - т.94, №4. - С. 45-51.

13. Сосюкало О.Д., Ермолина Л.А., Волошин В.М., Асанова Н.К. и др. О структуре психической патологии среди различных контингентов подростковой популяции (клинико-эпидемиологическое исследование). // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1987. - т.87, №10. - С. 75-51.

14. Турбин Е.В., Алдырева М.В., Тихонова Г.И., Федорова Е.В. и др. Роль профессии и состояния здоровья родителей в формировании здоровья их детей. // Здоровье матери и ребенка и экологические проблемы. - Свердловск, 1990. - С. 165-167.

15. Хамаганова Т.Г., Кантонистова Н.С., Краснушкина Н.А. Состояние психического здоровья современных школьников (диагностика, определяющие факторы). // Вестник Российской АМН. - 1993. - №5. - С. 34-39.

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ

В. М. Волошин

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРОКСЕТИНА (ПАКСИЛА) В ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ²

Отделение психической патологии детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. Москва.

Внедрение в детско-подростковую психиатрическую практику современных антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) является перспективным по

² © GlaxoSmithKline, 2002.

многим соображениям. Так, в частности, препараты данной химической структуры эффективны как в отношении депрессивных состояний (4-6), тревожных расстройств (3), симптомов обсессивно-компульсивного круга (7-8), так и при терапии посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у детей и подростков, нарушениях пищевого поведения (1), некоторых аллергических, дерматологических и других симптомах. Как представитель СИОЗС паксил, открывает новые возможности в лечении и вторичной профилактике депрессивных и тревожных расстройств. В психиатрической практике паксил разрешен к применению в России с 15-летнего возраста, однако в доступной нам отечественной литературе исследований терапевтической эффективности паксила в подростковом возрасте не встречалось.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности применения паксила при терапии депрессивных состояний, тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) и расстройств адаптации в подростковом возрасте. В задачи исследования, наряду с оценкой терапевтического эффекта, входило изучение динамики проявлений аффективных и тревожных расстройств, определение частоты и характера побочных действий паксила.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 25 больных (12 юношей и 13 девушек), клиничко-психопатологически обследованные по критериям МКБ-10. Из них в возрасте 15 лет – 9 больных, 16 лет – 7 больных, 17 лет – 9 больных. Все больные дали добровольное согласие на лечение паксилом. Основной контингент составили подростки, наблюдающиеся и консультируемые в консультативном отделении Московского НИИ психиатрии Минздрава России.

Критериями исключения из исследования являлись: наличие текущего органического поражения головного мозга, депрессия психотического уровня с суицидальными тенденциями, злоупотребление психоактивными веществами, прием других антидепрессантов или нейролептиков.

В соответствии с критериями МКБ-10 нозологическое распределение изученной выборки больных было следующим:

- социальная фобия (F40.1) – 4 наблюдения;
- депрессивный эпизод (F32.01) – 6 наблюдений;
- расстройство адаптации с нарушением эмоций и поведения (F43.23) – 9 наблюдений;
- ОКР (F42.1) – 6 наблюдений.

В большинстве случаев фармакотерапия паксилом проводилась по типу монотерапии, а для коррекции возможного временного усиления тревожных расстройств и диссомнических нарушений (как вариантов проявления побочных эффектов терапии) использовался феназепам до 1 мг/с.

Длительность терапии паксилом составила от 8 до 22 недель. Режим дозирования предусматривал назначение паксила в стандартной дозе 20-40 мг/с.

Эффективность терапии оценивалась с помощью квантифицированных оценочных шкал тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1958) и депрессии (HAMD-D с суммарным баллом по 21-пунктовой шкале не более 22) Гамильтона. Для оценки динамики степени тяжести состояния больных с ОКР использовался оценочный лист шкалы ОКР Йель-Брауна (Y-BOCS).

Психическое состояние больных оценивалось в первый день начала терапии и затем еженедельно до 8 недели, в последующем с двухнедельным интервалом с использованием оценочных шкал. Оценка препарата включала анализ состояния по критериям «улучшение», «минимальное улучшение», «отсутствие улучшения, ухудшение» по шкале общего клинического впечатления (CGI), ранжированной шкале оценки депрессии HAMD-21 и тревоги HARS. Статистическая обработка результатов производилась с помощью непараметрических методов.

Результаты исследования были проанализированы по следующим показателям: а) выраженность общего терапевтического эффекта (процент респондеров по CGI; б) степень регресса симптомов депрессии и тревоги; в) время появления и стойкость терапевтического эффекта (отсутствие обострений); г) частота и характер побочных явлений на терапии паксилом.

Результаты исследования

Оценка степени редукции тревожных и депрессивных нарушений в целом по шкале общего клинического впечатления CGI (пункт 2), где 7 степеней оценки состояния сведены к 3 (улучшение, минимальное улучшение, ухудшение), показала, что у большинства пациентов, принимающих паксил, отмечалось стойкое улучшение состояния в течение первых 2 месяцев терапии с последующей редукцией остаточной симптоматики.

Оценка общего улучшения по всем нозологическим группам больных по шкале общего клинического впечатления CGI показала, что в 60% случаев обнаружено очень выраженное и выраженное улучшение, в 20% - минимальные изменения симптоматики и в 20% можно было говорить об ухудше-

нии. Оценка степени редукции тревожных и депрессивных нарушений в целом по шкале общего клинического впечатления CGI (пункт 2) где 7 степеней оценки состояния сведены к 3 (улучшение, минимальное улучшение, ухудшение), показала, что со второй недели терапии улучшение отмечалось у 30 % больных, к четвертой неделе лечения положительная терапевтическая динамика обнаруживалась у 60% больных, к шестой неделе – у 80%, а к восьмой неделе лечения (завершению терапии) – у 90% пациентов.

По аналогичному пункту шкалы CGI, но по параметру «минимальное улучшение, отсутствие изменений, минимальное ухудшение», в целом обозначаемому как «минимальные изменения», через полторы недели терапии у 30 % больных положительного терапевтического эффекта не наблюдалось, но и у 2 больных (20%) отмечались ухудшения в состоянии. Так, в частности, один больной был снят с терапии через 28 дней в связи с отказом родителей от психофармакотерапии ввиду отсутствия положительного эффекта. У 2 больных назначение паксила сопровождалось резким усилением тревоги и возбужденности, что привело к отказу от приема препаратов (в том числе бензодиазепинов) и досрочному выходу из исследования.

Побочные эффекты на терапии паксилом отмечены преимущественно на начальных этапах лечения (40% случаев). Из них: головная боль – в 70%, в 40% - нарушения засыпания, тошнота, своеобразная взвинченность с усилением тревожности, чаще в вечерние часы, снижение потенции (субъективно значимое для подростков мужского пола). Отмеченные симптомы побочного действия препарата в большинстве случаев не требовали дополнительных коррекционных назначений и обычно достаточно быстро редуцировались уже на начальных этапах лечения.

Кроме того, отчетливо выявилась тенденция к снижению потребности в присоединении анксиолитика (феназепама) в зависимости от времени приема препарата.

В большинстве случаев на терапии паксилом первые признаки улучшения состояния отмечались уже к концу первой недели, большая часть психопатологической симптоматики исчезла к концу 4 недели, наиболее полная редукция основных болезненных проявлений отмечалась спустя 6-8 недель терапии.

Таким образом, нон-респондерами оказалось лишь 10 % больных, что может свидетельствовать о достаточной широте терапевтического действия паксила. С позиций терапевтической оценки значимым является быстрое повышение социального и учебного статуса больных, что положительно сказалось на улучшении качества их жизни.

Как следует из представленного рис. 1. к концу третьей недели терапии паксилом отмечена статистически значимая редукция баллов по шкале Гамильтона (HAMD-D), к четвертой неделе – обнаружена 25% редукция симптоматики, к концу пятой недели терапии – на 45,5% и к завершению курса лечения депрессивные симптомы нивелировались практически полностью.

Выраженность тревоги по всей выборке больных на момент начала терапии составила в среднем 20,6 баллов по шкале оценки тревоги Гамильтона (HARS). На фоне терапии паксилом статистически значимая суммарная редукция тревожного аффекта отмечалась уже к концу третьей недели, снижаясь к четвертой неделе до 74% от первоначального уровня, и теряла клиническую завершенность и актуальность как очерченный симптомокомплекс к концу 7 недели лечения.

Рисунок 1

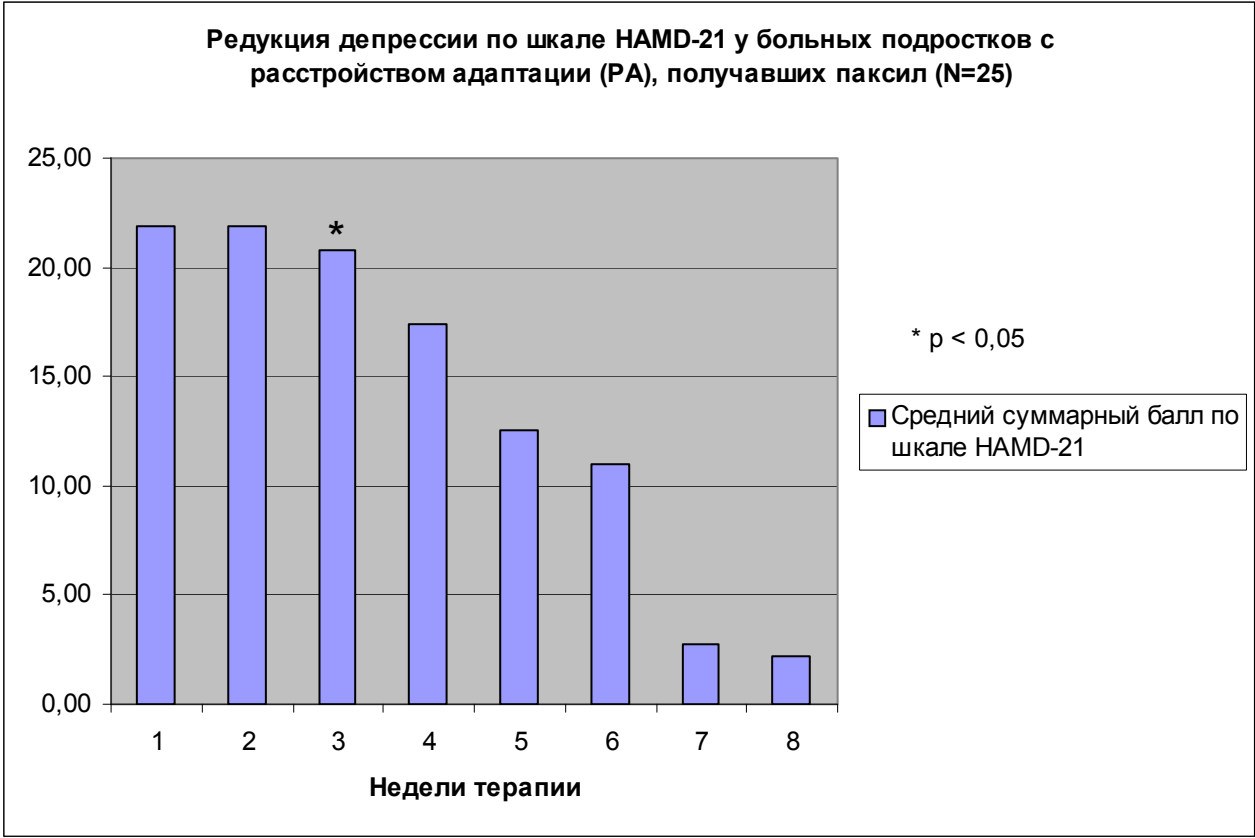
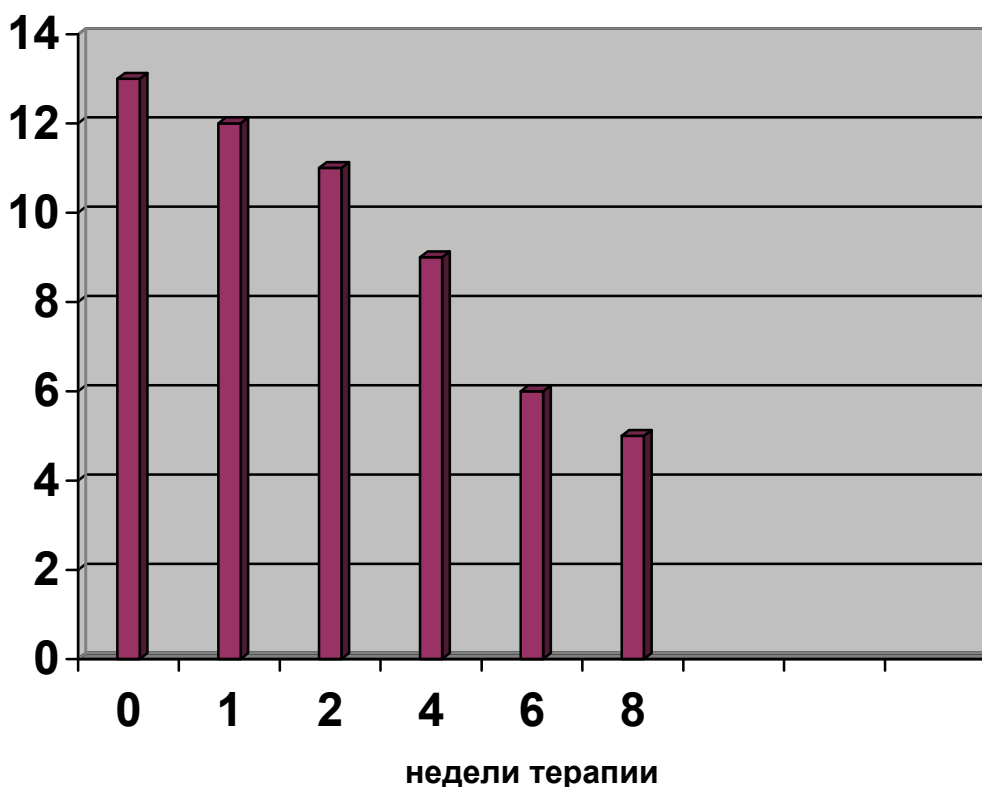


Рисунок 2



Предварительная оценка лонгитюдинальной эффективности паксила позволила отметить следующие особенности действия препарата. Так, в частности, начиная с 3 месяца терапии, у 7 больных, длительность приема паксила у которых завершалась через полгода, наблюдалось незначительное временное колебание в сторону увеличения количества баллов по оценочным шкалам депрессии и тревоги Гамильтона, что можно расценить как временное обострение состояния, скорее всего связанное с закономерностями течения основного заболевания. Увеличение в данных случаях суточной дозы паксила до 30–40 мг/с позволило достаточно быстро купировать обострение тревожно-депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики. В 7 наблюдениях на фоне стабильного и ровного настроения с высоким качеством жизни больных и их социального функционирования прием препарата был резко прекращен, что повлекло за собой такие симптомы, как тревога, психовегетативные ночные пароксизмы, усугубление навязчивостей, повышение АД, частоты сердечных сокращений, усиление вегетативной разбалансировки в целом. Возникшие расстройства позволяют предположить не только появление обострения основной психопатологической картины, но что очень важно – появление симптоматики, близкой к проявлениям синдрома отмены препарата.

Рис. 3 Оценка терапевтической динамики обсессивно-компульсивных симптомов по шкале Y-BOCS на терапии паксилом у подростков (n=25, $p<0,05$)



У пациентов с ОКР (25 наблюдений) была также проведена оценка клинического состояния по оценочному листу шкалы ОКР Йель-Брауна (Y-BOCS), где отмечалась положительная динамика по субшкале оценки степени тяжести как по отдельным пунктам, так и по динамике суммы баллов, наиболее заметно проявившаяся с 4 недели лечения (см. рис.3).

Необходимо отметить, что в наших наблюдениях наиболее отчетливая картина эффективности паксила была получена в процессе терапии контингента больных с депрессивными расстройствами, социальными фобиями и расстройствами адаптации, где отмечалось значительное и стойкое снижение баллов (более 60%) по обеим шкалам Гамильтона. Применение препарата более 16-24 недель способствовало дальнейшему улучшению и закреплению достигнутого лечебного результата и более высокому качеству компенсации (ремиссии) психических расстройств, а в целом – качеству жизни пациен-

тов. В то же время, обсессии и компульсии, отмечавшиеся у всех больных, требуют непрерывного многомесячного назначения паксила и гибкого и дифференцированного увеличения суточной дозы препарата в случае недостаточной эффективности обратного развития обсессивно-компульсивных симптомов.

Спектр клинического действия паксила позволяет рассматривать его как антидепрессант из группы СИОЗС с высокой стимулирующей тимоаналептической активностью и по активирующему действию ставить на второе место после флуоксетина (прозак), что определяет предпочтительное назначение паксила при депрессиях соответствующего типа. Паксил эффективен и безопасен, что позволяет рекомендовать его для применения в амбулаторной и стационарной психиатрической практике при терапии расстройств адаптации тревожно-депрессивной структуры, расстройств адаптации, сочетающихся с поведенческими нарушениями, а в целом – при терапии депрессий апатической, вяло-динамической и астеноподобной структуры.

Таким образом, анализ психофармакологической эффективности применения препарата в подростковой амбулаторной психиатрической практике показал высокую эффективность, безопасность и хороший профиль переносимости паксила при терапии различных психопатологических состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов С.Н. // Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб., — 1995. С. 34-35.
2. Lader M. H. Клинико-фармакологические свойства антидепрессантов и транквилизаторов. —1994.— Т. 16, № 1.— С. 52-53.
3. Steingard R.J., Zimnitzky B., Demaso D.R., et al. // J. Child Adolesc Psychopharmacolodgy. — 1997. — Vol. 5. — P. 9-15.
4. Tierney E., Joshi P.T., Llinas J.F., et al. // J. Child Adolesc Psychopharmacolodgy. — 1995. — Vol. 5. — P. 13-27.
5. McConville B.J., Minneri K.L., Sorter M.T., et. al. // J. Child Adolesc Psychopharmacolodgy. — 1996. — Vol. 6. — P. 41-51.
6. Ambrosini P.J., Wagner K.D., Biederman D.J., et al. // J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry — 1999 — Vol. — 38. — P. 566-572.
7. Alderman J., Wolkow R., Chung M., et al. // J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry — 1998 — Vol. — 37. — P. 386-394.
8. March J.S., Biederman J., Wolkow R., et al. // JAMA— 1998— Vol.— 280. — P. 1752-1756.

А. А. Северный, Т. А. Баландина, В. И. Брутман, И. П. Киреева **ОПЫТ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ** **У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

НЦ психического здоровья РАМН. РГМУ им. Н. И. Пирогова. Москва.

10-летний опыт психиатрических исследований на базе общесоматической педиатрической клиники (241 больной в возрасте от 1 мес. до 17 лет) показал тесную взаимосвязь у детей функциональных вегетосоматических расстройств с психическими нарушениями преимущественно пограничного уровня.

1. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия (115 больных)

Результаты сплошного исследования показали, что у детей с пароксизмальной тахикардией психические нарушения пограничного уровня обнаруживаются в 93% наблюдений. Они возникают как во время приступов, так и в межприступных периодах. Психиатрическая картина приступов у детей младшего возраста характеризуется преимущественно дистимиями с астенодинамическим компонентом (68% набл.), тогда как в более старшем. возрасте чаще встречаются состояния, близкие по структуре к тревожно-ипохондрическим раптусам (77,8% набл.). В межприступном периоде проявления болезни характеризуются стертой психовегетативной симптоматикой.

В 62% наблюдений психопатологическая картина была представлена мягкими моно- и биполярными аффективными расстройствами (астенодинамическими, транзиторными астеносенестопатическими, гипотимическими субдепрессиями, стертыми гипоманиакальными состояниями). В 19,5% случаев в межприступном периоде обнаруживались разнообразные личностно-поведенческие отклонения.

В остальных наблюдениях выявлялись стертые фобически-невротические, ипохондрические, легкие психоорганические нарушения, а в редких случаях и более сложные психопатологические картины, сходные с неразвернутыми аффективно-бредовыми состояниями, явления рудиментарных психических автоматизмов и пр.

2. Функциональные нарушения терморегуляции (77 больных)

Гипертермии у детей и подростков на всем протяжении болезни в 100% случаев выступали в едином комплексе с разнообразными психопатологическими нарушениями. В наиболее типичных случаях (77,0%) это были стертые (маскированные) аффективные симптомокомплексы. Причем субдепрессии протекали с преобладанием тревоги или адинамии и носили преимущественно сенестопатический характер. В отдельных случаях они усложнялись за счет присоединения малых идеаторных автоматизмов, приобретали картину т.н. астеноподобных депрессий с «астенической несостоятельностью». В более редких случаях возникали сложные психопатологические картины полиморфного вида за счет присоединения к пограничным депрессиям отдельных псевдогаллюцинаторных включений и даже рудиментов персекуторных идей отношения. Синдромы невротического уровня встречались реже - в 18,9% случаев. Преобладали астеноневротические, нерезко выраженные обсессивно-фобические и истерические расстройства. У 6 детей (7,8%) депрессии достигли субпсихотического уровня, в связи с чем больные были переведены в психиатрическую клинику.

3. Обследование методом случайной выборки детей – **49 больных – с функциональной сердечно-сосудистой патологией** иных видов (предсердная экстрасистолия, артериальная гипо- и гипертензия, пролапс митрального клапана и пр.) показало, что здесь также самыми распространенными оказались моно- и биполярные стертые аффективные симптомокомплексы (36,0%). Среди них преобладают сенестопатические депрессии с ипохондрическими опасениями и фобиями (34,0%), депрессии с астеноподобными нарушениями мышления (24,0%), стертые депрессивно-бредовые синдромы (8,0%). Прочие синдромы представлены атипичными гипоманиями, невротическими и неврозоподобными состояниями, а так же психопатоподобными симптомокомплексами. В отдельных случаях клиническая картина осложнялась эпилептиформными пароксизмами, которые чаще выступали в форме вегетативных припадков с психосенсорной и дереализационной симптоматикой, а также в виде синкопальных приступов с пароксизмальной патологической активностью на ЭЭГ.

Помимо относительно «простых» синдромов невротического и аффективного регистра при функциональных сердечно-сосудистых расстройствах встречаются и остаются зачастую не диагностированными чрезвычайно «сложные» психопатологические нарушения субпсихотического уровня, выявление которых затруднено даже для подготовленного в области соматизированной психической патологии педопсихиатра. Эти психопатологические синдромы далеко выходят за рамки расстройств невротического и чисто аффективного регистра и представляют из себя:

- 1) мягкие аффективно-бредовые (неипохондрические) состояния;
- 2) «ларвированную» парафрению;
- 3) рудиментарный синдром Кандинского-Клерамбо.

Для первой группы свойственно появление на фоне, как правило, субдепрессивного (реже гипоманиакального) аффекта т.н. бредовых страхов неипохондрического содержания, дисморфоманических переживаний, идей отношения, рудиментов бреда значения, инсценировки и пр. Такие психопатологические расстройства длительное время стойко сохраняются у ребенка и воспринимаются им без критики. Соматовегетативные симптомы обычно полиморфны и персистируют на протяжении всей болезни.

У больных второй группы подспудно развиваются тщательно скрываемые фантастические идеи величия, избранности, мессианства, иного (инопланетного) происхождения, чужих родителей и т.д. На начальных этапах становления симптомокомплекса, реже в виде отдельных эпизодов на протяжении всей болезни, у таких детей возникают аффективные вспышки (от нескольких минут до нескольких суток), в структуре которых значительное место занимают сложные псевдогаллюцинаторные, полиморфные истинные галлюцинаторные, острые фантастические, дереализационно-деперсонализационные переживания, припадки Клооса, т.е. в целом состояния, сходные с описанными К. Congrad «зарницами» [10]. Вегетосоматические нарушения у таких детей особенно отчетливы именно в периоды подобных экзацербаций. В остальное время кардиоваскулярные дисфункции носят преимущественно субклинический характер.

В третьей группе больных выявляется как бы динамический ряд психопатологических расстройств, существенное место в структуре которых занимают психические автоматизмы. В наиболее

мягких состояниях дело ограничивается возникновением на фоне стертого патологического аффекта и неврозоподобной симптоматики т.н. малых идеаторных автоматизмов (шперрунгов, ментизма, непроизвольной отвлекаемости мыслей и пр.). В более выраженных случаях отмечаются «звучащие мысли», «эхо-мысли», внезапно возникающие и быстро исчезающие «голоса» в голове (без бредовой интерпретации). В наиболее развернутых картинах присутствует псевдогаллюциноз, который обычно усложняется бредовыми и бредоподобными переживаниями с радикалом воздействия, например, идеями «внутреннего двойника», «одержимости», «космических пришельцев» и т.п. Характерно для этой группы наличие в клинической картине, помимо кардиальных сенсаций, разнообразных патологических ощущений, наиболее часто в виде цефалгий или более сложных церебральных сенестопатий. Вегетосоматический компонент этих состояний проявляется периодами колебаний артериального давления, приступами тахикардии и пр.

Несмотря на значительную сложность и глубину психотических переживаний, они почти во всех случаях оказывались феноменом исключительно скрытой душевной жизни ребенка, практически не нарушая его поведения, и благодаря этому оставались неразличимыми для родителей и врачей. Близкие отмечали у детей лишь такие внешние проявления, как возникшую замкнутость, вялость, апатию, сужение круга интересов, страхи, раздражительность, агрессивность, снижение успеваемости, реже расстройства влечений, двигательную расторможенность. Все это интерпретировалось как «естественное» проявление соматического страдания либо как следствие педагогических просчетов, лень ребенка, возрастные особенности характера и т.п. В высказываниях же детей, в их жалобах на первый план выступали физическое недомогание, боли, трудности в учебе, в концентрации внимания и пр.

В то же время, при целенаправленном обследовании с использованием ряда специальных методических приемов удается достаточно полно и достоверно обнаружить описанные субпсихотические переживания даже у детей дошкольного возраста. Собственно психопатологический компонент психовегетативного синдрома выявляется с трудом не только в силу его стертости, незавершенности, фрагментарности и мерцания, присущих вообще психическим нарушениям пограничного уровня, а тем более в детском возрасте, не только в силу алекситимии [13], характерной для психосоматических больных, но и в силу особенностей детской психики, несформированности самосознания, крайнее затрудняющих самоотчет ребенка, его способность осознать и передать оттенки своего психического состояния. При этом, в отличие от «большой психиатрии» с ее акцентом на объективных сведениях о больном, при исследовании пограничной психопатологии у детей именно субъективные сведения играют главную роль хотя бы в силу того, что родители в подавляющем большинстве случаев не имеют понятия об интимных переживаниях своего ребенка, пока в связи с этими переживаниями не нарушаются грубо его адаптация и поведение.

Помимо эмоционального «вживания», «перенесения на себя» переживаний больного, что необходимо при всяком обследовании в пограничной психиатрии, психопатологическое исследование ребенка требует того, что мы называем регрессивным перевоплощением, т.е. низведения уровня используемых понятий, суждений, эмоциональных реакций врача на доступный и наиболее адекватный данному больному ребенку. В качестве конкретных методических приемов расспроса можно указать на постоянное использование временной соотносительности, (побуждения врачом ребенка постоянно сопоставлять свое самочувствие, переживания, поведение в различные определенные отрезки времени), т.к. сам ребенок не способен осознать динамику своего состояния, соотношения во времени преобладающего фона самочувствия и его колебаний. Другие важные принципы расспроса - это обязательная альтернативность и многовариантность предлагаемой врачом ребенку симптоматики, а также ее доказательность. Последнее предполагает активное раскрытие больным («доказывание») оттенков и деталей психопатологического феномена, выявленного при расспросе.

Соотношение различных психопатологических групп по всем обследованным больным с функциональной соматической патологией представлено в сводной таблице 1. Данные, представленные в таблице, естественно, не претендуют на популяционную статистическую значимость, но, как показывает опыт, достоверно ориентируют в сравнительной частоте психопатологических расстройств, встречающихся у детей с функциональными вегетосоматическими нарушениями.

Таблица 1.

Психопатологические синдромы и состояния, выявленные у детей с функциональной вегетосоматической патологией

СИНДРОМЫ	Кол-во больных	%%
Нерезко выраженные аффективные	140	58,1
Выраженные аффективные (в т.ч. аффективно-бредовые)	25	10,4
Невротические и неврозоподобные	39	16,2
Психопатические и психопатоподобные	17	7,0
Психоорганические	9	3,7
Эпилептиформные	11	4,6
ВСЕГО	241	100,0

Природа этих психовегетативных синдромов многофакторна, причем один из значимых причинных факторов - семейный, как в плане генетических и средовых влияний психических нарушений у родителей, так и в плане дисгармонии семейных отношений. Однако попытки воздействия на последний фактор активным вовлечением семьи в психотерапевтический контакт зачастую несостоятельны в связи с избеганием его родителями. Одна из причин неудач - отношение психотерапевта к родителю как врача к пациенту в отличие от традиционной психотерапевтической парадигмы «терапевт-клиент», имеющей базисным условием активный запрос клиента о помощи, его желание вовлечь третье лицо в закрытую семейную систему (раскрыть ее) и его готовность нести доступные временные, финансовые и прочие затраты.

Для формирования у родителей активной установки на сотрудничество с семейным терапевтом приходится преодолевать у них психологические барьеры, имеющие как базисные личностные, так и культуральные и социально-средовые основы. К первым относится диспсихофобия – страх признания у собственного ребенка (и косвенно у себя) психических нарушений, лежащих в основе фасадной соматической симптоматики. Диспсихофобия служит причиной и диссимулятивного, и подсознательно-го отрицания (вытеснения) родителем собственной психической патологии как одной из причин заболевания ребенка, требующей коррекции для его оздоровления. Сформированный десятилетиями в социальном сознании негативный образ психиатрической помощи лежит в основе диссоциофобии - страха нарушения социального статуса семьи и кого-то из его членов при обнаружении у него психической патологии. Наконец, многофакторный страх нарушения вмешательством извне неустойчивого равновесия в большинстве семей, культивированная столетиями закрытость семьи, а также патерналистская психология родителей в отношении государственных систем помощи делают задачу их вовлечения в психотерапевтический контакт в интересах их больного ребенка чрезвычайно сложной, требующей разработки специальных технологий.

Апробированный комплекс психосоциальных и психодиагностических методик для определения особенностей семейной структуры, интерперсональных взаимосвязей и детско-родительских отношений (1, 8, 9), обобщенной характеристики семей детей и подростков, страдающих функциональными психовегетативными расстройствами, позволяет получить достаточно полную характеристику как особенностей отдельных членов семьи, так и характера межперсональных внутрисемейных отношений, а также целостную оценку семьи как единой структуры, что создает необходимые предпосылки для дальнейшей разработки и реализации психотерапевтических подходов к семьям с детьми, страдающими функциональными психосоматическими расстройствами. Разработанная и апробированная комплексная карта мультифакторной оценки семей обследуемых больных включает социально-демографические характеристики семьи, подробную характеристику супружеских взаимоотношений и детско-родительских отношений, характеристику реакции членов семьи на болезнь ребенка, квалификацию личностных и психопатологических особенностей родителей. На основании изложенных данных формулируется «семейный диагноз», в котором выделяются патологические факторы семейного взаимодействия, дается типология семьи, по S. Minuchin (11, 12), и делается предположение о характере взаимосвязи болезненных симптомов у ребенка с дисфункциональными особенностями внутрисемейного взаимодействия. В заключение формулируется «резюме», в котором указываются «ядерные», или «базисные», и «опосредованные» зоны нарушений в семейной системе, определяются объекты психотерапевтических воздействий, методы коррекции базисных и опосредованных нарушений, наконец, прогнозируемый результат психотерапии.

Психотерапевтический подход был применен к семьям 25 больных (10 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 6 до 17 л.) с терапевтическими диагнозами «вегетососудистой дистонии», проявлявшейся преимущественно функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами (у 19 больных), функ-

циональной гипертермией (у 3 больных), а также с диагнозами функциональных нарушений желудочно-кишечной системы (у 3 больных). Психопатологическая симптоматика определялась в основном как астено(суб)депрессивная (у 19 больных) в сочетании или с преобладанием тревожно-фобических расстройств (в 8 случаях), а также как невротическая с вегетосоматическими проявлениями (тики, энурез - у 4 больных).

Ни в одной из 25 семей родители не могли быть признаны психически здоровыми. Причем, более чем в половине семей (17) у них отмечались отчетливые аффективные и шизоаффективные расстройства, в том числе в рамках приступообразной шизофрении и манифестного аффективного психоза. В 13 семьях речь шла о выраженных личностных аномалиях уровня психопатий различного типа. Распространенность алкоголизма и эпилепсии не превышала популяционной. Следовательно, можно предположить (что подтверждается и нашими более ранними работами [7]) значительную роль психопатологического и аномального личностного семейного фона в возникновении функциональных психовегетативных расстройств у детей и подростков.

Очевидно, родительская психическая патология, создавая, с одной стороны, наследственно обусловленное предрасположение к указанной патологии у потомков, с другой стороны, играет определенную роль в формировании особых внутрисемейных отношений, которые, в свою очередь, могут оказываться дополнительным (или пусковым) фактором для возникновения и закрепления психосоматических нарушений как у детей, так и у родителей. Во всех обследованных семьях внутрисемейные отношения характеризуются как дисгармоничные (при всей условности такого определения), что проявляется в сексуальной дисгармонии, конфликтах (преимущественно из-за разных подходов к воспитанию детей), пассивно-отстраненной позиции отца и избыточной симбиотической связи матери с ребенком. Последняя способствует развитию и хронификации у матерей тревожно-фобических состояний, в основе которых лежит страх за детей, их физическое здоровье, усугубляемый неопределенностью педиатрической диагностики и малой эффективностью соматотропной терапии. При этом дисгармония внутрисемейных отношений углубляется в связи с амбивалентным отношением родителей к заболеванию ребенка: гиперопекой, ограничением его активности, контактов, с одной стороны, и подчеркиванием его несостоятельности, гиперпротекцией, с другой. Первое чаще исходит от матери, второе – от отца, что обостряет их межперсональный разлад. Все это приводит к формированию «внутрисемейных коалиций» (больной-родитель против другого родителя), а порой и к распаду семьи, к проявлениям ревности, нарушениям поведения, агрессии со стороны другого ребенка, если он есть в семье. В целом, по S. Minuchin, дисгармоничные семьи могут быть охарактеризованы преимущественно как гиперпротективные, ригидные, не способные к разрешению конфликтов.

Приведенный анализ психопатологических и межперсональных нарушений в семьях больных детей позволил построить целенаправленную семейную терапию, которая в 17 случаях сочеталась с психотропным лечением (направленным в основном на коррекцию тревожно-фобических состояний, а также аффективных расстройств биполярного круга у матерей). Вообще, необходимо отметить, очевидно, как культуральную особенность нашей популяции, как правило, большую трудность привлечения к коррекционной работе отцов (лишь в 7 семьях удалось вовлечь отцов в длительное взаимодействие) помимо тех проблем формирования мотивации на психотерапевтическое взаимодействие с семьей, которые отмечены выше.

Для коррекции тревожно-фобических состояний у матерей применялась рациональная и когнитивно-бихевиоральная терапия. Коррекция материнско-детских отношений и взаимной фиксации матери и ребенка на функциональных вегетосоматических расстройствах проводилась с помощью релаксационных методик, тренинга позитивных родительско-детских отношений и ориентированных на детский возраст игровых взаимодействий (куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия) (2, 4, 6). Структурная семейная психотерапия основывалась на модифицировании и стабилизации границ между внутрисемейными подсистемами и позитивных стереотипов семейного взаимодействия (3, 5).

В тех случаях, когда удавалось провести достаточный курс намеченной терапии, достигался значительный эффект в плане выравнивания эмоционального фона пациентов, сглаживания внутрисемейной напряженности, улучшения адаптации больного ребенка. Важно отметить, что, как правило, те родители, которые соглашались на прием психотропных препаратов (или сами просили о нем) и аккуратно выполняли медикаментозные назначения, охотнее шли и на психотерапевтический контакт, что способствовало достижению общего позитивного эффекта. Этим лишний раз подтверждается несостоятельность еще бытующего, в том числе в профессиональной среде, противопоставления и взаимоисключения психотерапии и психофармакотерапии при лечении функциональных вегетосоматических

и собственно пограничных психических расстройств. В дальнейшем, при наличии соответствующих условий исследования, может быть предпринята попытка сопоставления репрезентативных групп, получающих различные виды лечения и их сочетание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения. Автореф. дисс... канд. психол. наук. - М., 1987. - 24 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Ф. Практикум по сказкотерапии. - СПб.: Речь, 2001. - 309 с.
3. Игровая семейная психотерапия (практикум по психотерапии). / Ред. Ч. Шеффер, Л. Кэри. - СПб: Питер, 2001. - 383 с.
4. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. - СПб.: Речь, 2000. - 145 с.
5. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. - М.: Класс, 1998. - 290 с.
6. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. - М.: Класс, 1997. - 332 с.
7. Северный А.А., Баландина Т.А., Березницкая В.В. и др. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - № 4. - С. 54-64.
8. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия. (Методические рекомендации для детских психиатров, психотерапевтов, психологов). - СПб, 2001. - 44 с.
9. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1990. - 192 с.
10. K. Conrad. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. - Stuttgart: Thieme, 1958. - 165 S.
11. Minuchin S. Families and Family Therapy. - Cambridge: Harvard University Press., 1974. - 268 p.
12. Minuchin S., Baker L., Rosman B., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children // Arch. Gen. Psych. - 1975. - Vol. 32. - P. 1031-1038.
13. Sifneos P.E. The Prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients // J. Psychother. Psychosom. - 1973. - Vol. 22. - P. 255-262.

Н. М. Иовчук

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ, ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ И СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА (НЕКОТОРЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПЕРВОНАЧАЛЬНОМ ОПЫТЕ)

Ассоциация детских психиатров и психологов. Московский психолого-педагогический институт. Москва.

В последние годы работа с семьей все больше привлекает внимание специалистов разного профиля. Появилось множество публикаций, посвященных коррекционно-профилактической работе с маргинальными семьями - беженцев, вынужденных переселенцев, семьями из районов военных действий, детей-инвалидов, приемными, опекунами семьями, неполными и неблагополучными семьями, составляющими «группу риска» по социальной дизадаптации, в том числе лишению родительских прав. Несмотря на некоторое продвижение в этих вопросах, опыт практической работы с «проблемными» детьми различных возрастных групп и разной степенью социальной/школьной дизадаптации показывает, что семья остается на задворках деятельности многопрофессиональных коллективов. Особенно это касается наиболее неблагополучных семей - алкоголиков, наркоманов, бомжей, психически больных. Нередко среди специалистов, оказывающих профессиональную помощь «проблемному» ребенку, звучат совершенно определенные мотивы о целесообразности изоляции ребенка от семьи, изъятия его из семьи, подборе другой семьи или помещении в сиротское учреждение, хотя всем известно, что каждому ребенку нужна только своя семья, если она есть.

Одной из наиболее нуждающихся во всесторонней мультидисциплинарной поддержке является семья психически больного ребенка/подростка. Все такие семьи, вне зависимости от синдромальной, нозологической принадлежности психических расстройств у ребенка и формы течения болезни, имеют некоторые общие черты. Прежде всего это касается накопления в таких семьях большого числа лиц с уродливыми чертами характера (замкнутых, отрешенных, эмоционально холодных или сверхчувствительных, деспотичных, взрывчатых, возбудимых, жестоких, вялых, часто плохо приспособленных к быту и в трудовой деятельности, неуживчивых и т.п.) и больных латентными (скрытыми, не попа-

дающими в поле зрения психиатра) и манифестными (явными) формами душевных заболеваний. В связи с этим в семьях психически больных детей царит чаще всего беспокойная обстановка, нет настоящего взаимопонимания, высок процент разводов, причем распад семьи, как правило, возникает ввиду противоречивого отношения к особенностям ребенка и разлада между родителями из-за различного подхода к его воспитанию и лечению. Конечно, среди семей психически больных детей имеются все варианты семейных отношений - от полных, благополучных семей с адекватной, поощрительно-доброжелательной, согласованной, единообразной линией воспитания до полной их противоположности: или холодные, разобщенные семьи, в которых царит обстановка безразличия; или семьи с чрезмерно строгим, требовательным, жестким отношением к ребенку; или беспокойная, неровная, тревожная обстановка, когда члены семьи и ребенку, и друг другу предъявляют неоднозначные требования, не могут прийти к согласию, единой линии поведения.

Что же все-таки происходит с семьей, когда у ребенка появляются очевидные признаки психического заболевания?

Во многих семьях в силу собственных психических особенностей родителей, относящих явную психическую патологию к варианту развития, в силу присущего практически всем людям, а психически нездоровым особенно, страха перед душевной болезнью и озвучиванием диагноза, под воздействием малообразованного ближайшего окружения, настраивающего мать против психиатрической помощи, - больного ребенка чаще очень долго, иногда годы не показывают психиатру. Это запаздывание с обращением часто является решающим в отношении прогноза течения заболевания и социального прогноза, поскольку уходит время для адекватного лечения, полноценной коррекции и социальной реабилитации.

При первичном обращении к психиатру родители надеются, что врач скажет: «Не болен», но врач говорит: «Болен». И тогда родители желают знать диагноз, и врач часто уже в первое посещение называет его. Этот момент узнавания диагноза, момент «ярлыка» является эмоционально самым тяжелым для родителей. Услышав страшное слово, но по существу не понимая его сущности, они погружаются в отчаяние. При формальном подходе первого на пути больного ребенка психиатра родители начинают затяжной, иногда равный многим годам бег по врачам, больницам, консультативным центрам, институтам, получая все новые и новые сочетания слов, важных для взаимопонимания психиатров, но ровно ничего не значащих для понимания обывателями, коими и являются родители больного ребенка. Нельзя не упомянуть также возможные деонтологические нарушения со стороны специалистов разного профиля при консультации психически больного ребенка, что проявляется в отрицании адекватности предыдущего диагноза, назначенного лечения, в рассогласованности действий специалистов, в том числе в отношении прогноза заболевания и определения формы обучения, настраивание против медикаментозного лечения. Все это полностью нивелирует все усилия различных специалистов, даже если у каждого в отдельности они правомерны.

Другим вариантом поведения родителей после озвучивания заболевания ребенка является полный отказ от посещения врача в силу страха перед психиатром, учетом, психотропным лечением, стационаризмом и т.п. Кому из психиатров ни попадали на прием психически больные подростки 16-18 лет, которых родителям удавалось скрывать от окружающих, в том числе и от врачей, и которых приводили на прием только пред неминуемым призывом в Армию? В течение многих лет родителям как-то удается оформлять надомное обучение, экстернатное обучение, а в некоторых случаях дети совсем не учатся. Стоит ли говорить, что эти годы также потеряны не только и не столько для лечения, сколько для коррекционно-реабилитационной помощи.

Вместо адекватного лечения и коррекции ребенка родители, убеждаясь в отсутствии или незначительности помощи психиатров (такой отрицательный результат может быть обусловлен не только малой квалификацией врача или его недостаточной заинтересованностью, но и трудностями подбора терапии, низкой курабельностью заболевания, неправильным отношением родителей к лечению, в том числе нерегулярностью лечения или самовольным изменением его режима), родители продолжают дрейф в поисках излечения ребенка и нередко попадают уже к экстрасенсам, колдунам, бабкам и т.д., что во многих случаях вызывает серьезные обострения заболевания.

Между тем, за много лет течения болезни ребенка семья, оставшаяся без какой-либо профессиональной помощи, претерпевает определенную отрицательную динамику. Это выражается в межперсональном разладе, напряженности, отсутствии профессионального роста матери, крахе ее карьеры, полном прекращении работы, постепенном снижении доходов, порой достигающей степени настоящей нищеты. У матери или другого члена семьи, ее заменяющего (отца, бабушки, деда), как правило, появ-

ляются чувства апатии, одиночества, безысходности, а нередко развивается и достаточно выраженная депрессия, нуждающаяся в медикаментозном лечении. Постепенно семья остается в изоляции из-за того, что ребенок в основном находится дома под надзором матери или другого члена семьи, что в доме крайне ограничен прием гостей, что ребенка зачастую просто не выводят на улицу, поскольку в России до сих пор принято стесняться психически больного члена семьи, вызывающего у окружающих нездоровое любопытство или страх. Интеграция психически больного ребенка в среду здоровых сверстников тем более затруднена, так как при отсутствии специальной подготовки вызывает протест родителей здоровых детей, а потом уже и протест самих родителей больных детей. Все это в конечном счете обусловлено отсутствием у обывателя каких-либо психиатрических знаний и гуманистических установок.

Работа с семьей начинается при первом осмотре ребенка психиатром. Главная задача первого приема - задержать больного, не дать семье ребенка уйти «в никуда», остаться без помощи. Во время первой консультации мать ребенка не всегда попросит назвать диагноз, но зато обязательно спросит о прогнозе болезни и социального становления. В вопросах прогноза врач должен быть особенно ориентированным. На наш взгляд, правомерно прежде всего описать наиболее благоприятный прогноз, а затем рассказать, что необходимо делать семье ребенка для того, чтобы прогноз был наилучшим. В намечаемой тактике необходимо отразить все стороны: лечение с описанием примерной его продолжительности, интенсивности, время приблизительного окончания активного периода болезни, необходимость изменения взаимоотношений в семье, отношения к ребенку, вид обучения, ориентировочную возможность профессионального выбора. Психиатр не должен жалеть времени на длительную психотерапевтическую беседу, разъясняющую родителям сущность болезни ребенка, роль семьи и свою собственную безотказность и надежность в коррекционной и реабилитационной работе с ребенком.

Родители вправе узнать диагноз, поставленный ребенку. Впрочем, по нашему мнению, слова, обозначающие диагноз, пугают, но остаются не понятыми родителями. Поэтому, если даже диагноз ясен при первом обращении, сообщая его, надо учитывать состояние матери, уровень ее образования, понимание болезни ребенка. Диагноз сообщается сразу, если родители на этом настаивают или если они неправильно ориентированы на нетрадиционные методы лечения или полностью отказываются от лечения, а невмешательство может значительно ухудшить прогноз.

Взаимоотношения между членами семьи, отношение к больному ребенку, эмоциональная атмосфера в семье имеют огромное значение в развитии ребенка. Понимание родителями ребенка сущности его состояния, критическое отношение к проявлениям психической патологии, согласованность педагогических приемов между всеми членами семьи, правильная установка на максимально возможный уровень адаптации ребенка в будущем, внимательное отношение к рекомендациям врачей и педагогов - все эти условия являются основой успеха медико-коррекционных мероприятий.

Психологу и педагогу, работающему с психически больным ребенком, нередко свойственно относить большую часть особенностей его поведения за счет неправильного воспитания, что в данном случае неправомерно, поскольку поведение ребенка в основном, как правило, обусловлено болезнью, а мать лишь «приспосабливается» к нему в течение жизни ребенка. В связи с этим особое внимание надо придавать тщательному сбору анамнеза с динамикой поведения и образа жизни ребенка, учетом привычек, пристрастий, специфики взаимоотношений со всеми членами семьи. Нельзя отвергнуть все, что сложилось в течение многих лет развития ребенка.

Задачи семейной коррекции заключаются в том, чтобы помочь родителям осмыслить характер нарушений у ребенка, научить их адекватному отношению к больному, а также приемлемым методикам педагогической помощи, по возможности влиять на создание благоприятного психологического климата в семье, при необходимости оказывать психотерапевтическую и лекарственную помощь членам семьи.

Целенаправленное взаимодействие с семьей должно проводиться одновременно с медико-педагогическими мероприятиями, направленными на коррекцию нарушенного общения, поведенческих расстройств, задержки психического развития и других патологических проявлений у больного ребенка. Задачи коррекционной работы с членами семьи такого ребенка в процессе медико-педагогической работы с ним заключаются в следующем:

- 1) выработка положительного отношения к посещению ребенком коррекционной группы;
- 2) выработка всеми членами семьи единых, адекватных в данном случае принципов лечения, воспитания и обучения;
- 3) преодоление нигилизма, равнодушия и апатии по отношению к будущему ребенка, формирова-

ние установки на максимально возможный уровень его обучения и профессионального образования;

4) инициация применения в домашних условиях адекватных обучающих методик;

5) преодоление изоляции и консерватизма в семейном укладе, построение более живой, динамичной, разнообразной обстановки, повседневно окружающей ребенка;

6) преодоление негативизма по отношению к медикаментозному лечению ребенка (в тех случаях, когда оно необходимо не только для устранения болезненной симптоматики, но и для облегчения обучения и контактов);

7) устранение психических нарушений при обострениях психических заболеваний или патологических реакций у лиц из непосредственного окружения ребенка (при их согласии на лечение);

8) формирование эмоционального взаимодействия и взаимопомощи между членами различных семей с детьми.

Если учесть типологическое разнообразие семей психически больных детей, то становится очевидным, что коррекционный подход к семьям должен быть тонко дифференцирован, но в то же время имеются общие для всех методические подходы, облегчающие семейную коррекционную работу. В первую очередь, к ним следует отнести этапность в медико-коррекционной работе с семьей.

На первом этапе проводится максимально широкая и углубленная медико-психологическая диагностика семьи с обследованием по возможности всех ее членов, проживающих вместе, а также тех, кто тесно и в длительные промежутки времени общается с ребенком. Помимо чисто диагностических задач, таких как выявление личностных аномалий, мягко протекающих психических заболеваний, здесь необходимо установить типологию внутрисемейных отношений, а также определить степень близости (или отдаленности) эмоционального контакта с больным ребенком каждого члена семьи и степень его участия в повседневной жизни и воспитании ребенка. На основании такого анализа необходимо выделить такого члена семьи, который станет **опорным участником** в совместной с сотрудниками центра медико-коррекционной работе с ребенком. Среди остальных членов семьи должны быть выделены те, кто при последовательной психокоррекционной и социокоррекционной работе с ними может стать помощниками в медико-коррекционной деятельности. Наконец, необходимо установить, есть ли в семье личности, которые в силу особенностей характера или, что чаще, особенностей их собственных психических расстройств не могут целесообразно корригироваться и поэтому в интересах больного ребенка должны совместными усилиями других членов семьи и сотрудников центра по возможности нейтрализоваться в плане их негативного влияния на медико-коррекционный процесс.

На втором этапе происходит активное вовлечение прежде всего опорного участника в медико-коррекционную работу с ребенком. Одновременно проводятся необходимые социо- и психокоррекционные мероприятия в отношении семьи с постепенным вовлечением остальных ее членов в воспитательно-педагогический процесс.

На третьем этапе возможно ассоциирование членов различных семей с целью их активного участия и помощи в работе коррекционного центра, взаимопомощи, обмена опытом, взаимной психологической поддержки, особенно в отношении новых участников медико-педагогической коррекции.

Что касается собственно психокоррекционной работы с семьей, то здесь ведущую роль играет рациональная, разъяснительная психотерапия и пропаганда особых методов педагогической коррекции, обучение этим методам для их воспроизведения в домашней обстановке. Необходимы постоянные и по возможности не ограниченные во времени беседы с участниками воспитания ребенка без опасения многократного повторения принципов воспитания и обучения, разъяснения методических приемов, демонстрация игротерапевтических методик, обучающих приемов. Со стороны психиатра и психолога требуется мягкое, сочувственное разъяснение особенностей психического состояния ребенка, убеждение в необходимости и безвредности тех или иных методов медико-психологической коррекции, устранение нигилистического или безразличного отношения к перспективам развития, обучения и профессиональной подготовки больного в будущем.

Одним из важнейших моментов является ориентировка родителей на избегание в недалеком будущем индивидуального (надомного) школьного обучения, в течение которого в большинстве случаев неминуемо происходит полная инвалидизация некоторых психически больных детей. Последнее становится особенно актуальным в последнее время, поскольку многие школы активно «вытесняют» проблемных детей на домашнее обучение. С прогнозом заболевания и социальным прогнозом врач-психиатр должен познакомить всех остальных специалистов, работающих с ребенком, чтобы избежать неверной учебной и профессиональной ориентации. Так, например, выраженность продуктивной симптоматики или педагогическая запущенность могут создавать ложное впечатление о «необучаемости»

ребенка. Необходимо помнить и о том, что во многих случаях, благодаря опережающему развитию и раннему проявлению особых способностей, к примеру, ребенок-аутист считается одаренным, но в процессе болезни из-за крайней неравномерности знаний, эмоционального уплощения, отсутствия жизненного опыта и стереотипизации психической продукции эта одаренность тускнеет и постепенно нивелируется. Родителей таких детей необходимо осторожно настраивать на обычное очное обучение ребенка и получение им в дальнейшем посильной практической профессии.

Помимо рациональных задач разъяснения и обучения, налаживание психотерапевтического контакта способствует улучшению психологического состояния членов семьи, расширению их контактов, в частности за счет общения с сотрудниками коррекционного центра, которые должны по возможности стать как бы «исповедниками» для родственников ребенка, не ограничивая тематику беседы только проблемами воспитания и обучения, но проявляя интерес ко всем сторонам жизни семьи.

Совместные занятия с участием родственников, культурные мероприятия в центре, совместное посещение театров, музеев способствуют разрыванию привычного круга замкнутости, обособленности семьи. Родители перестают стесняться своего ущербного ребенка, они быстро начинают осознавать, что сотрудники коррекционного учреждения относятся к ребенку с искренней теплотой, неформальной заинтересованностью, а его пребывание в коррекционной группе не только не травматично, но, наоборот, приносит ребенку удовольствие и радость.

Становясь в процессе медико-коррекционной работы все более доверчивыми и доступными контакту, родители уже не скрывают от сотрудников центра периодов ухудшения своего психического состояния, ухудшения ситуации в семье, ищут помощи и охотно принимают советы в отношении своего лечения или коррекции внутрисемейной ситуации. При достаточно длительной и целенаправленной работе удается наладить продуктивный контакт даже с наиболее «трудными» членами семьи, изменить их неверные установки в отношении ребенка.

Наименее разработанным компонентом работы с семьей «проблемного» ребенка являются образовательные программы, направленные на повышение родительской медико-психолого-педагогической компетентности. Для того, чтобы помочь родителям разобраться в особенностях ребенка и целенаправленно добиваться оптимального эффекта - его позитивной социализации, наряду с постоянной опорой на специалистов различного профиля, осуществляющих комплексную помощь семье и ребенку, им необходимы базовые знания в области психологии, психиатрии, дефектологии и т.п.

Одной из апробированных высокоэффективных моделей междисциплинарной и многоплановой работы с «проблемными» детьми и их семьями является «Школа опекунов-родителей», возникшая осенью 1999 г. в рамках региональной общественной благотворительной организации «Педагогический поиск» и предназначенная для приемных родителей, опекунов и лиц, готовящихся к усыновлению. В дальнейшем круг слушателей школы был значительно расширен за счет родителей детей-инвалидов, детей с психической патологией и с тяжелыми формами школьной и социальной дизадаптации. В ходе образовательной деятельности разработана, апробирована и усовершенствована в соответствии с нуждами слушателей учебная программа курса «повышения квалификации» родителей. Занятия включали лекции специалистов различного профиля: психологов, коррекционных педагогов, психиатров, юристов, наркологов, педагогов-специалистов в области профориентации. Много времени уделялось ответам на вопросы и свободному обмену мнениями.

Образовательная программа для родителей рассчитана на 90-100 часов. За это время родители получают представление об особенностях возрастных периодов детства, возрастных кризисах, депривации и ее влиянии на личностное развитие ребенка, возрастных особенностях усвоения социального опыта, критериях социальной адаптированности, причинах и проявлениях социальной и школьной дизадаптации детей, наиболее распространенных психических расстройствах в детском и подростковом возрасте, сексуальном развитии ребенка и подростка и профилактике сексуальных нарушений, профилактике социального сиротства, дошкольном воспитании детей с нарушениями развития, профилактике алкоголизма, наркомании и правонарушений у несовершеннолетних и т.д. Подробно образовательная программа для родителей изложена в изданной в 2000 г. книге «Психолого-педагогическая помощь семье с приемным ребенком и ребенком-инвалидом», авторами которой являются преподаватели и консультанты школы.

Консультирование детей и их семей проводится в те же сроки, что и обучение. Группа специалистов, работающих в междисциплинарном взаимодействии, - психолог, психиатр и дефектолог консультируют детей и их семьи на дому. После совместного обсуждения результатов осмотра специалисты дают конкретные рекомендации по лечению, организации взаимодействия взрослых с ребенком,

намечают пути и способы педагогической коррекции. В зависимости от ведущего нарушения назначается основной куратор - психолог, дефектолог или психиатр. Так, при обострении психического заболевания куратором нуждающегося в специальном лечении ребенка является психиатр, при ведущих нарушениях познавательных процессов - коррекционный педагог, при нарушении отношений в семье - психолог. В ходе консультативной работы была выявлена необходимость психолого-психиатрического консультирования самих родителей.

Для получения объективной оценки работы Школы была разработана анонимная анкета. Данные анкетирования по завершении курса обучения показали, что слушатели высоко оценивают работу Школы, отмечая практическую значимость полученных в ней знаний; многим родителям благодаря полученным знаниям и поддержке специалистов удалось преодолеть неблагоприятные ситуации. Типичными были высказывания слушателей: «Как жаль, что этого мы не слышали раньше! Многих проблем в воспитании детей просто не возникло бы.».

В зависимости от приоритетных задач медико-психолого-педагогической службы и особенностей контингента детей и их семей образовательные программы для родителей могут быть модифицированы. Так, в течение нескольких месяцев в рамках программы Ассоциации детских психиатров и психологов «Помощь детям-жертвам психологического насилия» существует «Школа-клуб для родителей», в задачи которой входит их информирование о формах и видах психологического насилия над ребенком и его последствиях, а также о вариантах ненасильственного взаимодействия с ребенком. Данная программа осуществлялась на базе Межшкольного учебно-производственного комбината № 13 «Хамовники» (МУК-13 «Хамовники»), одним из направлений деятельности которого является обучение по программе массовой школы в 7, 8 и 9 классах и начальное производственное обучение от 40 до 60 подростков с глубокими формами школьной и социальной дизадаптации, в большинстве своем имеющих неблагополучные семьи с уродливыми, часто жестокими формами воспитания.

Проведенные в 1999-2001 гг. школы для родителей, наряду с образовательным и консультативно-коррекционным направлением, имели совсем неожиданный «побочный» результат, позитивность которого трудно переоценить: он сказался в пробуждении инициативы и активности самих родителей, объединении родителей, завязавшейся дружбе, взаимной поддержке, расширении их кругозора и интересов.

Обучение родителей необходимо проводить и при личном контакте со специалистом во время консультативного приема. Врач, психолог, дефектолог обязаны подробно и в доступной форме объяснить родителям суть состояния их ребенка, его причины, прогноз, тактику коррекционной работы и медикаментозного лечения. В связи с этим остро встает вопрос о популярной, лаконичной, понятной взрослым с любым уровнем образования, но при этом соответствующей современной медицинской, психологической, юридической, педагогической науке литературе в помощь родителям детей с различными проблемами развития.

Фрагменты целенаправленной работы с семьей представлены центрами «семьи», «семьи и детства», но они охватывают ничтожно малое количество семей, нуждающихся в помощи. Очевидно, работа с семьей «проблемного» ребенка не может быть отдалена от ведущего и отвечающего за коррекционно-профилактическую работу учреждения и должна осуществляться междисциплинарным коллективом детского сада, школы, коррекционно-реабилитационного центра и т.п.

К сожалению, несмотря на многолетние декларации о приоритетности семьи, опоры на семью в коррекционной работе с дизадаптированными детьми и подростками, в практической деятельности комплексная работа с семьей остается наименее организационно, финансово и методически обеспеченной. Совершенно очевидна необходимость разработок, апробации и внедрения новых методик работы с семьей, направленных на повышение социальной активности членов семьи, ее гармонизацию и гуманизацию, приобретение основных социальных, педагогических, психологических, юридических и медицинских знаний, объединение семьи с различными специалистами и другими семьями, увеличение кругозора семьи, а при необходимости и лечение членов семьи.

С. Н. Чистякова, Н. Ф. Родичев

**МЕЖШКОЛЬНЫЙ УЧЕБНЫЙ КОМБИНАТ КАК ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ, РЕАЛИЗУЮЩЕЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ
ПОДДЕРЖКУ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Центр социально-профессионального самоопределения молодежи Института общего среднего образования РАО. МУК-13 «Хамовники». Москва.

С каждым годом в нашей стране увеличивается количество подростков, находящихся в критической ситуации, испытывающих те или иные формы социальной дизадаптации, проявляющих различные формы асоциального поведения. На этих подростков активно действуют различные факторы риска - экономические (низкий уровень жизни семьи), экологические (неблагоприятная среда обитания), медицинские (болезни, отклонения в развитии, пристрастие к алкоголю), психологические (конфликтность отношений на прежних местах обучения, социальная и педагогическая запущенность, деформированность мотиваций), криминогенные (влияние преступных групп) и др. Количество и концентрация этих факторов риска увеличились в кризисной ситуации развития социума, в результате наложения экономических и социальных противоречий. Увеличение числа «трудных» подростков является практически «нормальным» и предсказуемым в условиях радикальных социальных изменений.

Формирующиеся «зоны риска» могут втягивать все большее число людей, умножая очаги напряженности в обществе. Очагом таких «зон» часто становится обычная средняя школа: образование, если оно не решает свои задачи, усиливает воздействие на учащегося вышеперечисленных негативных факторов. Основные причины этого - авторитарные методы общения и руководства, доминирование формальных отношений, равнодушие и непонимание педагогами психологии запущенных и неблагополучных подростков, а также просто «нестандартных» детей, неустроенные судьбы детей, которые не нашли поддержки и защиты в школе, нездоровая в нравственном и культурном отношении среда школы (Н.Б. Крылова).

Для того, чтобы помочь этим подросткам использовать максимальные шансы для выхода из сложившегося кризиса, необходимы альтернативные образовательные учреждения, способные использовать свои потенциальные ресурсы для преодоления отчуждения подростков от образования, от социума. Одним из таких образовательных учреждений стал МУК-13 «Хамовники», в котором уже в течение 7 лет осуществляется комплекс мер по оказанию педагогической поддержки подросткам с девиантным поведением. В настоящей статье рассматриваются концептуальные подходы к данной проблеме и практический опыт работы с учащимися групп постоянного контингента (ГПК), классов с углубленным трудовым обучением и профессиональной подготовкой.

Концептуальные подходы

К концу 80-х годов в отечественной педагогике начала формироваться охранно-защитная концепция социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних, которая отдает приоритет оказание подросткам комплекса мер социальной, медико-психологической и психолого-педагогической поддержки. Основная задача современного педагога - находить способы избегания сегрегационных и карательных форм воздействия на детей «групп риска» (создания специальных резерваций для них в той или иной форме при первом же удобном случае). Поэтому все чаще речь идет о реализации принципов педагогической поддержки и защиты: согласие подростка на поддержку; опора на потенциальные возможности личности; вера в эти возможности; ориентация на способность подростка самостоятельно преодолевать препятствия; сотрудничество; конфиденциальность; доброжелательность и безоценочность; безопасность и защита достоинства; рефлексивно-аналитический подход к процессу и результату (О.С. Газман). Успешнее реализовать эти принципы можно при условии широкой превентивной работы в учебных заведениях и вне их с привлечением инициативных групп и добровольцев. Только так удастся избежать противопоставления благополучных и «трудных», стандартных и «нестандартных» подростков (что является одним из основных признаков авторитарной педагогики), включить «трудных» и «нестандартных» подростков в единые с более благополучными сверстниками образовательные и культурные процессы.

Тем не менее, в повседневной практике педагогам приходится постоянно сталкиваться с поведением подростков, которое можно определить как отклоняющееся от условной нормы, девиантное. Девиантное поведение подростка не имеет однозначной трактовки в психолого-педагогической литературе. Наиболее часто под девиантным поведением понимаются действия, не соответствующие фактически сложившимся в обществе нормам и ожиданиям. Данное понятие в педагогике наиболее часто употребляется как синоним социальной патологии (В.Е. Каган), такое поведение является языком коммуникации с социумом, когда другие языки себя исчерпали или недоступны. Девиантное поведение в глазах педагога - основное препятствие социализации как залого будущего жизненного успеха подростка, успеху, достигаемому сообразно социуму, а не вопреки ему. В прежней парадигме образования социализация рассматривалась как процесс, всецело детерминирующий развитие личности и становление индивидуальности.

Важнейшая причина, в значительной мере предопределившая девиантное поведение подростков, - неблагоприятная социокультурная среда, сложившееся вокруг конкретного ребенка социальное пространство, посредством которого он не смог включиться в социокультурные связи общества. Это пространство представляет собой не только школьный класс, оно включает также случайные контакты и глубинные взаимодействия с другими людьми (референтной и контрреферентной группами, семьей, уличной средой), информацией (от значимых других и от средств массовой информации), предметным окружением.

Социокультурная среда всегда в том или ином виде противостоит индивиду и является оппозицией его саморазвитию, поскольку именно в ней являются человеку все общественные противоречия. Однако для этих подростков она предстает не дружелюбной оппозицией, а враждебной силой, настолько обостряет потребность охранять свою индивидуальность и суверенность, что становится источником значительных проблем, а педагогическое влияние на подростка воспринимается им иначе, чем большинством его сверстников.

Важнейшим способом профилактики девиантного поведения является формирование у подростков, имеющих пониженную мотивацию к учебной деятельности, трудовых интересов, оказание существенной помощи в профессиональном становлении не на основе трудовой занятости, а на основе реальной помощи в приобретении профессии (Л.К. Селявина), во вхождении в профессиональную субкультуру, в создании для подростка с асоциальным поведением перспективы роста. Вероятному включению подростка с девиантным поведением в субкультуры негативной направленности, переходу девиантного поведения в делинквентное, криминальное, на наш взгляд можно противопоставить вхождение подростка в мир профессиональных субкультур. Они включают специфически характерные только для соответствующей профессиональной среды ценностные установки, формирующие способы профессиональной деятельности и общения и определяющие принципы существования профессионального сообщества.

Идея создания групп постоянного контингента для подростков с девиантным поведением именно на базе межшкольных учебных комбинатов (МУК), соединяющих в себе черты школы и учреждения профессиональной подготовки, использования МУК в работе с трудными подростками является весьма интересной и многообещающей. Помимо вышеуказанной цели - избежать жесткой сегрегации учащихся, неизбежно воспринимаемой ими в качестве карательной меры, следует обратить внимание и на особые возможности МУК для целей педагогической поддержки таких подростков. Это, во-первых, значительно превосходящая школьную материальная база технологической подготовки, во-вторых, наличие в штате преподавателей-специалистов, имеющих реальный опыт работы на предприятиях и в учреждениях города, способных продемонстрировать учащемуся реальные пути профессионального становления, в третьих, роль МУК как профориентационного центра, аккумулирующего усилия психологов, профконсультантов, специалистов по профинформации и т.д.

В качестве основной идеи педагогической помощи учащимся, по тем или иным причинам оставившим школу, была принята идея культивирования у них способности к самостоятельному управлению собственной жизнью через профессиональное становление и сопутствующее ему повышение социальной адаптированности. Соответственно, целями подготовки учащегося к профессиональному становлению становятся преимущественно обретение им профессиональной мобильности, способности к переобучению, выработка собственных средств адаптации к реалиям рынка труда и специфичным для него социальным отношениям, для которых характерны высокие требования к коммуникативным умениям, социальной дееспособности, социальной ответственности. К профессиональному становлению в современных условиях возможен подход лишь как к многомерному процессу, для которого свойственна не линейная обусловленность (как это чаще всего происходило в тоталитарном обществе), а турбулентная динамика со скачками, рывками, остановками и взлетами.

Для решения задач подготовки подростков с девиантным поведением к профессиональному самоопределению приобретают особую значимость возвращение у учащегося особых, часто несвойственных даже для педагога способов деятельности, позволяющих: выдерживать избыточный натиск разнородной информации, уметь строить многочисленные деловые контакты с «иными», сильно отличающимися людьми, при этом зная и культивируя свое отличие от них, способность не только к безусловному принятию себя и другого, но также способность и опыт самореабилитации как безусловно положительного отношения к своим слабостям и недостаткам, умений перевести свою недостаточность в потенциальный ресурс.

Важнейшей педагогической проблемой и практико-ориентированной задачей становится сегодня

внесение в образовательный процесс средств и методик, помогающих детям и подросткам «открывать» себя в различных видах деятельности. Поэтому в МУК-13 «Хамовники» основной акцент сделан именно на профессиональной подготовке, осуществляемой не только и не столько с целью дать необходимое в жизни ремесло, сколько ориентированной преимущественно на возвращение подростка в сложно организованное широкое социокультурное пространство через вхождение в мир профессиональных субкультур и, соответственно, восприятия им окружающего мира через призму собственных ценностей. Такой подход позволяет рассматривать углубленное трудовое обучение и профессиональную подготовку «трудных» подростков с позиций гуманитаризации образования: в контексте формирования ценностных ориентаций личности подростка; привлечения подростка к оперированию познавательными методами при изучении школьных предметов опосредованно, через допрофессиональную подготовку, через стимулирование проектной логики мышления в ходе выполнения трудовых операций на реальных или моделируемых рабочих местах. В этом случае критерием успешности подростка становится не столько результативность в изучении школьных предметов, сколько универсальное отношение к собственным возможностям познания и преобразования природы, истории, социума, самого себя, а также способность к рефлексивному осмыслению своего отношения к окружающей реальности - в противном случае учащийся не осознает своей траектории освоения социокультурного и образовательного пространства.

Если школа даже для обычного учащегося является местом «ответа на вопросы, которых он не задавал», то для подростка с девиантным поведением эта проблема актуальна вдвойне. Поэтому ведущей идеей коррекции девиантного поведения подростка может стать организация процесса порождения возможных вопросов (и запросов) подростка к образовательному учреждению (когда главным мотивом посещения образовательного становится не общение со сверстниками, а обретение знаний или культурного опыта).

Практический опыт

Группы постоянного контингента (классы с углубленным трудовым обучением и профессиональной подготовкой) были открыты на базе учебного комбината в 1992-93 учебном году. Если в первые годы работы группы формировались из числа учащихся, окончивших 8 классов, то сейчас в ГПК принимаются подростки и более младшего возраста - после 6 и 7 классов. Подростки в учебном комбинате проходят обучение по общеобразовательным дисциплинам в соответствии с требованиями Федерального образовательного стандарта, углубленное трудовое обучение в 5-7 классах, профессиональную подготовку в 8-9 классах, завершение основного общего образования через вечернюю среднюю школу. При изучении общеобразовательных дисциплин наполняемость группы составляет 9-12 человек, при профессиональной подготовке - 4-6 человек. Профессиональная подготовка подростков в МУК проводится по следующим направлениям: слесарь механосборочных работ, повар, монтажник радиоэлектронной аппаратуры, секретарь-машинистка, швея, парикмахер, водитель. В комбинате для учащихся организованы адаптационные рабочие места (например, практическая деятельность в автослесарной мастерской), проводимая подростками работа по благоустройству здания и территории комбината не только включена в специальную программу «Это наш дом», но и оплачивается через службу занятости населения.

Естественно, с первых же месяцев преподаватели МУК столкнулись с тем, что в учебе и профессиональной подготовке эти подростки испытывают очень большие трудности, а их взаимоотношения с товарищами и учителями часто не могут быть конструктивно построены на основе доброжелательности и взаимопонимания, что явилось основанием для привлечения к работе с данным контингентом психологов, психофизиологов, врачей, социальных педагогов, специалистов по коррекционной педагогике.

Руководствуясь идеями педагогической поддержки, коллектив пытался подойти к решению этих проблем как к преодолению препятствий, мешающих успешному самостоятельному продвижению в образовании. Под препятствием понимается любая помеха, трудность, задержка, затруднение, негативная ситуация, отдаляющая подростка от желаемого результата (Т. Анохина). Препятствия подразделяются на субъективные (личностные), социальные (школьная и социокультурная среда), материальные.

Для первичной диагностики имеющихся препятствий поступающие в ГПК учащиеся проходят различные диагностические процедуры у соответствующих специалистов.

1. Психологическая диагностика:

1) для определения типа девиантного поведения (типология С.Б. Пальчикова):

- по типу эмоциональной неустойчивости с преобладанием черт возбудимости (аффективные проявления, склонность к импульсивным действиям во фрустрирующих ситуациях, стремление к домини-

рованию, конфликтность, демонстративность, неблагоприятная ситуация в семье);

- по типу эмоциональной неустойчивости с преобладанием черт тормозимости (тревожность, истощаемость, ранимость, повышенная внушаемость и подчиняемость, аффективному разряду предшествует скрытая конфликтная ситуация, вследствие чего он бывает неожиданным для окружающих);

- по типу психической задержки при преимущественном недоразвитии личностных структур (недостаточность системы интересов и идеалов, нравственных установок, отсутствие потребности в самоутверждении на социальном уровне);

- по типу психической задержки при преимущественной выраженности интеллектуального недоразвития (недостаток работоспособности, беспечность, инфантильность, отсутствие интереса к учебе, соматическая ослабленность);

- по типу патологически усиленных влечений (бродяжничество, влечение к алкоголю, садистские проявления, повышенная сексуальность);

2) для определения психологических особенностей, ограничивающих возможности вхождения в социальные отношения и препятствующие обучению (используются преимущественно методы проективной диагностики, выбор этой группы методов обусловлен главным образом предупреждением чрезмерной нагрузки других психодиагностических средств на эмоциональную сферу и заведомо ожидаемого получения социально одобряемых ответов).

По данным психологической диагностики, около 1/3 учащихся свойственна повышенная конфликтность; более 3/4 учащихся свойственны заниженная самооценка и низкая коммуникативность; такому же количеству учащихся свойственны невротические состояния.

Значительная часть поступающих в ГПК подростков чрезвычайно зависима от референтной группы, проблема межличностных отношений стоит для них значительно острее, нежели проблемы учебы или внеучебной деятельности - стремление к компенсации любой ценой своих действительных или мнимых недостатков превалирует над всеми остальными мотивами. Привыкшие к традиционно оказываемому на них давлению в школьной среде, учащиеся особенно нуждаются во внимании к их личностным проблемам, в переживании ситуации успеха, в изменении сложившихся стереотипов пребывания в школе. Результаты диагностики учитываются не только в процессе индивидуального подбора возможных видов допрофессиональной и профессиональной подготовки, но и при комплектовании учебных групп: преподавателю проще ориентироваться на группу подростков со сходными проблемами, чем на разнородную.

2. Психофизиологическая диагностика:

- основных свойств нервной системы (ее силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов);

- смысловой и механической памяти;

- устойчивости и переключения внимания.

Полученные результаты используются:

1) для целей прогнозирования успешности освоения ряда профессий;

2) для рекомендаций педагогам по индивидуализации учебно-воспитательной работы с учащимися.

Согласно получаемым данным, более 3/4 учащихся имеют выраженные отклонения от среднестатистической нормы показателей развития памяти (в особенности - механической) и внимания; около 1/3 учащихся имеют выраженные отклонения показателей свойств нервной системы.

3. Медицинская диагностика:

- осмотр и сбор анамнестических данных;

- анализ данных диспансерных наблюдений;

- дополнительная оценка состояния здоровья при помощи средств электроakupунктурной диагностики.

Более 3/4 учащихся, согласно врачебным данным, имеют хронические заболевания или нарушения здоровья, способные ограничить свободу их профессионального и жизненного выбора (преимущественно заболевания органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, нарушения зрения; из этого числа - около половины учащихся не осознают своей проблемы).

4. Диагностика профессиональных предпочтений.

В отличие от аналогичной работы с остальными учащимися МУК, строящейся по традиционным профконсультационным схемам, для данной категории учащихся приобретает особую значимость решение следующих задач: осознать учащимся его выгодные отличия от сверстников и возможные варианты их использования в профессии, подмечать существенные противоречия между складывающимися

планами дальнейшего продолжения образования или дальнейшей работы и реальными интересами и склонностями, способствовать формированию различных версий своего профессионального будущего.

Как показал опыт, для подростков со сниженной мотивацией к профориентационной работе целесообразно использование не традиционных бланковых опросников, а активизирующих профориентационных технологий (например, модификаций карточных методик Н.С. Пряжникова «Кто-Что-Где», «Или-Или», позволяющих создавать для подростка ситуацию необходимости активного манипулирования специально подготовленными карточками с возможными характеристиками видов профессиональной деятельности, ранжирования наиболее предпочитаемых и наиболее отвергаемых карточек, конструирования из них «молекул» своей будущей профессиональной деятельности, осознания возможности использования своих отличий - позитивных и негативных с максимальной пользой для себя). На этой основе строятся суждения о сформированности личных профессиональных планов (перспектив) учащихся, которые могут быть использованы при их профессиональной подготовке.

Результаты данного вида диагностики показывают, что у большинства подростков, поступающих в ГПК, по сравнению со сверстниками в значительной мере деформированы смысловые основания профессионального выбора, а показатели сформированности жизненных и профессиональных планов отсутствуют или выражены крайне слабо и противоречиво.

В ходе перечисленных диагностических процедур реализуется первый этап педагогической поддержки, на котором подростку иногда удается осознать суть своей проблемы, словесно ее оформить в том или ином виде, иногда - не удается, однако происходит выявление основного содержания проблем учащегося для педагогов, а от подростка бывает получено согласие на оказание ему помощи.

Завершение вышеописанного диагностического этапа педагогической поддержки создает базу для последующих ее этапов - поискового (взгляд на ситуацию со стороны, «глазами подростка» с целью поиска причин возникновения проблемы), договорного (проектирования дальнейших действий), деятельностного (создание ситуаций успеха и его одобрение, поощрение; координация действий специалистов с целью оказания необходимой помощи), рефлексивного (осмысление нового опыта жизнедеятельности и совместное с учащимся переформулирование проблемы).

Для преодоления проблем в учебе с разными по степени подготовленности подростками используются задания разной сложности, а для регуляции функций внимания в начале занятий используются специально разработанные упражнения. Проблема преодоления отчуждения подростка от учебного материала решается разными способами - введением технологий эвристического обучения (когда нет необходимости стремиться к единственному «правильному» результату, а поощряется самостоятельное создание собственных версий с последующим их сопоставлением с чужими); организацией тематических диспутов; проведением соответствующих изучаемой теме экскурсий в музеи; посещением театров, зоопарка.

Для подростков, обучающихся в ГПК, вместо традиционно применяемого в школе оценивания (сравнения результатов деятельности учащегося с результатами деятельности сверстников, а иногда - сравнения его индивидуальных качеств с качествами сверстников) более уместным является «сравнение с самими собой, констатация достигнутого успеха», поиск личностного смысла учебы, выработка собственного способа работы в процессе допрофессиональной и профессиональной подготовки с последующим переносом этого способа на учебную деятельность, построение различных версий своего профессионального и внепрофессионального будущего.

Ориентация на становление подростка как субъекта своей жизнедеятельности ставит и задачи переосмысления понятия индивидуализации и индивидуальной работы. В литературе появляются упоминания нового метода - индивидуального педагогического консультирования. В МУК-13 «Хамовники» введены дополнительные ставки педагогов-психологов, социальных педагогов, дефектолога, поскольку новые интеграционные функции педагогов в образовательных учреждениях вызывают необходимость изменения функциональных обязанностей учителей либо выделения в штате новых должностей для соответствующих специалистов (тьюторов, координаторов, педагогов-консультантов, заместителей директоров по педагогической поддержке, социальных педагогов).

Для подростка с девиантным поведением возможны три основные стратегии преодоления собственных проблем, адаптации к социуму: приспособление через вынужденное изменение себя («социализация-адаптация»); отказ от изменения себя и несоблюдение норм «дизадаптация»; активное взаимодействие с культурными нормами с изменением как себя, так и их («социализация-интеграция»). (Т. Асташев, С. Лозанский). Условиями последней являются: добровольность выбора подростком педагога-наставника; предоставление подростку права на самостоятельный выбор вида учебной и предпрофессиональной дея-

тельности за пределами школы; наличие референтной группы сверстников и построение взаимодействия с подростком на основе безусловно положительного отношения к любому результату его социально приемлемой деятельности, подвергаемому специально организованному рефлексивному анализу. По мере возможности в учебном комбинате удовлетворяются потребности учащихся в таких самостоятельных выборах, решениях и действиях, совершаемых на основе собственных суждений и моделирующих в той или иной степени профессиональное и внепрофессиональное будущее.

Значительная роль в педагогической работе принадлежит созданию теплой и непринужденной атмосферы для общения подростков между собой и с преподавателями. Проводятся «семейные» праздники с чаепитием, посвященные Дню учителя, Восьмому марта, Новому году и др., причем учащиеся сами готовят выпечку, другие угощения для стола, заботятся об уюте в помещении, оформляя его по собственному вкусу. Физкультурно-оздоровительная работа представлена лечебной физкультурой, походами на Московское море, конными прогулками в московских парках. В комбинате работают кино клуб и видеостудия - проектные работы учащихся, видеофильмы занимали призовые места на тематических международных фестивалях. Учащиеся ГПК принимали участие в конкурсах рисунков и плакатов, стенгазет по экологической и социальной тематике. Особый интерес представляли проведенными при помощи благотворительной организации «Лицом к человеку» пасхальные акции в приемнике-распределителе для несовершеннолетних. Для находящихся там сверстников учащимися специально готовились подарки и праздничное угощение. В рамках сотрудничества с Европейской Сетью школ продуктивного обучения несколько учащихся съездили во Францию на международную встречу учащихся школ Сети.

Кроме того, особое внимание уделяется правовому и гражданскому воспитанию, эти направления тесно связаны с профилактикой наркомании и правонарушений, что особенно важно для данной группы учащихся. Эта работа проводится совместно с инспекторами по делам несовершеннолетних, юристами и врачами-наркологами (например, семинары по основам законодательства, на тему «Я и милиция»).

Важным направлением стала и работа с семьей, однако она весьма затруднена тем, что учащиеся не имеют достаточного эмоционального контакта с родителями, а часто родители не выполняют обязанности по воспитанию детей. Проводится посещение учащихся на дому, консультации специалистов МУК с родителями и тематические родительские собрания.

В процессе обучения большинства подростков в МУК, помимо получения ими профессии (выпускникам, прошедшим итоговую аттестацию, выдается свидетельство первой ступени квалификации), наблюдаются следующие объективно подтверждаемые изменения в поведении, свидетельствующие о благоприятном влиянии на психологическое содержание наблюдаемого поведения.

В интеллектуальном развитии наиболее значимым представляется изменение кругозора, представлений об окружающем мире, понимания причинно-следственных связей в изучаемой области профессиональной деятельности. У ряда подростков снижается негативная мотивация к обучению, появляются предпочитаемые предметы. В отношении социальной адаптации можно говорить о росте чувства ответственности (выполнение обещаний), улучшении житейской ориентировки.

О появлении необходимых коммуникативных навыков говорит и участие в проводимых в МУК мероприятиях (умение поддерживать и устанавливать контакты, вести диалог со сверстниками и со взрослыми), появление способности приходить к компромиссным решениям, в том числе - в планировании своего профессионального будущего, формировать собственные представления о жизненной перспективе.

МУК-13 «Хамовники» в ходе своей работы с «трудными» подростками также взаимодействует с Институтом общего среднего образования (разработка и методическое обеспечение профориентационной работы с подростками, в том числе интегративного курса «Твоя профессиональная карьера»), Институтом возрастной физиологии РАО (электроэнцефалографическая диагностика), Центром социальной помощи детям и подросткам (система ситуативных игр, психологические тренинги), Департаментом труда и занятости (по проблеме трудоустройства выпускников), коммерческими и благотворительными организациями.

С 1992 года в образовательную среду было возвращено более двух с половиной сотен подростков, половина из которых получили специальность.

Однако, главный результат работы - положительные отзывы самих учащихся как в формальной форме (нежелание возвращаться в недружелюбную, по их мнению, школьную среду), так и в неформальной (слова благодарности педагогам МУК как обучающихся подростков, так и выпускников).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина Т. Педагогическая поддержка как реальность современного образования. В кн. Новые ценности образования. № 6. М., ИПИ РАО, 1996.
2. Асташев Т., Лозанский С., Социальная интеграция как способ освоения культуры в рамках образовательного пространства. Там же.
3. Каган В.Е. Девиантное поведение детей и подростков: к анализу понятия. В сб. мат. Всероссийской науч.-практ. конф. «Социальная дизадаптация: нарушения поведения у детей и подростков». М., 1996.
4. Крылова Н.Б. Теория и практика педагогической поддержки и заботы. В кн. Новые ценности образования. № 6. М., ИПИ РАО, 1996.
5. Новые ценности образования. № 1. Тезаурус для учителя и школьного психолога. М., ИПИ РАО, 1996.
6. Пальчиков С.Б. Девиация поведения как один из объектов психопрофилактики. В сб. мат. Всероссийской науч.-практ. конф. «Дети с девиантным поведением: психолого-педагогическая реабилитация и коррекция», М., 1992.
7. Селявина Л.К. Состояние и проблемы работы по предупреждению и исправлению девиантного поведения детей и подростков в московском мегаполисе. Там же.

А. М. Щербакова

СОЦИАЛЬНАЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ (ФЛАМАНДСКИЙ ОПЫТ)

Московский психолого-педагогический институт. Москва.

Подготовка к самостоятельной жизни - важнейшая задача психолого-педагогической работы с умственно отсталыми детьми. В советской дефектологии такая задача всегда декларировалась, хотя в существовавшем историческом контексте технологии ее решения нельзя было признать оптимальными. Еще менее применимы традиционные подходы к социально-экономическим реалиям настоящего времени. Проектирование новых технологий коррекционного обучения, ориентированных на формирование социальной компетентности учащихся с нарушениями психического развития, требует как разработки адекватных проблеме методологических основ, так и анализа существующего практического опыта, в том числе и зарубежного. В этом плане интересно обратиться к опыту работы специалистов Фландрии (Бельгия).

Знакомство с фламандским опытом стало возможным в рамках совместного Российско-фламандского проекта «Специальное образование», курируемого Министерством образования РФ. Фламандские коллеги представили важные аспекты своей работы:

- общая система трудового обучения и профессиональной подготовки в специальных школах для детей с проблемами интеллектуального развития;
- экспериментальный проект комбинированного обучения;
- защищенные рабочие места;
- практика формирования общих интегрированных социальных навыков (GASV);
- работа специальных педагогов в таких организационных формах как индивидуальное сопровождение, работа «в углах», уроки развития мышления.

Трудовое обучение и профессиональная подготовка в школах 3 типа

В школах данного типа обучаются дети с легкой степенью умственной отсталости.

Российские специалисты хорошо знакомы с такой системой трудового обучения, которая включает в себя следующие этапы:

1. Этап наблюдения или обсервации.
2. Подготовительный этап.
3. Этап квалификации.

Прохождение всех трех этапов предусматривает пять лет обучения.

Параллельно осуществляется прохождение курса ручного труда на всех годах обучения. В этом курсе решаются задачи творческого становления ученика, развития его воображения, вкуса, ручной умелости.

Главная цель всего цикла трудового обучения - не только и не столько профессионально подготовить ученика, но прежде всего развивать его интеллектуально и эмоционально, работать с личностны-

ми установками. Особенно важно формирование умения находиться в рабочем коллективе.

Программы обучения на этапе наблюдения предполагают выполнение изделий понятного детям назначения, занимательных, используемых в быту. Уже на втором году обучения ученики в практической работе сталкиваются с электрифицированными изделиями, такими как электровикторина, светильник с электролампой и т.п.

Фламандские коллеги заявляют, что программой для них является сам ученик. Это значит, что хотя и существуют определенные программы каждого года обучения, конкретный ученик изучает их в том темпе, который ему доступен. Поэтому в одной группе могут обучаться дети разного возраста. Разница возрастов в одной группе может составлять 2 года. Все обучение является практико-ориентированным, методика не предусматривает отдельного изучения так называемых «теоретических» тем. Все необходимые знания и сведения учащиеся усваивают в практической работе. По каждому трудовому профилю разработаны рабочие тетради.

На этапе квалификации осуществляется собственно профессиональная подготовка подростков. Предполагается, что получившие квалификацию ученики готовы к самостоятельной работе. Если ученик не сдал квалификационный экзамен, он получает справку об окончании школы без указания квалификации.

Важно отметить, что увиденные нами специальные школы обладают учебно-производственной базой, адекватной реальным производственным условиям, не испытывают проблем с материалами, соответствующими той или иной квалификации. При этом не разрешена работа школьников по производственным заказам, производимая ими продукция используется школой, может быть реализована на ярмарках или приобретена самими учащимися по стоимости материалов. Применительно к российским условиям необходимо подчеркнуть, что попытки профессионального обучения школьников без необходимой материально-технической производственной базы, адекватной современному производству, не дают положительного результата. Фламандский опыт организации профессионального обучения подростков с легкой степенью умственной отсталости на этапе квалификации целесообразно использовать в российских учреждениях начального профессионального образования - профессиональных училищах, целиком профилированных на обучение соответствующей категории подростков (или набирающих специальные группы). В этой связи нельзя не отметить, что статус специальных учреждений начального профессионального образования для выпускников отечественных школ VIII вида и, соответственно, содержание обучения в таких учреждениях не рассматриваются в обсуждаемом проекте специальных образовательных стандартов. Игнорирование столь серьезного образовательного звена мы считаем серьезным недостатком данного проекта.

Проект комбинированного профессионального обучения («Kristus-Koning Institut», Брехт)

В группу комбинированного обучения включаются безработные умственно отсталые выпускники, имеющие диплом (сертификат) об окончании специальной школы, давшие согласие на работу в режиме: 3 дня на производстве, 2 дня в школе.

Отвечает за работу группы координатор, который

- ведет досье на каждого учащегося;
- составляет финансовый отчет за использование выделенных Министерством денег;
- оформляет школьную документацию;
- обеспечивает индивидуальное сопровождение (индивидуальная программа и т.п.);
- посещает производство, где работает ученик, наблюдает, организовывает работу, принимает решения;
- ищет места работы для учащихся, контактируя с соответствующими организациями;
- сопровождает учеников группы при посещении ими различных внешкольных мероприятий;
- осуществляет связь с родителями, извещая их об успехах ученика;
- составляет различные памятки о поведении в школе, на производстве и т.п.;
- проводит собрания;
- 1 раз в неделю проводит персональные беседы с учениками;
- 1 раз в месяц проверяет посещаемость, опоздания, самостоятельность, взаимоотношения учащихся в трудовом коллективе. Также контролирует соблюдение техники безопасности, интерес к работе, владение профессиональными технологиями, уровень понимания инструкции, темп обучения, качество выполнения работы;
- отчитывается о проделанной работе

Поиск места работы для учащихся группы определяется той квалификацией, которую они полу-

чили, обучаясь в школе. За работу на производстве учащиеся денег не получают.

В школе ученики группы проводят 14 часов (2 дня), из которых 10 часов отводится на трудовое обучение, а 4 часа - на интегрированный курс, в рамках которого рассматриваются следующие темы:

- «Я сам»;
- «Поиск работы»;
- «Гигиена, здоровье»;
- «Бюджет, оформление деловых бумаг (счета, профсоюзные документы, налоговые декларации и отчеты)».

Особое внимание уделяется обучению учащихся составлению резюме и проведению бесед при найме на работу. Главная задача - дать молодым людям умения и навыки самостоятельно искать место работы.

Работа по проекту «Комбинированное обучение» экспериментальная и идет первый год. В настоящее время в экспериментальной группе 13 учащихся. Двое из них уже зарекомендовали себя и почти наверняка останутся на своем месте работы (предприятие по переработке металлоотходов - квалификация «металлообработка»; строительная фирма - квалификация «строительное дело»).

В подобной группе учащиеся могут находиться один год. В случае неудачи с трудоустройством они переходят на специальную биржу труда, где могут переквалифицироваться на соответствующих курсах.

В ходе экспертной оценки данного проекта выделились его позитивные элементы:

1. Высокая мотивация - учащиеся очень заинтересованы в работе на производстве.
2. Плавный переход к рабочему графику (3 дня на производстве вместо 5).
3. Так как работа учащихся бесплатная, им легче предоставляют рабочее место. Если ученик положительно себя проявляет, ему предоставляют работу.

В то же время наблюдаются и негативные моменты:

1. Производственники не имеют педагогического образования, они недостаточно терпеливы по отношению к ученикам.
2. Производство должно оплачивать страховку учеников и заполнять бумаги на них, что вызывает недовольство.
3. Ученики недовольны тем, что работают бесплатно.
4. Получение стипендий на производственное обучение бюрократически затруднено.

Анализ проекта дает основания заключить, что данная система работы соотносима с отечественной практикой работы так называемых производственных классов. Существенным отличием фламандской модели является нацеленность на формирование особых социальных умений у умственно отсталого подростка, повышающих его возможности при самостоятельном поиске работы, индивидуализированный подход при поиске учебного рабочего места. В рамках проекта «Комбинированное обучение» разработана документация, которая может быть использована: дневник практики, графики наблюдений уровня профессиональных и социальных умений ученика, функционал координатора работы группы комбинированного обучения.

Защищенные рабочие места (Брюгге)

Предприятие обеспечивает защищенные рабочие места для лиц с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости (выпускники школ 2 типа, готовящих к жизни и работе в защищенных условиях).

Во всей Фландрии 64 таких предприятия на 12 тыс. инвалидов, в Западной Фландрии - 9 предприятий (на 1 млн. жителей).

Предприятия с защищенными рабочими местами имеют различную специализацию, исходя из особенностей региона. В промышленных областях развиваются такие направления, как полиграфия, упаковочные работы, деревообработка, в Южной Фландрии - сельское хозяйство.

Предприятия негласно договариваются между собой о различных направлениях деятельности, централизованного управления специализацией не существует.

На предприятии в г. Брюгге работают 280 человек, в основном инвалиды. Кроме упомянутой выше категории, на защищенные рабочие места могут претендовать также пациенты психиатрических больниц в период ремиссии.

До 1997 г. Фламандский фонд субсидировал предприятия исходя из деления инвалидов на 5 категорий с учетом их профессиональных способностей. Сейчас субсидии одинаковы для всех, \$6-7 в час на каждого инвалида. Государство также полностью обеспечивало содержание предприятий. В настоящее время принято положение, что предприятие должно возратить государству субсидии на со-

держание в течение 33 лет. До последнего времени на 60% субсидировался и парк оборудования, но сейчас это также отменено. Таким образом, предприятие несмотря на то, что на нем заняты инвалиды, должно быть рентабельным и производить конкурентоспособную продукцию, при том что государственных заказов на продукцию предприятий с защищенными рабочими не существует.

Основной задачей таких предприятий является: проявить заботу о людях, обеспечить их максимальную занятость. Например, если определенную работу может выполнить автомат или 5 инвалидов, то при равных затратах работа будет предоставлена людям.

Все работающие имеют подтвержденную инвалидность, получают пенсии. Существует строгий отбор: если возможности претендента превышают определенный уровень, он не получает права работать на подобном предприятии.

Ученики школ 2-го типа проходят здесь неоплачиваемую практику. Некоторые выпускники школ 3-го типа также могут получить защищенное рабочее место.

Инвалиды работают в одну смену, 5 дней в неделю, с 8 до 17 часов. Имеют перерыв на обед с 12.00 до 12.30, а также два перерыва по 10 минут в 9.30 и 14.30. Оплата повременная, никаких норм выработки нет.

На предприятии существует технологический отдел, в котором работают высококвалифицированные специалисты. В их задачи входит разрабатывать и приспособлять станки для инвалидов. Каждый станок модифицируется на выполнение определенной операции, обеспечивается максимальная безопасность. Создаются системы ограничителей и шаблонов, с помощью которых возможность появления брака сведена к минимуму. Каждый работник выполняет определенную операцию, доведенную до автоматизма. Смена операций при необходимости (например, получение заказа на новое изделие) происходит у более сохранных работников при помощи консультантов по кадрам.

Основное направление деятельности предприятия в г. Брюгге - металлообработка (производство проволоки). Но работают и другие цеха: упаковочный (коробки для шоколада, свечей, красок и т.п.), швейный, деревообработки (ящики для сигар), отделочный (окраска проволочных конструкций - решеток для холодильника, сушилок и т.п.), сборки коробок передач для автомобилей. Таким образом, руководство предприятия пытается найти и получить любой заказ, обеспечивающий занятость работников.

Хочется отметить высокий гуманизм, проявляющийся в организации подобных предприятий для лиц с ограниченными возможностями. Люди с подобными нарушениями, не имеющие возможности реализовать свой потенциал в посильном труде, ощутить свою полезность и значимость, - деградируют, теряют человеческий облик. В специально организованных условиях инвалиды не только реально реабилитируются, но и полноценно участвуют в общественном производстве, производя товарную продукцию. Полагая крайне актуальным использовать описанный опыт в отечественных условиях, считаем важным учитывать определенные различия в характеристике контингента. В российской практике значительная часть учащихся и выпускников школ VIII вида по характеру и степени нарушений соотносимы с учащимися и выпускниками школ 2 типа по фламандской классификации. При этом ученики российских вспомогательных школ с умственной отсталостью в умеренной степени далеко не всегда имеют статус инвалидов и по выходе из школ далее не наблюдаются и не курируются, так как не существует соответствующих служб. При обсуждении фламандской системы защищенных рабочих мест необходимо учитывать обозначенное обстоятельство. Если на защищенные рабочие места смогут претендовать только инвалиды, значительное количество людей, нуждающихся в особых условиях труда, будет лишено возможности трудоустройства.

Формирование общих интегрированных социальных навыков - GASV (школа «Спектрум»)

Необходимое условие - приближение содержания обучения к реальным проблемам, с которыми сталкиваются или могут столкнуться в будущем ученики.

Эффективность такой работы обеспечивается хорошей интеграцией между учителями.

1 стадия взаимодействия - обсуждение проблем ученика всеми работающими с ним учителями.

2 стадия взаимодействия - обсуждение проблем содержания и эффективности обучения всеми преподавателями.

Приведем пример урока GASV.

Предшествующая ситуация: родители учеников были приглашены в школьный ресторан. Дети сами готовили еду и обслуживали посетителей.

На уроке учитель обращается к меню, которое было использовано при встрече родителей. Ученики выступают в роли владельцев ресторанов и должны рассчитать стоимость порций на 2, 4 и т.д. персоны. При этом перед ними стоит задача максимально сократить свои расходы.

В ходе урока дети обращаются к рекламным газетам, учитель учит их пользоваться соответствующими рубриками. В результате совместного обсуждения с помощью учителя все продукты были разделены на группы (фрукты, специи, рыба и др.).

Занятие предусматривает упражнения в чтении, написании, понимании; упражнения в математике (расчеты веса и стоимости по соответствующим таблицам); изучение темы «реклама» (как реклама влияет на мнение покупателя).

У каждого ребенка есть индивидуальное задание, но дети могут помогать друг другу.

GASV интегрирует следующие образовательные области: религия, этика, физика, математика, язык, ориентация в окружающем мире, социальные навыки, развитие мышления.

Рассматривая возможность и целесообразность использования данного опыта в отечественно практике, необходимо учитывать усиливающуюся тенденцию к повышению социальной прагматичности фламандского специального образования. Требуется обсуждения проблема соотношения задач приспособления, решаемых в данном курсе, и задач развития личности, приоритетных для отечественного подхода. В то же время эффективность GASV применительно к целям социальной адаптации умственно отсталых подростков не вызывает сомнения.

Индивидуальное сопровождение / взаимодействие с профессионалами специального образования (школы в Тонгелбосе, Эссене)

В указанных школах обучаются дети с легкими интеллектуальными нарушениями, трудностями в поведении, нарушениями речи.

Цель - развить максимальную самостоятельность ученика при вхождении в общество. При этом учитывается, что для ряда детей проявление самостоятельности возможно только в специальных условиях.

Учителя не решают за учеников их проблемы, а помогают ученику самостоятельно найти решение. Помощь эта строго дозированная. Учителю необходима вера в возможности ученика, учет его потенциала. На каждого ребенка разрабатывается индивидуальный план развития. Специалист решает задачу предвосхищения проблем, с тем чтобы заранее формировать способы их преодоления. При этом специалист приходит в класс только по запросу учителя.

Методы работы:

- наблюдение;
- совместное с учителями обсуждение методик.
- составление заключений на ученика.

Конкретные мероприятия, предложенные специалистом, могут быть следующими:

- перестановка парт в классе;
- меры для повышения активности учащихся;
- тестирование учащихся с целью установления уровня их развития и обученности относительно нормы;
- организация для учителей уроков наблюдения в специальной школе;
- обсуждение с учителями нормальной школы особых проблем учащихся (аутизм, нарушения концентрации внимания и др.)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные формы работы представляют большой интерес для практики специального образования. Однако, обращаясь к зарубежному, в данном случае фламандскому, опыту, следует избегать механического копирования его. Оптимальный результат может быть достигнут лишь при соблюдении ряда условий, среди которых важнейшими являются, во-первых, сохранение целостности той или иной технологии, во-вторых - модификация ее в соответствии с отечественными социально-экономическими реалиями.

АРХИВ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К СТОЛЕТИЮ САМУИЛА СЕМЕНОВИЧА МНУХИНА

Виктор Каган

ЧЕЛОВЕК ПО ИМЕНИ МНУХИН

Грустная магия цифр: 100 лет со дня рождения, 38 - с той поры, когда Самуил Семенович вошел в мою жизнь и определил ее на многие годы вперед, 30 - с того осеннего питерского дня, когда он ушел от нас. Странно думать, что находишься в том самом возрасте, в каком он был при первой встрече. Это был сентябрь - он поднялся на кафедру и начал первую лекцию курса психиатрии: «Задача медицины - бороться за жизнь. Задача психиатрии - бороться за человека». Лишь годы и годы спустя начинаешь осознавать - как много он тебе дал, как много ты хотел ему сказать - и не сказал, хотел спросить - и не спросил. Но ни спросить, ни сказать, ни поблагодарить уже не можешь...

Ученик В.М. Бехтерева и один из создателей детской психиатрии у нас в стране, он почти до самой смерти - 30 лет - заведовал кафедрой психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института. С психиатрами его поколения ушла целая эпоха - не только профессиональная, но и человеческая. Они становились психиатрами «по любви» - в одном из медицинских журналов начала 1920-х гг. я как-то наткнулся на объявление примерно такого содержания: психиатрические больницы пропадают без врачей и, если из каждого институтского выпуска хоть 2-3 человека решатся посвятить себя этому трудному делу, то психиатрия в России выживет. Не было еще ставшей сегодня привычной психофармакологии, не было льгот и надбавок к зарплате, набитые свинцовой дробью стулья в больницах было не оторвать от пола (помню их по 3-й психиатрической больнице в Ленинграде) - короче,

психиатрия была профессией опасной и непопулярной. Психиатрами становились энтузиасты, которые не работали в психиатрии, а жили ею. Именно таким человеком до самых последних дней жизни был Самуил Семенович.

В блокадном Ленинграде он был консультантом военных госпиталей. Рассказывать об этом не очень любил, но даже за скупыми словами вставал силуэт голодного доктора, бредущего 3-4 часа в один конец сумасшедшими блокадными зимами... В нем очень тонко сочетались мужество и робость. Сегодня конец сороковых-начало пятидесятих прошлого тысячелетия едва ли не седая старина - вакханалия павловской сессии, дела врачей - на расстоянии десятилетий теряет детали, кажется едва ли не кукольной. Но рассказывая биографию первого ректора Педиатрического института Юлии Ароновны Менделевой, в конце 40-х оказавшейся в ГУЛАГе, я от корки до корки прочитал все выпуски институтской газеты «Советский Педиатр» и был потрясен тем, как еще читавшие нам лекции одни старые профессора могли пережить это, как им сняты ночами их публичные «покаяния», а другие - бывшие охотниками и загонщиками в этой страшной охоте - могли смотреть им, да и нам, студентам, в глаза. Не удивителен и никаким судам-пересудам не подлежит след, оставленный в душе этим опытом.

Мы никогда не говорили об этом с Самуилом Семеновичем, однако был такой след и у него. Он соблюдал все требуемые ритуалы, но сотрудников подбирал по порядочности и отсутствию в глазах хищного блеска идейного фанатизма, бараньей готовности «выполнять любые приказы родины» и малопорядочности. На рожон не лез - умел с достоинством обходить подковерные драки и политизированные игры. Недолго любил многолюдные собрания, мог долго и тревожно собираться на какую-нибудь конференцию в Москву, но в последний момент оставался дома. Думаю, что по этой причине и книг не оставил, чураясь всех тех уступок совести, на которые нужно было идти ради милости единственного в стране медицинского издательства и цензуры (Гослита, как его позже называли). Но в компании людей, которым доверял, расцветал. Не хлопал снисходительно по плечу друзей, оставшихся «простыми психиатрами» - помню его нежнейшую дружбу с доктором С. Генделевичем как эталон партнерства равных. Там, где дело касалось существа профессии и профессиональных отношений, оказывался нестигаем, даже когда это было связано с риском: наверное, был единственным, у кого в постатейных списках литературы находили свое прочное место неврологические работы З. Фрейда; на рубеже 40-50-х изгнанный отовсюду и никем не принимаемый опальный академик Л.А. Орбели всегда был желанным гостем у него на кафедре. Во всем этом присутствовало изящное достоинство жизни в хорошо осознаваемых внешних и внутренних границах. Хотя лишь теперь понимаешь - чего это ему стоило.

Он был одним из ведущих представителей ленинградской школы психиатрии, объединявшей бехтеревскую психоневрологию с тонким и сильным клиническим психологизмом. О ее достоинствах и недостатках можно спорить, но, на мой взгляд, за треском фейерверков психофармакологических и технологических открытий, психологического тестирования и т.д. мы ухитрились сильно недооценить глубину и потенциал этой школы, как раз в рамках которой все эти открытия и обретают свой настоящий смысл. Самуил Семенович «болел» шизофренией - как-то, поднявшись на кафедру, он долго стоял молча, а потом сказал: «Я не буду читать вам лекцию о шизофрении - я прочту вам поэму о шизофрении». И два часа битком набитая аудитория сидела, не шелохнувшись. Но во многих наших с ним беседах он повторял одну и ту же мысль: мы ничего не поймем в шизофрении, перекраивая ее классификации так и эдак и выдумывая синдромы своего имени - мы можем ее понять, только узнавая, как работает человеческий мозг и как живет человек. Он умел удивительно точно и тонко интерпретировать психоневрологические находки (а их у него было множество) в терминах обыденной и социальной жизни, будучи при этом живым воплощением того, что сегодня называют гуманистической психиатрией.

Он оставил после себя более сотни статей и черновик книги об эпилепсии. Совсем не много по нынешним меркам, когда оглушительное количество публикаций и несколько книг - не столько результат профессионального созревания, сколько средство профессионального оперения и самоутверждения. Но писал он столь тщательно и к самому себе придирчиво, что удельный вес его статей подчас перевешивал тома. Не забудем и о том, что было это во всепроникающе-подцензурное время, когда слово часто стоило жизни. Чтение его очень плотно упакованных текстов требует труда со-бытия, со-мыслия, со-переживания - и тогда открываются их глубины. К тому же, он, подобно, например, Маргарет Мид, был ученым устной традиции, но все мы - его ученики - осознали это с таким запозданием, что уже не могли ничего поделать для сбора и оформления россыпей оставленного им в лекциях и на клинических разборах.

Он поднимался на кафедру в зашмыганной аудитории - и происходило чудо. В пробивавшемся через окно неярком питерском свете светились седые волосы над изрядно полысевшим черепом, соз-

давая подобие нимба – «Слушаю, гляжу и думаю - марсианин!», сказал как-то Вилен Гарбузов. Похоже, ему было все равно - читает он студентам или профессиональной аудитории. Он делился серьезными и глубокими размышлениями с думающими и переживающими людьми («Орел, он думает, что все – орлы» - Олжас Сулейменов). При этом мог изобразить все виды эпилептических припадков, кроме Grand Mal (я его как-то спросил об этом, а он отшутился: «Обмачиваться неловко, да и в постприпадочном оглушении лекцию не продолжишь»). «Демонстрируемые» на лекциях больные были не «учебным материалом», а живыми собеседниками, которых он по-человечески принимал, а они чувствовали это.

Он сам, не перепоручая это самому безответному ассистенту, все годы своего заведования кафедрой вел студенческий кружок психиатрии. Здесь можно было говорить обо всем - даже о Фрейде и психоанализе (это в шестидесятые-то годы, когда имя Фрейда было чем-то средним между научным ругательством и политическим доносом). Готовя для СНО доклад о характерах, я как-то поплакался ему, что в советской литературе не могу найти ничего кроме анекдотических утверждений типа «патриотизм - черта характера советского человека». В ответ услышал: «А вы их и не читайте. Они с личностью - как импотент с женщиной: и так, и сям, а все никак». На заседаниях кружка Самуил Семенович оживлялся и молодел, закрываясь и суровая только при появлении чересчур нахрапистых юнцов и юниц. Потом, видя их уже самостоятельно работающими и - метр с кепкой - становившихся «мэтрами», я часто думал - как же он был тогда точен и прав в восприятии их.

Его клинические разборы собирали вместе врачей, виднейших психиатров, кружковцев - все имели право на свое мнение и голос, а он, оставаясь хозяином, никогда не опускался до подчеркивания своего положения хозяина. Так же было на клинических консультациях. Как-то я пришел чуть раньше начала разбора. Самуил Семенович явно чувствовал себя неважно. Сбегал я за аппаратом Рива-Роччи и едва уговорил его измерить давление: 240/180!!! Стою и не знаю: сказать - не сказать. Сказал. В ответ: «А-а-а! А я-то думаю - что ж голова так болит? Ну что - где все, скоро начнем? Давно пора!». И - детальнейший разбор трех больных. Похоже было, что работа его действительно лечит и в ней он, как рыба в воде, задыхающаяся на берегу официальных игр. Их Самуил Семенович, кстати, не любил, может быть - что неудивительно для ученого-еврея, пережившего павловскую сессию и «дело врачей» - и побаивался. Умел быть сдержанным, когда надо - непроницаемо-безупречным, держать дистанцию. Но не могу припомнить, чтобы тон его общения менялся в зависимости от места собеседника на иерархической лестнице или чтобы в его отношении к «начальству» было что-то от потирания о ногу или полизывания рук, что потом наблюдал у очень и очень многих.

В конце 60-х или начале 70-х (не помню точно) проходил в Ленинграде Северо-Западный семинар по эпилепсии. На многих лекциях слушатели откровенно спали. Но вот лекция Самуила Семеновича по детской эпилепсии - с десяти утра до почти трех часов с одним маленьким перерывом: полный зал детской психиатрической больницы на Песочной набережной слушает его, как ребенок сказку - раскрыв глаза и уши. По окончании на него наваливаются с вопросами. Он просит меня поймать такси - в три часа на другом конце города начинается его поликлиническая консультация. Едем, по дороге остановившись у магазина - он выходит и возвращается с четвертушкой черного хлеба и сыром (диабет требует регулярной подпитки). В три пятнадцать мы в поликлинике, где уже ждут родители с детьми и пришедшие поучиться у Мастера врачи и студенты. Время от времени медсестра приносит ему стакан чая и нарезанный из купленного бутерброд с сыром без масла (помню других профессоров, к приходу которых в клинику сотрудники «скидывались» им на стол отнюдь не такой библейской простоты и на конфеты в карманы крахмаленных халатов - для детей). Заканчивается консультация около семи вечера. Провожая Учителя до дома - по дороге он продолжает обсуждение больных с той увлеченностью, которую потом редко встречал и у молодых врачей. И так - до последних дней жизни...

Профессором он был и для врачей, и для пациентов отнюдь не потому, что въезжал в общение на коне своих званий - просто в нем, если вы не были слепы или предвзяты, нельзя было не видеть Профессора. Да и не было у него никаких особых званий - просто Профессор. Но звание это носил гордо и достойно. Ему было присуще свойственное действительно интеллигентным людям отсутствие даже намека на кичливость и самолюбование. Как-то раз, посмеиваясь, он рассказал мне историю своего профессорства. Незадолго до окончания института в разговоре о том, кто кем будет, он сказал: «Профессором психиатрии». В 30-х годах его приглашали на кафедру в Харькове - он отказался: суждено, могу стать профессором - стану и в Ленинграде, а нет - так и ездить незачем. Его 70-летию было посвящено специальное заседание общества невропатологов и психиатров в зале ленинградского ГИДУВа. Он стоял растерянный, поеживался от «громких» слов и чересчур цветистых комплиментов,

постепенно скрываясь за растущей горой папок с поздравительными адресами - но и она не могла скрыть его смущения. Когда потом я процитировал ему Б. Пастернака: «Вас чествуют. Чуть-чуть страшит обряд, где Вас, как вещь, на пьедестал поставят и золото судьбы посеребрят и, может, серебрить в ответ заставят», он попросил повторить и сказал: «Как точно. Сбежал бы - да нельзя». После последнего госэкзамена встретил Учителя в институтском парке. Сидели на скамейке - он спрашивал о планах, а потом: «Скажу вам три вещи. Первое - если хотите стать хорошим психиатром, читайте побольше хорошей художественной литературы и поменьше психиатрической. Второе - не забывайте, что среди профессоров столько же дураков, сколько в общей популяции. И третье - работайте не от стола к больному, а от больного - к столу».

За два года до смерти Самуил Семенович сделал мне царский подарок - интересный и бесценный не только сам по себе, но и по тому, как он его сделал. Начав работать по его предложению над предложенной им диссертационной темой "Неэпилептические психозы у эпилептиков", через полгода я показал ему собранную литературу и успевшие набраться истории болезней, с идиотической честностью сознавшись, что душа у меня к этой теме не лежит и продолжать работу я не смогу. Он даже не рассердился - он обиделся страшно и много месяцев, что называется, в упор меня не видел, вроде мы и не знакомы вовсе. Я сидел на его разборах, лишенный права голоса, и подумывал о покаянии... Вдруг при случайной встрече в институте - узнал. Его ожидало такси, и он предложил поехать с ним. Сажу сзади. Долгое молчание. Потом, не поворачивая головы: «Так говорите - не будете делать мою тему?». В голове у меня зазвучало: «Буду, буду», но язык с прежней дубовой честностью отвечал, что не могу - душа не лежит, не чувствую этот материал. Опять долгое молчание, а после него, также не поворачиваясь: «А, черт с вами - берите аутизм». Должен сказать, что детский аутизм его интересовал особо, именно с его кафедры вышла первая в СССР статья о детском аутизме, Было у него несколько таких - его - тем, которые он никому не поручал, с которыми, видимо, жаль было расстаться, отдать в чужие руки. А потом он, наконец, повернулся ко мне и очень сжато и четко изложил свой взгляд на это расстройство, добавив в конце: «Впрочем, сами смотрите - вам же работать». Мы тогда еще пару часов пробродили по улочкам около его дома. Мне было и радостно (такая тема!), и боязно (такая тема!), и грустно - я вдруг остро почувствовал, что он готовится к уходу, подводит итоги, распределяет недоделанное...

Много лет после его смерти мы, бывшие кружковцы, собираемся в его день рождения 11 марта. Сначала нас было много, потом все меньше и меньше. Каждый раз жалею - как же мы ухитрились не записать его лекции на магнитофон, как до сих пор не собрали книгу его работ... Каждый немножко о своем жалеет. Я - о том, что не довелось мне знать Самуила Семеновича так долго и близко, как многим другим. Вспоминаем, жалею, редуем... Но и радуемся жизненной и профессиональной встрече с этим человеком - живым и по-своему противоречивым, с непотухающей искоркой в душе и глазах, знающим себе цену и любившим не себя в психиатрии, а саму психиатрию.

Д. Н. Исаев

САМУИЛ СЕМЕНОВИЧ МНУХИН

В марте 2002 г. психиатрическая общественность нашей страны отмечала столетие со дня рождения крупнейшего специалиста и одного из основателей отечественной детской психиатрии, профессора Самуила Семеновича Мнухина.

С.С. Мнухин родился 11 марта 1902 года в селе Починок Смоленской губернии в многодетной семье. В 15 лет, еще не окончив школу, работал медстатистиком, а затем бухгалтером в губстатбюро. В 1919 г. поступил в Смоленский медицинский институт, а, переехав в 1920 г. в Петроград, продолжил свое образование. По окончании Ленинградского института медицинских знаний С.С. Мнухин служил в Красной Армии. С 1926 стал работать в детском отделении Психоневрологического института сначала заведующим, а в последующем директором клиники.

Под руководством В.М. Бехтерева и Р.Я. Голант С.С. Мнухин выполнил свои первые научные работы по клиническому исследованию детей с расстройствами зрения, речи, моторики, сознания и с припадками. В 1935 г. ему была присвоена степень кандидата медицинских наук, он был приглашен доцентом в Ленинградский педиатрический медицинский институт.

В 1939 году С.С. Мнухин защитил докторскую диссертацию «О классификации форм эпилепсии». На основании оценки клинической картины припадков, аур, вариантов постприпадочных состояний им

были выделены доброкачественный и злокачественный варианты течения, описаны типы деградации и предложены критерии прогноза болезни.

Им были впервые описаны у детей маниакально-депрессивный психоз и, совместно Е.В. Клейман, психопатология поражений межзачаточного мозга.

В 1942 г. С.С. Мнухин стал заведующим кафедрой психиатрии Ленинградского педиатрического института. В годы Великой Отечественной войны он оставался в блокированном Ленинграде, руководил кафедрой, консультировал больных в госпиталях и психиатрических учреждениях. Свой опыт военных лет он подытожил в уникальных работах о психических расстройствах, связанных с алиментарной дистрофией и тягостными переживаниями опасностей и трудностей того периода.

Основная заслуга С.С. Мнухина в том, что, обладая блестящим клиническим анализом, он расширял возможности проникновения в этиологию и патогенез развития психических заболеваний, используя известные физиологические механизмы. На пути объединения клиники и физиологии он видел продуктивные возможности создания классификаций психических болезней, основанных не на случайных признаках, а на реально существующих нарушениях в физиологических системах и структурах.

Проблема эпилепсии всегда оставалась в центре внимания С.С. Мнухина. Он всегда отстаивал взгляд о коренных и принципиальных отличиях между генуинной и симптоматической эпилепсией. Его большим достижением было создание клинко-физиологической классификации этого заболевания. Критически оценивая прежние классификации эпилепсии, основанные на этиологических, локалистических или симптоматических подходах, он построил ее систематику, используя клинко-патофизиологический анализ больных. Задачу клинициста он видел не только в скрупулезном описании клинических проявлений, но полагал не менее важным тщательно «определить... характер тех высших безусловных рефлексов или, иначе говоря, уровень тех самозащитных механизмов, при которых эти припадки проявляются».

В период запрета генетики официальной наукой того времени С.С. Мнухин имел мужество изучать «общие черты в картинах и формах течения этой болезни у больных членов одной и той же семьи».

Богатый клинический дар С.С. Мнухина проявился в том, что он описал целый ряд неизвестных или мало изученных форм эпилепсии. Была выделена особая форма эпилепсии у детей, протекающая в виде эпилептических статусов. Разработана оригинальная систематика эпилептических аур у детей с целью ее использования для прогноза заболевания. Уделяя большое значение возрастному фактору в происхождении эпилепсии, он (совместно с А.И. Барыкиной) описал молниеносные и кивательные припадки у детей раннего возраста. Высокой оценки заслуживают представленные С.С. Мнухиным разные клинические формы, в которых выявлены особенности эпилептических припадков, сочетавшихся с моторной алалией, олигофренией или шизоформным синдромом. Особенный клинический интерес вызывают описания соотношения фебрильных припадков и пароксизмальной церебральной гипертермии, непроизвольного смеха и плача при эпилептических припадках, а также некоторых сенсорных нарушений (ложного ощущения присутствия, мучительной потребности найти ускользнувшую мысль, галлюцинаторной эхолалии) при пароксизмальных состояниях у детей.

С.С. Мнухин, создав направление – детскую эпилептологию, положил начало плеяде своих последователей и учеников, в числе которых В.Н. Бондарев, Е.И. Богданова, И.Т. Виктор, В.М. Воловик, Б.В. Воронков, Ю.Г. Демьянов, Н.Ф. Дроздова, Г.К. Поппе, А.И. Степанов, Б.Г. Фролов и многие другие, которые продолжали развивать идеи учителя.

Оригинальный вклад С.С. Мнухина в проблему психического недоразвития состоял в том, что он установил связь между клиническими особенностями форм олигофрении и их патофизиологической сутью. Этот подход был применен им для создания клинко-физиологической классификации олигофрении. Выделив первоначально две формы, он отмечает: «Поскольку одной из характерных особенностей обеих выделяемых нами форм оказались различия в силе и устойчивости основных нервных процессов у детей... мы нашли целесообразным назвать эти формы стенической и астенической». Таким образом, по его мнению, стеническая форма возникает у детей с сильным типом высшей нервной деятельности, в то время как астеническая форма наблюдается у детей со слабым типом высшей нервной деятельности. Однако он никогда не подчинял психопатологию только гипотетическим физиологическим механизмам и поэтому добавлял: «... тот факт, что мы подчеркиваем значение общих нарушений нейродинамики в происхождении обеих форм психического недоразвития у детей, вовсе не исключает, с нашей точки зрения, известного «звучания» локальных факторов в оформлении их картин». Позже

им эта классификация была дополнена атонической формой психического недоразвития, связываемой с недостаточностью инстинктивных проявлений, слабостью волевых побуждений и бледностью эмоций. Эти исследования были продолжены учениками С.С. Мнухина, которые изучали острую церебральную атаксию (А.И. Барыкина), неравномерное психическое недоразвитие (Е.Д. Прокопова), фенилкетонурию (С.И. Матусова), гаргоилизм (Л.Н. Лоткова), синдром Шьегрена – Ларсена, личностные особенности умственно отсталых детей (Б.Е. Микиртумов), электроэнцефалографические особенности (К.Д. Ефремов, Г.К. Поппе) и др.

С.С. Мнухин совместно с Д.Н. Исаевым, а затем и Д.З. Жарницкая, А.П. Коцюбинский изучали различные психотические расстройства, наблюдающиеся у больных олигофренией. Они показали, что у них, наряду с психозами, встречающимися и у лиц без интеллектуальных нарушений, могут наблюдаться специфические, возникающие на той же почве, что и само психическое недоразвитие олигофренические «*sui generis*» психозы.

Научно-врачебная деятельность С.С. Мнухина была пронизана поисками взаимосвязи психических и соматических расстройств. Он описал психические нарушения у детей при истощающих соматических воздействиях (алиментарной дистрофии, дизентерии, диспепсиях, тяжелых токсикозах беременности, глубоких степенях недоношенности).

Благодаря прекрасной эрудиции в области эндокринных и вегетативных расстройств, органической невропатологии, великолепному владению психопатологическим анализом С.С. Мнухин достиг особенно большой степени обобщения, разрабатывая проблему резидуальных нервно-психических расстройств, составляющих, «в сущности, значительную часть тех патологических состояний, которые входят в рамки детской психиатрии, невропатологии, логопедии, эндокринологии и др.». Им выяснены закономерности, определяющие клинические проявления в рамках отдельных групп резидуальных нервно-психических расстройств – в рамках резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсий и церебральных параличей и, что важнее, найдены закономерности, определяющие многообразные соотношения всех этих расстройств между собой.

Не боясь быть обвиненным в приверженности к «психоморфологизму», задолго до окончательного решения о значении правого и левого полушарий для психики он во многих своих клинических изысканиях обращался к возможности установления связей между психопатологической картиной и вероятными сферами поражения в головном мозгу. Так, большим достижением того времени была постановка вопроса о связи правосторонних гемиплегий, главным образом, с интеллектуальными расстройствами, со снижением эмоционального тонуса, нивелировкой личности, и левосторонних гемиплегий, в первую очередь, с повышенным эмоциональным тонусом, аффективными нарушениями, варьирующими от эмоциональной лабильности до взрывчатости, агрессивности, дистимий и «насищенного беспокойства». Была описана особая форма церебральных гемипарезов у детей – гипотонические гемипарезы, которые, в отличие от спастических, представляют скорее апрактогностические расстройства.

Его интересы были направлены на изучение психических расстройств при поражении межучасточного мозга, гипоталамуса, таламо-кортикальных связей, инфундибуло-туберального синдрома, внутреннем фронтальном гиперостозе. Значительное внимание было также уделено некоторым редким расстройствам развития речи, в особенности сочетающимся с нервно-психическими расстройствами (врожденная хорей-алалия, сенсорно-афатические расстройства, сочетание припадков и моторной алалии). Эти исследования не только выявили необходимость установления тесных связей между педиатрией, неврологией и психиатрией, но и показали невозможность изучения психических расстройств у детей вне, как правило, сопровождающих их двигательных, трофических, эндокринных, речевых, нервозоподобных и других соматических и неврологических нарушений. Многие из этих работ были выполнены в сотрудничестве с Е.И. Богдановой, В.И. Гарбузовым, Р.Я. Голант, С.В. Жолобовой, А.С. Ионтовым, В.А. Ляндой, Г.К. Поппе, П.И. Слуцкиной, К.Н. Снежковой, Б.Г. Фроловым.

Будучи тонким клиницистом, С.С. Мнухин стремился создавать строгие диагностические критерии для распознавания психозов. По его мнению, недостаточно говорить о бедности, бледности, рудиментарности и abortивности детских экзогенных психозов. Следует указать на различия психопатологии у детей разного возраста. Так, по его мнению, у дошкольников – грубые острые начальные проявления, нередко после этого стойкие, но мягкие остаточные расстройства, возможны делириозоподобные картины или частые содержательные и выразительные пароксизмы. У младших школьников и подростков не часты глубокая оглушенность, выраженная аменция, затяжные галлюцинозы и элементы синдрома психического автоматизма. Чаше – тревожно-бредовые, тревожно-ипохондрические, ма-

ниакальноподобные, экстатические, делириозные, онейроидные картины астенической спутанности. Им описаны также четыре формы течения токсико-инфекционных психозов у детей и подростков.

С.С. Мнухин, в силу своего очень осторожного подхода к распространенности эндогенных психозов считал, что расширение границ детской шизофрении происходит за счет включения в это заболевание других расстройств. К числу последних он относил резидуально-органические расстройства с шизофреническими чертами, атонические формы олигофрении, болезнь Геллера, затяжные невроты с навязчивыми состояниями, бредаподобное фантазирование при ситуативных реакциях у психопатических личностей, идеи изобретательства при паранойальном развитии личности, аноректические синдромы, дисморфобию у сенситивно-астенических личностей, периодические травматические или инфекционные психозы. Для сужения, по его мнению, слишком расширенных границ шизофрении были разработаны соответствующие дифференциально-диагностические критерии.

В связи с этим важное место в работе С.С. Мнухина и его сотрудников: Н.В. Александровой, Е.И. Богдановой, Б.В. Воронкова, Э.В. Герасимовой, А.Е. Зеленецкой, Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана, Е.В. Клейман, А.С. Ломаченкова, С.И. Матусовой, Л.В. Панфиленковой, Ф.И. Случевского, Г.К. Ушакова, И.В. Яковлевой-Шнирман и многих других занимало изучение психозов у детей. Исследование периодического течения психозов различного происхождения выявило существование эндогенного периодического психоза, связанного с первичной функциональной дефектностью межучочного мозга и выявляющегося в препубертатном и пубертатном возрасте. Описаны также прогностически менее благоприятные психозы с волнообразным течением, характеризующиеся чередованием, главным образом, аффективных синдромов: тревожных, эйфорических, аспонтанно-апатических и др. с выходом в органический дефект. Изучение психогенного и маниакально-депрессивного психоза также преследовали цель уточнить диагностические признаки этих расстройств.

Одним из первых в нашей стране С.С. Мнухин с соавторами, в противоположность бытовавшему в стране мнению, доказали, что детский аутизм может быть самостоятельной клинической формой, не зависимой от шизофрении.

Автор более ста научных работ, охватывающих все стороны психиатрии в возрастном аспекте, С.С. Мнухин фактически в каждой из них внес свое, открывая ранее неизвестные клинические формы, симптомы или закономерности развития психических заболеваний. Он был одновременно и высоко эрудированным учителем и мудрым воспитателем молодежи. Его клинические заключения представляли собой яркие клинические очерки. Будучи выдающимся ученым, большим специалистом, он, прежде всего, являлся талантливым врачом, наделенным даром эвристического мышления. Однако он был не только клиницистом, но и организатором нервно-психиатрической помощи. Он обращал внимание на расширение деятельности детских психиатров за пределы стационаров и диспансеров. Он сформулировал задачи, стоящие перед организацией помощи нервно-психическим больным детям. И содержательными публикациями о состоянии и задачах психиатрической помощи, и своей личной активностью он совместно с учениками и сотрудниками (В.Н. Бондаревым, И.Т. Викторовым, А.А. Волковым, А.Д. Гуриновой, М.А. Гонопольским, Ш.Х. Дониным, Д.Н. Исаевым, В.Г. Капанадзе, А.А. Куракиным, Л.П. Рубиной, Ф.И. Случевским), ставшими главными специалистами республик, городов, главными врачами больниц и диспансеров, участвовал в восстановлении после войны, а затем и в развитии служб психиатрической помощи в Ленинграде и во многих регионах нашей страны. Созданная С.С. Мнухиным психиатрическая школа – это профессора: И.Т. Викторов, Д.Н. Исаев, Б.Е. Микиртумов, Ф.И. Случевский, Г.К. Ушаков, доценты: Б.В. Воронков, К.Д. Ефремов, Б.Г. Фролов, десятки докторов и кандидатов наук, а также многочисленные психиатры, работающие в больницах и диспансерах. Подавляющее большинство из них и сегодня продолжает обучать и воспитывать новое поколение врачей, лечить больных детей и взрослых по всей нашей необъятной стране.

Плодотворная научная, врачебная и педагогическая деятельность профессора, доктора медицинских наук Самуила Семеновича Мнухина получила высокую оценку широкой общественности и была отмечена правительством несколькими орденами и медалями. Он был членом правления и бессменным председателем детской секции Ленинградского общества невропатологов и психиатров.

Личность С.С. Мнухина, выдающегося отечественного психиатра, основоположника детской психиатрии, учителя многих поколений специалистов всегда будет примером бескорыстного служения страдающим детям и их семьям.

О РЕЗИДУАЛЬНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ³

Резидуальные нервно-психические расстройства, т. е. расстройства, обусловленные стойкими последствиями ранних органических поражений мозга ребенка (внутри- и внеутробных), занимают по своей частоте и тяжести бесспорно наиболее существенное место в ряду всех нервно-психических нарушений детского возраста. Клинические проявления этих расстройств исключительно многообразны. К ним относятся: 1) психопатического или невропатического типа изменения «характера» или личности ребенка, т.е. так называемые органические или резидуальные психопатии и невропатии; 2) различные формы и степени умственной отсталости и «временных задержек» развития; 3) состояния «частичного недоразвития», в частности недоразвития устной и письменной речи (алалии, алексии, аграфий, акалькулии и др.); 4) многообразные эпилептические и эпилептиформные проявления; 5) столь же разнообразные двигательные расстройства или «детские церебральные параличи», т. е. гемипарезы и тетрапарезы, гиперкинезы, атаксия, псевдобульбарные расстройства и др.; 6) значительная часть эндокринно-вегетативных и трофических расстройств и др.

Иначе говоря, резидуальные нервно-психические расстройства составляют, в сущности, значительную часть тех патологических состояний, которые входят в рамки детской психиатрии, невропатологии, логопедии, эндокринологии и др. Нетрудно видеть, что продуктивная разработка всей этой громадной области патологии детского мозга имеет первостепенное значение не только для детской психоневрологии и педиатрии в целом, но и для эволюционных направлений в физиологии и патологии мозга.

А между тем, вся эта важная область детской патологии, как это показано нами в другом месте, продолжает оставаться в далеко еще не удовлетворительном состоянии, несмотря на исключительные, а иногда и на безуспешные усилия, направляемые во всем мире на ее разработку. Приведем здесь лишь краткий критический анализ современного состояния этой проблемы.

1). Как известно, все перечисленные разновидности резидуальных нервно-психических расстройств принято давно уже объединять в большие, сборные и весьма пестрые синдромологические группы, в основном, в группы резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и церебральных параличей. Больше того, в конце прошлого века упрочилась тенденция объединять все эти расстройства в одну еще более широкую группу, а именно – в группу «детских церебральных параличей» (Фрейд) или «детских резидуальных энцефалопатий» (Бриссо). Правоммерно полагать, что факт создания и «живучесть» всех этих сборных групп является в некоторой мере сам по себе показателем неудовлетворительности современного знания в этой области.

2). Недостаточно ясным представляется само понятие «Residua», которым обозначают то одни лишь последствия поражений уже более или менее сформированного мозга плода и ребенка, то, кроме них, еще и пороки и задержки развития мозга, обусловленные повреждениями зачатка и даже наследственной неполноценностью зародышевых клеток.

3). Важнейшим признаком резидуальных нервно-психических расстройств принято считать непрогредиентный характер их. Это положение едва ли мыслимо считать вполне бесспорным, особенно в отношении резидуальных форм эпилепсии. Достаточно вспомнить в этой связи примечательные высказывания И.П. Павлова о раздражающем действии рубца при послеоперационной эпилепсии у собак, его указания на то, что эта «работа рубца никогда не прекращается», что она «затягивается на месяцы и годы».

4). Один из мотивов объединения резидуальных нервно-психических расстройств в указанные сборные группы сводится к тому, что клинические картины их в рамках каждой из этих групп будто бы сходны между собой. Общеизвестно, однако, что «сходство картин» в рамках детских резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и церебральных параличей носит лишь весьма общий характер и вовсе не исключает, а, наоборот, прямо сочетается со значительным их разнообразием, а часто и с глубокими качественными различиями между ними.

5). Преувеличенным представлением о сходстве картин резидуальных расстройств в рамках каждой из перечисленных групп сопутствовали столь же преувеличенные утверждения о крайнем полиморфизме их. Отмечалось, в частности (Фере, Фрейд, Йогихес и др.), что элементы этих расстройств могут в рамках каждой из этих групп «самым причудливым образом сочетаться между собою», что

³ Статья опубликована в сборнике трудов Ленинградского педиатрического медицинского института «Резидуальные нервно-психические расстройства у детей». Под ред. С.С. Мнухина. Л., 1968. - С. 5-23.

эта, лишенная будто бы закономерностей изменчивость их «от случая к случаю», затрудняла создание систематики или классификации резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и др.

6). Еще менее ясными представляются закономерности, определяющие клинические проявления в тех случаях, когда в картинах болезни сочетаются расстройства, относящиеся к разным группам, например, сочетания гемипарезов с олигофренией и припадками и др. О таких случаях пока известно лишь, что «между степенью паралича, возможным слабоумием и развитием эпилептических припадков никакого параллелизма не наблюдается» (Присман, Маргулис, Иогихес, Перитц, Ибрагим и др.). Характерно, однако, что при этом почти никогда не ставился вопрос о наличии в таких случаях, помимо различий в тяжести, каких-либо других, более существенных, в частности качественных, взаимосвязей между определенными типами двигательных, психических расстройств и припадками.

7). Недостаточно ясным и спорным является вопрос о степени «специфичности» картин резидуальных нервно-психических расстройств у детей, т.е. вопрос о степени зависимости их от этиологии болезни и возраста плода и ребенка в момент возникновения ее. Так, например, такой авторитетный исследователь, как М.О. Гуревич, утверждал, что «поражения нервной системы младенца в первые месяцы и даже годы жизни могут дать задержку развития столь сходную с врожденными формами, что практически нет возможности дифференцировать такие случаи от настоящей олигофрении».

8). Неясен и спорен вопрос о роли топической локализации процесса в формировании клинических картин и детских резидуальных энцефалопатий. Сторонники решающего влияния этого фактора утверждают, что «нервно-психические симптомокомплексы, входящие в группу резидуальных энцефалопатий, тесно связаны с топической локализацией процесса, вследствие чего в одних симптомокомплексах преобладают параличи, в других гиперкинезы, различные нарушения тонуса и психики». С другой стороны, ряд видных исследователей (Цапперт, Вольвиль) давно уже отмечали, что параллелизм между клиникой и анатомическим субстратом при этих энцефалопатиях еще менее убедителен, чем у взрослых, что одной локализацией процесса объяснить все многообразие картин этих энцефалопатий невозможно.

9). На протяжении последнего столетия предпринимались многочисленные попытки создать классификацию резидуальных форм психопатий, олигофрений, алалии, эпилепсии и церебральных параличей. Попытались выделять в ряду каждой из них формы пре- и постнатальные, связанные с гидроцефалией, порэнцефалией и склерозами либо с поражениями пирамидной, экстра-пирамидной и дизэнцефальной систем, а также лобных, височных и других отделов мозга и т.д. Кроме того, резидуальные олигофрении делили на формы - эретическую и торпидную, эпилепсию - на психическую и судорожную, церебральные параличи - на паралитические и гиперкинетические и т.д.

При всем том, что многие из этих классификаций содержат, бесспорно, рациональные элементы, что подтверждается их «живучестью», все они оказались в большей или меньшей мере не вполне удовлетворительными. Отмечая это обстоятельство, необходимо одновременно подчеркнуть, что без создания таких классификаций, т.е. без углубленной дифференциации качественно различных состояний в рамках каждой из анализируемых групп, рассчитывать на какой-либо прогресс в дальнейшей разработке всей этой области едва ли возможно.

Исходя из этих предпосылок, мы совместно с сотрудниками пытались на протяжении последних 10 лет подойти к созданию клинко-физиологической классификации всех резидуальных нервно-психических нарушений у детей, с тем чтобы несколько глубже проникнуть в понимание их сущности, патогенеза и многообразных сочетаний друг с другом. Мы стремились при этом учитывать не только клинические, но и нейродинамические особенности этих нарушений и, в частности, силу и соотношение основных нервных процессов, соотношение коры и подкорковых аппаратов у больных.

Вполне учитывая, что наша попытка не может полностью исчерпать проблему классификации резидуальных расстройств, мы пришли, однако, в заключение о правомерности и целесообразности выделять в рамках каждой разновидности этих расстройств в рамках резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и церебральных параличей - по меньшей мере три основные формы - стеническую, астеническую и атоническую.

В рамках резидуальных психопатий стеническая форма проявляется в примитивности, ограниченности, бедности и уплощенности мышления и чувств, в значительной силе и грубой обнаруженности инстинктивных проявлений - пищевых, оборонительных реакций. При всем том у этих детей отмечается отчетливая целенаправленность и известная мотивированность поведения, значительная выносливость в простой и посильной для них работе. Они обнаруживают неплохую жизненно-практическую ориентировку, способность овладеть многими, особенно несложными, профессиями и добиться в

большинстве случаев удовлетворительного жизненного устройства. Одни из них возбудимы, непоседливы, нетерпеливы, «эретичны», а другие – степенны, положительны, медлительны, «торпидны», но и те, и другие отличаются недостаточной гибкостью и «эластичностью» нервно-психических проявлений, малой инициативой, часто выраженным упрямством, иногда склонностью к аффективным разрядам и др. В повседневной практике этих детей-энцефалопатов относят иногда в группу «эпилептоидных» или эксплозивных и возбудимых психопатов либо в группу «людей влечения» (Triebmensch).

Что касается астенической формы резидуальных психопатий, то при ней на передний план выступает синдром раздражительной слабости, повышенной возбудимости и утомляемости, быстрой истощаемости. Эти дети беспокойны, непоседливы, не могут долго сосредоточиваться на работе, быстро «выдыхаются»; они обидчивы, эмоционально неустойчивы, слезливы и, в отличие от «настоящих» невропатов, в известной мере ограничены, отличаются бедностью воображения, недостаточной инициативой и малой продуктивностью даже в старательно выполняемой работе. Как видно из сказанного, в этих случаях более правомерно говорить не об резидуальных психопатиях, а об органических невропатиях, «невропатоподобных» состояниях или о стойкой резидуальной церебрастении.

У детей же с атонической формой резидуальных психопатий выявляются то беспечность, резонерство, благодушие, аспонтанность, наклонность к умственной жвачке, то своеобразные «шизоформные» картины с бледностью эмоций, странными, а иногда и нелепыми поступками, недостаточным либо формальным контактом с окружающими, известной «отрешенностью» и одновременно развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми, отсутствием эмоциональных реакций на новую обстановку, тенденцией к бесполезному «рассуждательству» и фантазиям, коллекционированию и т.п. Правомерно предположить, что к этой атонической группе резидуальных психопатий относятся по крайней мере часть психопатов из группы «чудаков», «странных» (Verschrobene) Крепелина или «аутистических психопатий» Аспергера. Следует к этому добавить, что при астенической, а особенно при атонической формах резидуальных невропатий и психопатий отмечаются слабость, недостаточность инстинктивных проявлений, слабость защитных, оборонительных, а иногда и пищевых инстинктов, детскость интересов, недостаточная организованность и бесцельность поведения, практическая беспомощность. Все это более явно выражено у лиц атонической группы и часто сопровождается у представителей ее более или менее грубо выступающей недоразвитостью психомоторики, неловкостью и неуклюжестью движений, а также и сравнительно низким уровнем интеллекта и своеобразными особенностями мышления – «заумностью», витиеватостью, неожиданными сентенциями и др.

При резидуальных олигофрениях стеническая, астеническая и атоническая формы характеризуются всеми только что обрисованными чертами личности, свойственными соответствующим формам резидуальных психопатий. Важно подчеркнуть, что различиям в характере эмоционально-волевых проявлений при этих формах олигофрении соответствуют и качественно разные типы интеллектуальной недостаточности (2, 3). В частности, при астенической, а часто и при атонической формах умственного недоразвития отмечают: а) длительная, годами длящаяся неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, достигающая нередко степени алексии, аграфии и акалькулии; б) еще более длительные нарушения «рядоговорения» (Reihesprechen), т.е. способности заучивать и перечислять в прямом и, особенно, в обратном порядке дни недели, месяцы, алфавит и др.; в) нарушения «право – лево», т.е. длительная, иногда до 10-12-летнего возраста, неспособность правильно ориентироваться в сторонах своего тела; г) столь же длительные нарушения способности овладения многими другими практическими действиями, состоящими из ряда последовательных операций (способности самостоятельно одеваться и раздеваться и др.).

Все эти нарушения выражены обычно при астенической и атонических формах недоразвития более или менее резко и всегда явно несоразмерно степени умственной отсталости, в связи с чем можно с известным основанием говорить в этих случаях о подлинно неравномерном или дисгармоническом интеллектуальном недоразвитии. У детей же с проявлениями стенической формы недоразвития, даже тогда, когда это недоразвитие резко выражено (в степени имбецильности), все перечисленные нарушения выражены в меру общей отсталости ребенка, и все проявления недоразвития выражены при ней гораздо более равномерно.

Приведенные данные вполне подтверждают сравнительно давние высказывания видных детских психиатров (Штрёмайер, Сухарева и др.) о том, что скорость овладения навыками чтения, письма и счета, (да и другими перечисленными навыками – С. М.) у разных умственно отсталых детей далеко неодинакова и что это «недостаток, часто не идущий параллельно с интеллектуальной недостаточностью».

стью ребенка» (Озерцкий).

Следует к этому добавить, что почти все перечисленные нарушения, наблюдающиеся у детей с астенической и атонической формами олигофрении, постепенно сглаживаются, но сглаживаются они далеко не одновременно. Некоторые из этих нарушений - неспособность к овладению временными понятиями, перечислению месяцев в прямом и обратном порядке - иногда надолго выявляются даже тогда, когда дети уже овладели основами чтения, письма и счета, в связи с чем диагностическая ценность этих симптомов представляется весьма важной.

Совершенно очевидно, что выделение стенической, астенической и атонической форм олигофрении ни в коем случае не исчерпывает клиническую группировку или классификацию этого страдания. Очевидно, в частности, что в рамках каждой из этих групп вполне возможно и необходимо выделение ряда подгрупп и что, кроме этих трех, окажется целесообразным выделение дополнительных форм. Так, например, всеми перечисленными особенностями астенической формы интеллектуального недоразвития страдают дети с синдромом «насищенного состояния» (Drangzustand), описанным Тиле при последствиях эпидемического энцефалита, или тем же синдромом насищенного беспокойства (Dranghafte Erregung), описанным Крамером и Польновым, М.О. Гуревичем и другими при подкорковых поражениях мозга. Эти дети характеризуются постоянными эмоциональными нарушениями, часто протрагированными состояниями дисфории, совершенно нецеленаправленной, но бурной двигательной активностью (Bewegungsdrang), грубо обнаженными инстинктивными проявлениями, отсутствием каких-либо интересов, склонностью к внезапным импульсивным реакциям, грубыми нарушениями внимания, повышенной «насыщаемостью» и утомляемостью и мн. др. Они явно отличаются от детей с астенической формой недоразвития гораздо большей «органичностью», постоянным эмоциональным «накалом», грубой импульсивностью и агрессивностью, делающими их пребывание в коллективе небезопасным. В предыдущих работах (2) мы рассматривали детей с этим синдромом «насищенного беспокойства» как разновидность астенической формы олигофрении, что едва ли правомерно. Но отличаются они и от детей с атонической олигофренией своими бурными эмоциональными проявлениями, импульсивностью и др.

Не подлежит сомнению, что выделенные нами группы психического недоразвития потребуют в дальнейшем уточнения или расширения. Важно, однако, подчеркнуть, что эта группировка оправдана, с нашей точки зрения, не только клиническими, но и экспериментально-физиологическими данными. Двигательно-речевой методикой А.Г. Иванова-Смоленского было установлено, в частности, что у лиц, страдающих стенической формой недоразвития, основные нервные процессы относительно сильны, хотя нередко недостаточно уравновешены и почти всегда малоподвижны. У лиц же с астенической и атонической формами выявлялась, как правило, более или менее резкая слабость возбудительного процесса, быстрая его истощаемость; у них плохо образовывались условные рефлексы на системы с последовательно действующими раздражителями, а словесные ответы часто оказывались лучшими, чем непосредственные реакции.

Все сказанное свидетельствует о том, что **определенные формы резидуальных психопатических изменений личности не случайно сочетаются с определенными формами олигофрений и что между характером эмоционально-волевых и интеллектуальных нарушений при резидуальных расстройствах психики существует, по-видимому, вполне закономерная взаимосвязь.**

Весьма сложен вопрос о зависимости представленных форм психического недоразвития от нарушения тех или иных областей мозга. В соответствии с ранее изложенными соображениями, мы хотели бы подчеркнуть, что приведенная симптоматика астенической и атонической форм олигофрении, в частности, трудности овладения детьми чтением, письмом и счетом, процессами «рядоговорения» и последовательными действиями, не должны расцениваться как проявления узкоочагового поражения височно-теменных областей коры мозга. Эта симптоматика представляет собою, по нашим данным, результат бесспорно общего поражения мозга, о чем свидетельствует сравнительная частота этих нарушений у детей, сочетание их с определенными эмоционально-волевыми расстройствами, редкость узкоочаговых поражений коры у детей, возникновение анализируемых расстройств под влиянием мягких общих патогенных факторов (общие токсикозы и дистрофии ранних возрастов и др.). В свете литературных данных последних десятилетий и личного опыта, речь идет в этих случаях, в отличие от детей со стенической формой олигофрении, не о первично корковом поражении, а о поражении подкорковых систем - активирующих систем ствола, межучного мозга и лимбической системы.

Заслуживает особого внимания тот факт, что те же формы – стеническая, астеническая и атоническая – более или менее отчетливо выделяются, на наш взгляд, и в рамках резидуальных

эпилепсий и даже в рамках детских церебральных параличей.

Что касается резидуальных форм эпилепсии и олигофрений, то странным и даже удивительным представляется тот факт, что несмотря на частоту сочетания их в единой картине болезни детей исследователи почти не задавались вопросом о том, как эти патологические состояния сочетаются друг с другом? Существуют ли какие-либо особенности в картинах и течении эпилепсии, если она возникает у детей на фоне олигофрении?

Почти единодушно утверждается одно, а именно, что прямой взаимосвязи между характером и частотой припадков, с одной стороны, и тяжестью олигофрении, этиологией и временем возникновения болезни, ее анатомической основой - с другой, установить невозможно. И нам, в частности, приходилось неоднократно убеждаться в том, что очень схожие по картинам и тяжести припадки наблюдаются у детей с разными степенями олигофрении, независимо от времени начала болезни.

Учитывая эти факты, мы попытались на основании анализа картин болезни 56 больных детей разных возрастов, свободных от каких-либо очаговых двигательных расстройств, выяснить, каковы общие особенности резидуальной эпилепсии, выступающей на фоне олигофрении (по сравнению с эпилепсией здоровых детей)? Возможно ли установление закономерных взаимосвязей между картинами резидуальной эпилепсии и обрисованными выше формами олигофрении? В результате этой работы (4) выяснилось, что у детей-олигофренов эпилепсия проявляется чаще, особенно в ранних возрастах, в одних лишь «эпилептических состояниях» или в молниеносных и кивательных припадках, позднее – в различных бессудорожных припадках, в сочетаниях бессудорожных припадков с abortивными тоническими приступами и сравнительно редко в одних лишь полных судорожных припадках. Далее, оказалось, что у детей со стенической формой олигофрении наблюдаются разные припадки (полные и неполные, судорожные, малые, психомоторные и др.), но все они отличаются значительной тяжестью, сопровождаются обычно глубоким помрачением сознания, последующей амнезией и редко – выраженными явлениями стойкого эпилептического слабоумия. При астенической форме чаще наблюдались гораздо более «мягкие» разновидности припадков – пикнолептического типа короткие абсансы с поверхностным затемнением сознания, бессудорожные «выразительные» приступы дизэнцефального типа с яркими психомоторными (защитными, оборонительными) и психосенсорными проявлениями и т.п. При атонической форме чаще отмечалось раннее возникновение эпилептических припадков, то особенно тяжелое течение болезни в виде эпилептических «статусов», «клевков» и «кивков», тяжелых дисфорий и др., то, наоборот, сравнительно скорое, а иногда и окончательное их исчезновение.

Важный вопрос о роли силы нервной системы в оформлении картин резидуальных форм эпилепсии, разумеется, ни в какой мере не исчерпывается представленными данными. Все же из сказанного видно, что подразделение всех резидуальных нервно-психических расстройств на стенические, астенические и атонические формы открывает в известной мере путь к тому, чтобы, не исключая значения этиологии и локализации процесса, подойти к установлению взаимосвязей между наблюдающимися при этом нарушениями психики и припадками.

Как ни странно, но до сих пор сравнительно мало изучен вопрос о взаимосвязи детских церебральных параличей с нередко сопровождающими их нарушениями психики и припадками. Из всего этого сложного вопроса, нуждающегося в специальном и подробном освещении, мы коснемся лишь одной его стороны, а именно особенности психики и припадков при право- и левосторонних поражениях мозга у детей. Этот вопрос разрабатывается рядом наших сотрудников (В.А. Лянда, Т.Н. Дориомедова, К.Н. Снежкова и др.). Личные наши наблюдения над 55 больными, страдавшими стойкими гемипарезами и припадками, полностью подтвердили наблюдения сотрудников и сводятся в основном к тому, что у больных с припадками на фоне правосторонних гемипарезов чаще и резче выражены симптомы интеллектуального недоразвития, явления олигофрении. Так, из 31 больного с правосторонними гемипарезами олигофрения в степени выраженной дебильности и имбецильности была у 25, а из 24 больных с левосторонними гемипарезами олигофрения в степени легкой или умеренной дебильности была отмечена лишь у 8.

Правильными оказались наблюдения наших сотрудников (5, 6) в отношении различий эмоционально-волевых нарушений у этих больных. У детей с правосторонними гемипарезами преобладало снижение эмоционального тонуса, бедность и бледность эмоциональных проявлений, уплощенность и нивелировка личности, недостаточная активность, инициативность, живость и гибкость психики. У детей же с левосторонними гемипарезами, наряду с более редкими и более слабыми проявлениями интеллектуального недоразвития, отмечалась не только сохранность, но часто (у 11 из 24) и явно патологическое усиление эмоциональных проявлений – от эмоциональной неустойчивости до мрачной на-

пряженности и затяжных дисфорий, резкая возбудимость, неусидчивость, а иногда и агрессивность и явления насильственного беспокойства. (Dranghafte Erethie).

В несомненном соответствии с этими различиями в психическом облике детей с право- и левосторонними гемипарезами находятся и различия в картинах их припадков (6). Так, у большинства детей с правосторонними гемипарезами (у 18 из 31) большие и abortивные судорожные припадки протекали без аур, а у остальных они сопровождались наиболее элементарными и примитивными видами аур, отображавшими наиболее древние защитные реакции организма («худо», «подходит», «все кружится», «падаю», «умираю», «ком в горле», «задыхаюсь» и т.п.). Малые и психомоторные приступы, наблюдавшиеся у 6 из этих больных, сопровождались глубоким помрачением сознания и крайней элементарностью или «бессодержательностью» двигательных проявлений.

У больных же с левосторонними гемипарезами припадки чаще (у 15 из 24) протекали с аурами, менее спаянными с припадками и появлявшимися нередко изолированно. Еще важнее, что ауры отличались у них большой сложностью и «дифференцированностью» структуры и выступали в форме переживаний острого страха, реакций обороны, симптомов деперсонализации, дереализации и т.п. Наряду с судорожными припадками, у них наблюдались сложные или «содержательные» и эмоционально насыщенные психомоторные припадки на фоне поверхностно затемненного или измененного сознания, тягостные дисфории, пароксизмальные делирии и др.

Все эти положения, установленные на основе наблюдений над детьми, страдающими припадками на фоне стойких гемипарезов, полностью подтвердились на основе наблюдений над другой группой из 56 больных, у которых центральное место в картине болезни занимали очаговые припадки с односторонними двигательными и чувствительными расстройствами без заметных послеприпадочных «выпадений». У большинства детей этой второй группы (у 44 из 56) болезнь началась в более позднем возрасте от 4 до 7 лет и позднее. Этиология ее была различной - родовые травмы у 19, мозговые инфекции у 9, наследственная отягощенность эпилепсией у 8. Отличались эти дети от больных первой группы и по психическому своему состоянию: у подавляющего большинства из них (у 45 из 56) никаких дефектов интеллекта не было, у 5 отмечалась умеренная дебильность и у 6 - нерезкие эпилептические изменения психики.

Еще более существенные различия выявились в картинах болезни детей этой группы, страдавших правосторонними и левосторонними припадками. Так, 21 из 28 больных с правосторонними припадками отличались не только сохранностью интеллекта, но и отсутствием существенных эмоциональных расстройств; они были спокойными, организованными, иногда несколько уплощенными и вялыми. У многих же больных с левосторонними припадками (у 16 из 28) отмечались, при сохранном интеллекте, почти такие же эмоционально-волевые нарушения, как и у больных с левосторонними гемипарезами - резко повышенная возбудимость, мрачный фон настроения, неуживчивость, агрессивность, психомоторное беспокойство.

Что касается припадков, то у детей этой второй группы наблюдались главным образом Джексонские приступы с двигательными и чувствительными проявлениями (у 34 из 56), очаговые большие судорожные (у 13) и адверсивные (у 9) припадки. В соответствии с литературными данными, оказалось, что «настоящие» Джексонские, т.е. корковые припадки с односторонними клоническими судорогами на фоне ясного сознания, были лишь у 4 больных этой группы; у остальных припадки этого типа сопровождались не клоническими, а тоническими судорогами либо выражались в разных сенсорных и смешанных (сенсорно-тонических) проявлениях.

Существенные различия выявились в картинах припадков у детей этой группы с правосторонними и левосторонними припадками. У первых чаще отмечались «неощущаемые» припадки, т.е. протекающие без аур, а у тех из них, у кого припадкам предшествовали ауры, последние почти всегда носили характер местного раздражения («сводит руку», «дергается рука», «ток в ногу» и т.п.) либо весьма примитивных и тягостных общих ощущений («худо», «подходит», «тошнит», «все кружится» и др.).

У больных же с левосторонними припадками последние были почти всегда «ощущаемыми», т.е. протекали без выраженных нарушений сознания и амнезии либо сопровождались яркими аурами. Характерно, что у большинства этих больных припадки и ауры выражались в гораздо более сложных местных ощущениях и еще более сложных общих переживаниях - часто в переживаниях острого страха, психосенсорных и деперсонализационных ощущениях, сновидных и насильственных состояниях и т.д. Так, один из этих больных со страхом кричал в момент припадка, что у него «стекло в коленке», другие стонали в этот момент от того, что у них «взбесилась» рука, «коробит» или «заводит» руку, «трясется», «остро болит» или «боится» рука или нога и т.п.

Эти необычные ощущения сопровождалась у многих больных с левосторонними припадками крайне неприятными общими переживаниями – «замиранием сердца», убеждением, что «что-то должно сейчас случиться» или ощущением, что они падают, валятся, что «кругом все рушится», «камни сыплотся», что они не знают, где у них рука или нога. У одного из этих больных возникали в структуре адверсивного припадков либо в виде изолированной ауры ощущения, что все окружающие предметы он уже давно видел, что они ему «до противного надоели» и что если ему удастся отвести от них взгляд, то приступ сразу прекратится. У ряда этих больных с левосторонними припадками последние сопровождалась резко выраженными состояниями острой тревоги и страха, сменявшимися иногда после припадков чувством приятного и даже радостного облегчения и разрядки.

Из всего сказанного видно, что эти насыщенные сложными сенсорными и эмоциональными расстройствами приступы у многих больных с левосторонними припадками находятся в определенном соответствии с патологически усиленной и измененной их эмоциональностью в промежутках между припадками в такой же мере, в какой бледные и примитивные по содержанию приступы у детей с правосторонними припадками отражают соответствующие стойкие особенности их личности, т.е. их уплощенность, вялость, недостаточную активность и инициативность и др.

Представленные данные свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что между стороной гемипареза либо мозгового поражения, с одной стороны, и особенностями психики и характером припадков у детей с право- и левосторонними расстройствами, с другой, действительно имеются более и менее закономерные взаимосвязи. Степень закономерности этих взаимосвязей, как нам кажется, такова, что позволяет, с известным правом, говорить во многих случаях не только о правом и левом гемипарезах, но и о «правой и левой психике», о «правых и левых припадках».

До сих пор шла речь о взаимосвязи между стороной гемипареза, особенностями психики и припадков. Не подлежит сомнению, что если при этом учитывать не только сторону гемипарезов, но и их качественные различия у детей (7), то взаимосвязь их с особенностями психики и припадков выявляется еще больше. Но и сказанного в известной мере достаточно, чтобы заключить, что при левосторонних гемипарезах и припадках чаще выявляются скорее астенические, особенно ирритативно-астенические либо органически-дисфорические черты психики, а при правосторонних – чаще гипо- и атонические особенности их.

Из множества вопросов, связанных с проблемой резидуальных детских энцефалопатий, мы позволим себе остановиться вкратце лишь еще на одном – очень сложном, трудном и спорном, **а именно: на вопросе о резидуальных нарушениях психики у детей, весьма сходных с картинами детской шизофрении.** Речь идет о нарушениях психики, возникающих чаще у детей дошкольного и дошкольного возрастов, стереотипные картины которых складываются главным образом из резкого ослабления и даже полного отсутствия (или исчезновения) интересов, целенаправленной активности и выраженных аффективных связей с окружающими, из бессодержательной и бесцельной речевой продукции, склонности к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, эхоталий, стереотипий и др. Некоторые из этих детей долго говорят о себе в третьем лице («Миша хочет кушать». «Он хочет гулять»), не способны фиксировать внимание и бесцельно скользят отсутствующим взглядом вокруг себя или часами повторяют какие-нибудь действия. Характерно, что и при отсутствии значительной умственной отсталости эти дети схватывают и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними. У них резко ослаблены все безусловно-рефлекторные реакции – ориентировочные, пищевые, оборонительные, из-за чего они иногда мало реагируют на приход и уход родителей, на пребывание в новой и необычной для них обстановке, на приготовление к уколу и самый укол и др. Отличаясь неловкой моторикой и недостатком двигательных умений, они нередко очень поздно и с трудом начинают самостоятельно одеваться, но вместе с тем хорошо запоминают и воспроизводят длинные стихи и сказки, слова и мотивы сложных песен.

Интенсивность всех обрисованных нарушений у разных детей весьма различна и колеблется от глубокой «отрешенности» от окружающего и почти полной недоступности со склонностью к эхоталиям, стереотипиям и др. до способности обучения в школе и овладения элементарными школьными навыками и тенденцией к резонерству, нелепому фантазированию, «никчемному» любопытству и мудрствованию. В первом случае этих больных часто включают в рамки детской шизофрении либо описывают как особый «синдром Каннера», как «ранний детский аутизм», во втором случае больных относят к постпроцессуальным, шизоидным или аутистическим психопатиям.

Вопросы клиники, этиологии и дифференциальной диагностики этих психических нарушений у детей подробно освещены в недавней нашей работе (8). На основе литературных данных и личных на-

блюдений было в ней показано, что эти нарушения наблюдаются действительно в 3-4 раза чаще у мальчиков, часто являются врожденными, обусловленными разными пренатальными патогенными факторами, характеризуются значительным сходством и даже стереотипностью картин. Они отличаются от картин детской шизофрении отсутствием у больных извращенных аффективных реакций, истинного аутизма, вычурных поз, своеобразием речевых расстройств, отличной памятью и музыкальными способностями, склонностью механически, «попугайно» воспроизводить иногда сложные отрывки из речи окружающих и др.

Еще менее обоснованным представляются утверждения о психогенном происхождении «детского аутизма», об излечивающем влиянии психотерапии. В действительности речь идет о тяжелых и прогностически крайне неблагоприятных нарушениях, которые, бесспорно, не могут быть объяснены только патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и детьми, распадом семьи и т.п.

С нашей точки зрения, «детский аутизм» представляет собою своеобразную разновидность психического недоразвития, в частности – разновидность вышеописанной атонической формы психического недоразвития, обусловленную врожденной или рано приобретенной слабостью подкорковых и диэнцефальных систем, особенно активирующих или «энергизующих» систем ствола мозга. Именно этим объясняются недостаточность безусловно-рефлекторных реакций, грубые нарушения внимания, склонность «невидящим» взглядом скользить по окружающим лицам и предметам, беспечность всех движений, длительная неспособность овладеть более сложными навыками; главное – длительная задержка формирования самосознания, комплекса «Я», что сказывается в склонности говорить о себе в третьем лице, в подражательности речи, действий и др.

Важно при этом подчеркнуть, что при настойчивой стимуляции удастся заставить этих детей «собраться», «мобилизоваться» и давать нередко более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции.

В плане отграничения от детской шизофрении важно подчеркнуть также, что этот синдром «раннего детского аутизма», сопровождающийся в большинстве случаев умеренными степенями умственного недоразвития, сочетается у части больных (нашим данным – у 1/4 больных) эпилептическими припадками. Эти припадки возникают чаще у детей с более грубыми проявлениями «синдрома Каннера», особенно при постнатальном его возникновении. Выражается у них эпилепсия, как и у других детей с атонической формой психического недоразвития, в описанном нами «статусообразном» течении болезни, в «молниеносных» и «кивательных» припадках, в изолированных аурах и вегетативных кризах диэнцефального типа с тошнотой и рвотой, в приступах непроизвольного смеха или плача, в «фебрильных» припадках, протекающих со значительным повышением температуры тела и др. Характерно, что у некоторых больных этой группы, страдающих сочетанием шизоформных черт психики с эпилептическими припадками («шизоэпилепсией»), припадки возникали сезонно, главным образом весной или осенью, либо более или менее строго периодически – в начале каждого месяца, на протяжении 2-3 дней, по 2-3 припадку в день и т.п. Все это – и характер припадков, и особенности их протекания, и нередкие вегетативно-трофические нарушения у больных в интервалах между припадками – лишний раз указывает на роль патологии межзачаточного мозга в генезе и оформлении анализируемого синдрома.

В заключение мы вкратце остановимся на важном и трудном вопросе о психозах, возникающих у детей и подростков на фоне резидуальных энцефалопатий, в частности, на фоне олигофрений. К сожалению, многочисленные литературные данные о психозах у олигофренов весьма противоречивы. Противоречивы, в частности, данные о частоте и характере психозов у олигофренов, о преобладании у них шизофрении, о наиболее частых психопатологических синдромах, о возможности появления у них особенных или специфических психозов, о патогенезе и прогнозе их и др.

Наш собственный многолетний опыт свидетельствует о том, что на фоне олигофрении могут возникать разные психозы – инфекционные, интоксикационные, соматогенные, психогенные, изредка – маниакально-депрессивный психоз (9). В отличие от других авторов, мы реже наблюдали у олигофренов убедительные картины шизофрении, и нам лишь в немногих случаях приходилось ставить диагноз «пфрпфшизофрения». Заметно чаще мы убеждались в правомочности выделения некоторых психозов у олигофренов в качестве особых и самостоятельных клинических форм (10). Главное отличие этих психозов заключается, во-первых, в наличии тесной структурной и генетической связи между их картинами и той преморбидной «почвой», на которой они возникали, а во-вторых, в своеобразии их психопатологических проявлений.

Очень важным оказался, в частности, тот выявившийся в наших наблюдениях факт, что у больных

со стенической формой олигофрении какие бы то ни было психозы появляются очень редко. У больных же с астенической формой, помимо психозов, относящихся к разным нозологическим формам, мы наблюдали те особые психические расстройства, которые следует, на наш взгляд и в соответствии со сравнительно давними утверждениями Нейштадта и др., выделять как «олигофренные психозы».

Из 16 больных с такими психозами, находившихся под нашим наблюдением, было 10 девочек в возрасте от 13 до 16 лет. У всех этих больных были умеренные степени психического недоразвития, отличавшегося всеми указанными выше признаками астенической формы олигофрении. Они плохо справлялись с элементарными школьными навыками, с основами чтения, письма и счета, долго не могли освоить временные понятия, ориентироваться в сторонах тела, производить операции, состоящие из последовательных актов, и др. Столь же отчетливо выступали у них истощаемость и утомляемость в работе, неустойчивость внимания и эмоций, недостаточная ориентировка в жизненных ситуациях и практическая беспомощность. У большинства из них отмечались физический инфантилизм, хрупкость и грацильность телосложения либо диспластичность с тенденцией к церебральному ожирению, часто отчетливая недостаточность психомоторики (неуклюжесть, неловкость, неточность движений и др.). У половины из этих больных наблюдались грубые симптомы эмбриопатий микро- и оксифефалия, микрофтальмия, врожденные катаракты, пороки сердца, меланома и культи. У семи больных отмечались в анамнезе указания на резкую патологию беременности у матерей – на тяжелые токсикозы беременности, значительную недоношенность, попытки прерывания беременности и др. У трех больных в грудном возрасте на фоне лихорадки возникали судороги.

Почти у всех больных этой группы психозы протекали в форме множественных приступов, разных по продолжительности. У 3 – строго периодическое течение психоза, т.е. одинаковая продолжительность как самих приступов, так и интервалов между ними. В клинических картинах всей этой группы, наряду с частными различиями, имелись существенно сходные черты. Почти как правило, психозы начинались с нарастающей тревоги, беспокойства и страха, на фоне которых быстро выявлялись отрывочные бредовые идеи преследования и отношения. Больные утверждали, что их должны резать, что их задавит машина, изрубят топором, отравят и т. д. На высоте такого острого тревожно-бредового состояния у них появлялись не очень глубокие нарушения сознания, носившие характер колеблющейся в своей интенсивности астенической спутанности. У большей части из этих больных начальные тревожно-бредовые переживания, а затем и астеническая спутанность осложнялись галлюцинациями, делириозными и онейроидными эпизодами. Они кричали, что у них крысы в черепах, видели кровь, кошек, мышей в пальто, или казалось, что они побывали на луне, в космосе, что идет атомно-водородная война, что они рожают и т.п. Все эти психотические проявления сопровождались то тревожным возбуждением, то ступороподобными состояниями, то, наконец, нелепой эйфорией.

Не останавливаясь в данном сообщении на отграничении описываемых психозов у олигофренов от пфпрофшизофрении и инфекционных психозов, подчеркнем лишь, что эти психозы в большой мере совпадают по картинам и течению с теми периодическими «диэнцефалопатическими» психозами, которые нами (11, 12) и рядом отечественных и зарубежных авторов были описаны в последние 20-30 лет. В пользу такой именно трактовки этих психозов у олигофренов свидетельствует возникновение их в препубертатном и пубертатном возрастах, множественность психотических приступов, стереотипность их картин, строго периодическое либо эпизодическое их появление и отсутствие у больных нарастающих изменений психики.

Как известно, широким признанием пользуется взгляд, сформулированный впервые Р.Я. Голант и С.С. Мнухиным, о том, что эти периодические и эпизодические психозы тесно связаны с врожденной или рано приобретенной патологией межучного мозга. Положение о том, что эти психозы правомерно считать «диэнцефалопатическими» подтверждается не только разными клиническими и параклиническими данными (пнеймо- и электроэнцефалография и др.), но и новейшими попытками некоторых авторов выделить «эпизодический пубертатный онейроид» (13), в основе которого они также усматривают «конституционально заложенное гипофизарно-диэнцефальное расстройство регуляции». На связь описываемых психозов у олигофренов с патологией межучного мозга указывает и обилие перечисленных диэнцефальных соматоневрологических и вегетативно-трофических признаков у этих больных – церебральное ожирение, «фебрильные» припадки, гиперостоз внутренней пластинки лобной кости и др.

Все сказанное позволяет со значительным, на наш взгляд, основанием связывать описываемые психозы у олигофренов со структурой самой олигофрении, в частности с астенической ее формой, и в основе обоих усматривать единый патогенетический радикал, а именно – врожденную либо рано при-

обретенную патологию гипофизарно-диэнцефальной системы, недостаточность активирующего или тонизирующего влияния подкорковых аппаратов на функциональное состояние коры полушарий.

В представленных заметках подведены предварительные итоги лишь части работ о резидуальных нервно-психических расстройствах у детей, выполненных в последние годы нами и нашими сотрудниками. Несомненно, что все эти и другие работы представляют собою пока лишь слабую попытку разобратся в этой обширной области патологии детского мозга, выяснить некоторые закономерности, определяющие клинические проявления в рамках отдельных групп резидуальных нервно-психических расстройств – в рамках резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и церебральных параличей и, что важнее, найти закономерности, определяющие многообразные соотношения всех этих расстройств между собой. Естественно, что успешная дальнейшая разработка всей этой области может явиться лишь результатом упорных, многосторонних и творческих усилий разных специалистов – не только психоневрологов, но и педиатров, патофизиологов, эндокринологов, ортопедов, патологоанатомов и др. Правомерно полагать, что широкая разработка области резидуальных нервно-психических расстройств приведет к сужению рамок «эндогенных» форм» и обеспечит более эффективное дифференцированное лечение больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мнухин С. С. Вопросы психиатрии и невропат. Л., 1957, в. 2, 7-14.
2. Мнухин С. С. Труды психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1961, т. 25, 66-77.
3. Мнухин С. С. и Исаев Д. Н. В кн. Восстанов. терапия и соц. труд. ре-адаптация больных. Л., 1965, 177.
4. Мнухин С. С. и Барыкина А. И. Вопросы психиат. и невропат. Л., 1962, в. 8, 81-87.
5. Мнухин С. С. и Динабург Е. Я. Журн. невропатологии и психиатрии, 1965, в. 7, 1073-1076.
6. Лянда В. А. В этом сборнике, 32-38.
7. Мнухин С. С. и Жолобова С. В. В этом сборнике, 23-31.
8. Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е. и Исаев Д. Н.- Журн. неврол. и псих. 1967, в. 10, 1501-1505.
9. Матусова С.И. и Исаев Д. Н. Там же, 1966, в. 4, 620.
10. Мнухин С. С. и Исаев Д. Н. О психозах у олигофренов (в печати).
11. Мнухин С. С. В сб. Рентгенодиагностика и рентгенотерапия нервных и душевных заболеваний, Л., 1935. О применении рентгенотерапии и pneumencephalon'a при детской эпилепсии. 85-91.
12. Мнухин С. С. Богданова Е. И. и Герасимова Э.В. Вопросы психиатрии и невропат. Л., в. XI, 231-236.
13. Stutte H. – В кн. Клиническая психиатрия. Под ред. Груле. М., 1967, 746.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Д. Н. Исаев, Г. Г. Медведева

ГИПОКСИФИЛИЯ ИЛИ ЗАВИСИМОСТЬ ДРУГОГО РОДА?

Институт специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга. Санкт-Петербург.

В настоящее время подростки используют различные средства с целью изменения своего психического состояния. Эти средства и особенности их воздействия на психику неоднократно описаны. В то же время остаются мало известными другие, не химические способы отключения сознания, которые, как оказывается, используются подростками. В связи с этим нами предлагается описание случая самоудушения, неоднократно использовавшегося группами девочек-подростков.

В. 12 лет. Жалобы матери на то, что, 1.06.01. будучи в компании 3 девочек, она занималась «этим» (другого слова для обозначения того, что они делали, никогда не использовала). Девочки по очереди опускались на корточки, очень часто дышали, а затем внезапно распрямлялись во весь рост и прислонялись к стене. В этот момент одна из девочек платком сдавливала другой девочке шею, главным образом, сосуды на ее передней поверхности, приговаривая заклинания и добиваясь выключения сознания. Со слов больной, она чувствовала слабость в ногах, приятное головокружение, забывала все неприятное, что у нее было в жизни, в этот момент возникали какие-то видения, которые она, как правило, забывала. Такие удушения девочка испытывала более 15 раз. Неоднократно утрачивала сознания. Было желание еще и еще раз повторять переживаемое состояние.

Обращение к врачу связано с тем, что при последнем удушении возле стенки гаража, больная, потеряв сознание, упала и получила черепно-мозговую травму. Было большое кровоизлияние и отек мягких тканей в области правого глаза и височной области. На следующий день стала тревожной, отказывалась от пищи, была тошнота. Жаловалась на головную боль, головокружение, холодели конечности. Появились сонливость, вялость. Ночью были кошмарные сновидения: снилось, что «брат умер», что видит «крест над маминой могилой». Стала плаксивой, то не отпускала от себя мать, то часами неподвижно лежала, не вставая с постели. Если садилась перед телевизором, то смотрела передачи невидящим взглядом. Было очень печальное настроение, тревога. Боялась остаться без матери, сопровождала ее, когда та шла на работу. Переживала, что у нее якобы кривой палец. Была напугана болезнью подруги, с которой вместе занималась «этим» (после одного из удушений та была увезена в больницу из-за развившихся мозговых кровоизлияний). Депрессия у больной сочеталась с переживаниями кажущихся изменений окружающего: «мир не настоящий, нарисованный», «кажется, что все по-другому», «люди ведут себя по-другому», «беседую с подругой, однако кажется, как будто разговариваю не с тем, кого знаю».

Мать - бухгалтер, родила девочку, когда ей было 24 года. Отец - мебельщик, имеет высшее образование.

От 1-й беременности – сын, сейчас ему 15 лет, здоров. Девочка от 3-й беременности. Токсикоз 2-й половины беременности. Грудное вскармливание до 5 мес. В 1 мес. - пневмония. Затем диспепсия. В дальнейшем неоднократные ОРЗ, в 8 мес. ангина, Психомоторное развитие без отклонений от нормы. С 3 лет посещает ДООУ. В течение более полугода не могла привыкнуть к детскому саду, плакала по утрам перед выходом из дома - Боялась отпустить мать. Во время пребывания в группе была спокойной, активной, самостоятельной. Воспитатели на девочку не жаловались. Однако, находясь с матерью, боялась выпустить ее из поля зрения, всегда беспокоилась о ней. Когда девочке было 5-6 лет, жили в

Казахстане. Часто в это время болела отитами. В 6 лет - аденоиды. С 7 лет учиться в школе по программе 1-3, успеваемость была хорошей и отличной. Начиная с 3 класса стала получать «тройки». В настоящее время в 6 классе, учиться неровно, имеет склонность к гуманитарным предметам.

На приеме спустя 2 недели после происшедшего 1.06 обнаруживает депрессию. Плаксива, напугана тем, что подруга не выживет, испытывает чувство вины, так как это она пережимала подруге платком шею. Тревога и депрессия сопровождались тем, что все казалось каким-то не таким, измененным.

На приеме через 3 недели. Отмечает наступившее улучшение вскоре после посещения психолога (14.06). Особенно стало заметно улучшение настроения в последние 2 дня, предшествующие консультации. Однако все еще существует страх. Больная сообщает: «нервничаю чуть-чуть», «боюсь того, что произошло», «вспоминаю и стараюсь забыть, как упала». Постоянно перед глазами возникают неприятные сцены, когда она с подругами занималась «этим». Тот факт, что девочка избегает описания того, что они делали, и повторяет слово «это», заставляет предположить особенную для нее болезненность пережитого. Напоминание об этих событиях и вопросы о происходившем с ней «у гаража» вызвали у девочки слезы, которые она долго не смогла прекратить. Особенно она волновалась, когда пришлось отвечать на вопрос о том, что ее больше всего в настоящее время беспокоит, чем озабочена. Она не сразу, но с большим волнением и со слезами на глазах объяснила, как она обеспокоена перегруженностью матери и ее состоянием здоровья. Несмотря на спровоцированные слезы, девочка проявила некоторый оптимизм в отношении своего будущего. Согласилась, что может извлечь кое-что положительное из преподнесенных жизнью уроков и больше не экспериментировать в опасных для жизни ситуациях.

Описанный случай примечателен тем, что ставит несколько вопросов.

Во-первых, важно понять, что заставило девочку из благополучной семьи экспериментировать с состояниями, ставившими ее на грань между жизнью и смертью. Впечатлительная, ранимая и недостаточно самостоятельная, она серьезно переживала воображаемую опасность, которую она связывала с пугавшей ее потерей постоянно озабоченной, переутомившейся, не получающей полноценную поддержку от близких людей и вероятно (с ее позиции) уже больной матери. Накапливающаяся у девочки тревога требовала расслабления, разрядки. Может быть, она, подобно садомазохисту, посредством этих своих действий избегала чувства вины и беспокойства (Bader, 1993). Или, может быть, это являлось бегством от реальности (Chassequel-Sniirgel, 1993).

Во-вторых, следует объяснить, почему был избран столь brutalный способ для снятия имевшегося душевного дискомфорта. Можно предположить, что в той субкультуре подростков-девочек (12-13 лет), к которой она принадлежит, такое времяпрепровождение (коллективное развлечение) достаточно распространено и имеет особое значение. Возможно, принадлежность к этой референтной группе становится императивом, определяющим появление девиантного поведения девочки, такого же, как и у ровесников. Существующий же лидер лишь организует рискованные «игры» и посвящает в них неофитов.

В-третьих, почему девочка не боялась состояний выключавшегося сознания, не опасалась возможной смерти или хотя бы осложнений со стороны здоровья? Одно из основных объяснений этому состоит в том, что подростки, уже знающие об универсальности и необратимости смерти, не осознают опасности и не остерегаются ее последствий даже в заведомо угрожающих жизни обстоятельствах. Они в своих действиях в критических ситуациях не учитывают риска и не принимают никаких мер безопасности.

В-четвертых, как квалифицировать развившиеся психические нарушения? В продолжение 3 недель у больной отмечается выраженная депрессия с двигательной заторможенностью, идеями виновности, тревожными опасениями, деперсонализацией. Наряду с этим были кошмарные сновидения, анорексия, тошнота. Настроение в последние дни улучшилось, но полного выздоровления еще не наступило. В связи с этим еще нельзя давать окончательную характеристику возникшим психическим расстройствам.

В-пятых, почему после искусственно вызванной гипоксии и черепно-мозговой травмы после падения у девочки вместо экзогенного типа реакции возникла депрессия, т.е. эндоформная по своим проявлениям реакция? Ответ на этот вопрос в настоящее время (спустя 21 день после случившегося) не может быть однозначным. Депрессивный синдром, который возник у подростка, имеет все признаки типичного эндогенного, аффективного психоза: продолжительность психических расстройств, глубину сниженного настроения, двигательную и отчасти психическую заторможенность, идеи виновности, соматические нарушения. Однако наряду с этими симптомами имеются признаки, склоняющие в пользу психогенного происхождения депрессии: содержание кошмарных сновидений, мысли о своей ответственности за судьбу подруги. Некоторые симптомы указывают на экзогенно-органическое проис-

хождение (черепно-мозговая травма) психических расстройств: тревожность, тошнота, слабость, вегетативные расстройства (потливость, холодные конечности).

Таким образом, у девочки 12-летнего возраста после перенесенного удушья и легкой черепно-мозговой травмы возник депрессивный синдром, сочетающийся с тревожными, деперсонализационными переживаниями и соматическими симптомами. Этиология этого психического расстройства комплексна - сочетание экзогенно-органического поражения мозга с психотравмирующими обстоятельствами (переживание ответственности за причиненный ею вред здоровью подруги).

Неоднократное использование девочкой самоудушения следует квалифицировать, как привычные действия или даже зависимость. Остается неясным, можно ли это поведение рассматривать как девиантные сексуальные действия. Является ли это поведение своеобразным вариантом гипоксифилии (эротического самоудушения), приводящего к сладострастным переживаниям? Или, может быть, это поведение аналогично вдыханию токсических веществ с целью временного отключения сознания и ухода от реальности? В любом случае подобное поведение, представляющее большую опасность для здоровья детей, требует дальнейшего изучения, разъяснительной работы среди детей и других форм профилактики.

А. Ю. Егоров

РАННИЙ АЛКОГОЛИЗМ У ДЕВУШЕК: СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Институт специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга. Санкт-Петербург.

Актуальность исследования особенностей женского алкоголизма в последние десятилетия высока как никогда. Именно в последнее время число женщин, страдающих алкогольной зависимостью, существенно возросло. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее. Таким же было это соотношение и в нашей стране в середине 80-х годов: так, в 1991 г. оно было 1:9, к 1995 составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 (Альтшулер, 2000). Хотя женский алкоголизм, по сравнению с мужским, развивается в более позднем возрасте (25-35 лет), исследователи давно отмечали его особую тяжесть и злокачественность (Алкоголизм..., 1983, Бабаян, Гопольский, 1987; Шабанов, 1999).

Поскольку в последние десять лет отмечается существенное снижение возраста знакомства с наркотиками и алкоголем, то проблема ранней алкоголизации и алкоголизма среди девочек-подростков становится весьма актуальной. Тем более что одной из отчетливых тенденций, характеризующих сегодняшнюю наркологическую ситуацию в России, является стирание половых различий среди подростков, вовлеченных в наркопотребление и алкоголизацию (Егоров, 2001; Кессельман, Мацкевич, 2001, Шереги и др., 2001). Если десять лет назад девочки составляли от 10% до 15% наркоманов (Личко, Битенский, 1991), то, согласно последним данным разных авторов, соотношение наркозависимых юношей и девушек находится в пределах 2:1-3:1 за счет резкого роста вовлечения в наркопотребление последних. Отмечается и рост распространенности алкоголизма среди подростков женского пола (Владимиров, 1993), а также более быстрое нарастание алкогольной симптоматики и более высокая прогрессивность заболевания по сравнению с таковой у юношей (Сидоров, Митюхляев, 1999).

Наши предыдущие исследования показали, что алкоголизирующиеся девушки, как и юноши, предпочитают легкие алкогольные напитки (пиво, джин-тоник и т.п.), регулярное употребление которых может приводить к формированию зависимости еще в подростковом возрасте (Егоров, 2001).

В настоящей работе приводятся предварительные результаты клинического исследования особенностей ранней алкоголизации и формирования хронического алкоголизма у девушек подросткового и юношеского возраста.

Всего были обследованы 22 девушки в возрасте от 14 до 20 лет (в среднем $16,2 \pm 1,8$ лет), обратившихся на консультативный прием в наркологический центр. Все девушки были из относительно обеспеченных семей, 12 воспитывались в полных семьях, 4 - матерью и отчимом, 4 - в неполных семьях. Большинство обследуемых продолжало образование в школе (10), среднем специальном (3) или высшем (5) учебном заведении; 4 девушки нигде не учились и не работали. 12 имели самостоятельные

дополнительные заработки, 10 находились на иждивении родителей или мужа (друга). У большинства (59%) выявлена наследственная отягощенность: злоупотребление алкоголем отцом обнаружено у 8 человек (36%), матерью - у 3 (14%), обоими родителями - у 2 (9%).

Из преморбидных особенностей у пациенток следует отметить преобладание истерических (46 %) и эксплозивно-эпилептоидных (27%) черт характера. У трети пациенток (32%) в анамнезе отмечались беспричинные колебания настроения с преобладанием дистимии и неглубокой меланхолии продолжительностью не менее недели. Почти у четверти (23%) в анамнезе отмечалось наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга). Это согласуется с литературными данными о наличии преморбидных психопатических черт у девушек с ранним алкоголизмом (Владимиров, 1993) и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек (Альтшулер, 1999; 2000).

Первая проба алкоголя в обследованной группе приходилась на возраст от 10-13 лет. Обычно это совпадало с каким-либо торжественным событием: день рождения, общенациональный или религиозный праздник, свадьба. Алкогольное опьянение при первой пробе, как правило, было легкой степени, хотя у троих уже первая алкоголизация была значительной и сопровождалась выраженными симптомами интоксикации: головокружением, шаткостью походки, тошнотой и рвотой. Регулярное употребление алкогольных напитков (не реже одного-двух раз в неделю) формировалось в течение 1,5-2 лет после первой пробы, что свидетельствует о достаточно прогрессивном течении. Алкоголизация переносилась из семейного окружения в различные группы несовершеннолетних.

По степени развития алкогольной зависимости на момент обследования было выделено две группы. В первую группу вошли 14 девушек (64%), у которых желание выпить возникало в компании сверстников; в одиночку они не употребляли алкоголь или делали это крайне редко. Это свидетельствует о сформировавшейся групповой психической зависимости у данной группы пациенток, что характерно для этапа злоупотребления алкоголем (аддиктивного поведения). Мотивами употребления алкоголя в этой группе были: «приятно провести время», «быть, как все», «почувствовать себя взрослым», «желание расслабиться, снять напряжение».

Во вторую группу вошли остальные 8 девушек (36%), которые, помимо совместного с друзьями приема алкоголя, отмечали неоднократные факты употребления спиртного в одиночку. Отмечался также рост толерантности к спиртному, нередкие амнезии и палимпсесты периода опьянения. Мотивами такого употребления были: «желание расслабиться, снять напряжение», «поднять настроение», «от скуки», «просто захотелось». Иногда алкоголь употреблялся ими и в утренние часы, но это не носило регулярного характера, отсутствовало компульсивное влечение. Скорее такое «опохмеление» носило подражательный характер («все «лечились» после пьянки – и я за компанию»). Это, а также отсутствие запоев, свидетельствует, что у данной группы абстинентный синдром еще не сформировался, в то время как признаки алкогольной зависимости (I стадии алкоголизма) уже имелись. Следует отметить, что у 6 пациенток второй группы в анамнезе отмечался этап групповой психической зависимости к алкоголю, продолжавшийся в среднем 2 года. У 2 пациенток уже в течение года после знакомства с алкоголем появилось желание употреблять алкоголь индивидуально, достигая степени выраженного алкогольного опьянения.

Важным представляется факт, что у абсолютного большинства (91%) пациенток отмечалась анозогнозия по отношению к собственной алкоголизации. Лишь 2 пациентки в процессе беседы признали, что «возможно, имеются некоторые проблемы». На прием к наркологу все были приведены родителями, мужьями или друзьями после неоднократных алкогольных эксцессов, сопровождавшихся попаданием в милицию, участием в пьяных компаниях (где были обнаружены родственниками), проблемами в школе (нахождение в нетрезвом виде на дискотеке), угрозой развода и т.д. Установка на лечение у пациенток отсутствовала.

Абсолютное большинство – 17 (77%) девушек - предпочитали относительно легкие алкогольные напитки (преимущественно крепкие сорта пива, джин-тоника или, реже, других спиртосодержащих коктейлей). При этом в первой группе легкие алкогольные напитки предпочитали 86% пациенток, а во второй – 63%. Остальные пациентки предпочитали крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк), либо чередовали их с приемом легких алкогольных напитков. Следует отметить, что средняя доза принимаемого во время эксцесса алкоголя в пересчете на абсолютный этанол (количество мл 100% спирта в сутки) у злоупотребляющих легкими алкогольными напитками была несколько выше, чем у предпочитающих крепкие напитки: 210 мл против 180 мл. Эти данные отражают общую тенденцию, отмечающуюся в подростковой популяции, когда предпочтение отдается легким алкогольным напиткам, злоупотребление которыми зачастую превышает в абсолютном исчислении употребление дистиллятов

(Егоров, 2001).

Алкоголизация у девушек-подростков почти всегда сочеталась с табакокурением (91%); обычно начало табакокурения на 1-1,5 года предшествовало первому алкогольному эксцессу. Больше половины (55%) имели опыт употребления или продолжали эпизодически употреблять (не более 1-4 раз в месяц) наркотические вещества. В большинстве случаев это была конопля (11 человек), реже «экстази» (5), содержащие псилоцибин грибы (4), снотворные (4). «Тяжелые» наркотики употреблялись реже: героин пробовали 3 человека и эфедрон – один. Любопытно, что употребление наркотиков начиналось на фоне регулярного употребления спиртных напитков, преимущественно легких (в 86% случаев). Наркотики употреблялись, как правило, в компании сверстников. Эти факты еще раз подтверждает теорию стадийного развития зависимости у подростков: приобщение идет от более легких психоактивных веществ к более тяжелым (Фридман и др., 1998).

Таким образом, современные особенности формирования алкоголизма у подростков женского пола могут быть сформулированы следующим образом:

1) Высокий процент наследственной отягощенности, а также наличие истеро-эпилептоидных преморбидных черт характера в сочетании с аффективными нарушениями.

2) Развитие раннего женского алкоголизма характеризуется стадийностью (этапностью) и высокой прогрессивностью.

3) На этапе групповой психической зависимости девушки в абсолютном большинстве предпочитают легкие алкогольные напитки.

4) На этапе сформированной зависимости относительно увеличивается удельный вес предпочтения крепких напитков, хотя легкие алкогольные напитки продолжают преобладать.

5) Характерно сочетание злоупотребления алкогольными напитками и эпизодического употребления наркотических веществ.

6) Фактором, препятствующим проведению лечебно-профилактических мероприятий, является анозогнозия, отмечающаяся практически у всех пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // В кн.: Руководство по психиатрии /Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999. С. 250-338.

2. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // В кн: Лекции по наркологии. 2-е изд/ Под ред. Н.Н. Иванца. М., «Нолидж», 2000. С. 116-134.

3. Алкоголизм: (Руководство для врачей)/ Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М.: Медицина. 1983.

4. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. М.: Медицина, 1987.

5. Владимиров Б.С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 1993.

6. Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте // Материалы Конгресса по детской психиатрии. 25-28 сентября 2001. Москва, Росинекс. 2001. С. 57.

7. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. СПб., Изд-во «Медицинская пресса», 2001.

8. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., Медицина, 1991.

9. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА, 1999.

10. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология. М.; СПб.: "Бином"- "Невский диалект", 1998.

11. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. СПб., Изд-во "Лань", 1999.

12. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л., Вострокнутов Н.В., Зайцев С.Б., Никифоров Б.А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М. 2001.

О. А. Яшнова

ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ В ЗЕРКАЛЕ УСПЕШНОСТИ

Институт педагогики социальной работы РАО. Москва

«Успех» в словарях рассматривается в трех значениях: как удача в достижении чего-либо; как общественное признание и как хорошие результаты в работе, учебе, других видах общественно полезной деятельности. Об успешности можно говорить как о социальном качестве, поскольку успешность

оценивают люди и сам человек, опираясь на современные общественные нормы, ценности, обычаи. Успешность можно назвать одним из социальных параметров личности, своеобразным индикатором социального статуса человека.

Американский психотерапевт профессор У. Глассер в своей книге «Школы без неудачников» замечает, что оптимальное решение проблемы неудачников по всему социальному спектру - приобретение опыта успеха в школе. Более того, он убежден: «Если ребенку удастся добиться успеха в школе, у него есть все шансы на успех в жизни».

Нельзя пренебрегать значением успешности для человека, особенно растущего. Об успешности ребенка младшего школьного возраста можно говорить как о некоем достижении (достижениях) в социально значимой деятельности - учебе и его признании со стороны других участников образовательного процесса: педагогов, родителей, одноклассников. Учение становится ведущим видом деятельности, имеющим важное общественное значение, и связанные с ним успехи и неудачи младших школьников приобретают социальную функцию и влияют на всю дальнейшую школьную жизнь ребенка. Неудачи в учебной деятельности приводят к напряженному состоянию нервной системы. Вследствие длительности такого состояния могут развиваться дидактогении - детские неврозы на почве учебных успехов. С началом обучения в школе у 67%-69% неподготовленных детей возникают специфические реакции: страхи, срывы, истерические реакции, повышенная слезливость, заторможенность. Дети испытывают страх перед выходом к доске для ответа, боятся оказаться несостоятельными, неуспешными, в то время как один из основных законов начального обучения гласит, что «младший школьник должен учиться на успехе». Поэтому очень важно, чтобы ребенок дошкольного возраста получил высококачественную подготовку к школе. Это позволит ему чувствовать себя уверенно и стать конкурентоспособной личностью уже на первом этапе обучения.

Проблема подготовки детей к успешному обучению в школе долгое время изучалась отечественными психологами и педагогами в различных аспектах, но продолжает оставаться актуальной, т.к. меняется конкретная социально-историческая ситуация развития отечественной школы.

В многолетних исследованиях, проводимых Институтом дошкольного воспитания Академии педагогических наук СССР под руководством А.В. Запорожца, выделены **общая психологическая и специальная** готовность как два основных блока, составляющих готовность детей к школе. К общей готовности исследователями отнесены физическая, личностная и интеллектуальная; к специальной - подготовка детей к усвоению предметов курса начальной школы.

Коллективом авторов книги «Работа психолога в начальной школе» составлен «Психологический портрет идеального первоклассника», который, на наш взгляд, достаточно полно описывает ребенка, готового к успешному обучению в школе. В схему входят 5 различных блоков: педагогическая, интеллектуальная, мотивационная, эмоционально-волевая и коммуникативная готовность, которые, в свою очередь, раскрываются и уточняются через специальные характеристики. Определение уровня (степени) готовности ребенка к началу систематического школьного обучения является основной задачей при записи дошкольника в 1-й класс.

Становясь младшим школьником, ребенок, по существу, меняет весь свой образ жизни. Наряду с игровой деятельностью, с детства знакомой и любимой ребенком-дошкольником, в его жизни появляется новая, социально значимая и социально обусловленная учебная деятельность. Очевидно, что подготовка к ней должна осуществляться на протяжении всего дошкольного детства, поскольку подготовить будущего первоклассника к успешному обучению в школе за короткий период невозможно. Успешность учебно-воспитательного процесса во многом определяется организацией полноценной, эмоционально насыщенной жизнедеятельности ребенка-дошкольника, причем в этом возрасте развитие психических качеств должно превалировать над специальным обучением.

Новый социальный статус предъявляет серьезные требования к физическому и психическому здоровью ребенка, поэтому очень важно соблюдать основные режимные моменты жизнедеятельности будущего первоклассника: обеспечить ему рациональное питание, достаточное пребывание на свежем воздухе и полноценный отдых. Важно, чтобы ребенок имел широкий кругозор, мог пересказать или составить небольшой связный текст; обладал хорошей слуховой и зрительной памятью; выделял, различал и правильно произносил все звуки языка; свободно оперировал понятиями «больше», «меньше», «равно»; много работал с конструктором, бумагой, ножницами, пластилином, рисовал. У детей с несформированной готовностью к школе значительно сложнее происходит процесс адаптации. Именно эти дети составляют большинство среди испытывающих трудности в обучении и неуспевающих.

Кроме этого, важен еще и мотив, который преобладает у ребенка к началу школьной жизни. Чаше

всего это учебная мотивация, активно формируемая и поддерживаемая окружающими взрослыми. Но нередко от дошкольника можно услышать о его желании приходить в школу поиграть. Конечно, учебная деятельность в младшем школьном возрасте становится ведущей, но игра для ребенка еще долго будет оставаться основной формой общения с окружающими взрослыми и сверстниками. По нашим исследованиям, от 20% до 45% выпускников начальной школы часто играют со своими одноклассниками (опрошено 350 учащихся 4-х классов различных городов России).

В настоящее время существует три пути подготовки ребенка к обучению в школе:

- в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ);
- в других образовательных учреждениях (негосударственные образовательные учреждения, подготовительные классы школ, Центры творчества, студии);
- в условиях семьи.

По мнению многих исследователей, в детском саду ребенок находится в оптимальных условиях для психического и умственного развития: это и правильно организованный режим дня, и наличие многочисленных контактов со сверстниками и взрослыми (воспитателями), и специально организованные занятия в подготовительных группах.

Решая вопросы преемственности, ДОУ во многом преуспели в организации подготовки ребенка к школе. На дошкольной ступени образования сохраняется самооценность дошкольного детства и формируются фундаментальные личностные качества ребенка, служащие основой успешности школьного обучения, а школа как преемник «подхватывает» достижения ребенка и развивает накопленный им потенциал. В настоящее время сотрудниками Центра «Дошкольное детство» им. А.В. Запорожца разработана научно-обоснованная концепция преемственности в работе детского сада и начальной школы, которая позволяет говорить о преемственности как о двустороннем процессе, обеспечивающем непрерывность в развитии детей и образовании как системе. Разработаны также и стандарты дошкольного образования, которые определили основу базисной программы «Истоки». Варианты реализации этой программы используют сегодня многие ДОУ г.Москвы.

Однако известны случаи, когда некоторые воспитатели проводят занятия в форме урока: дети должны в течение долгого времени сидеть за партами, поднимать руку, при ответе вставать. Специалисты ДОУ мотивируют это тем, что резкий переход от достаточно свободной игровой деятельности ребенка в условиях детского сада к строго организованной учебной в школе наносит вред его психическому и физическому здоровью. Конечно, все дошкольники с удовольствием играют «в школу». Но существует опасность подмены цели качественной подготовки ребенка к школе целью усвоения внешних стандартов поведения будущего первоклассника.

По разным причинам не все дети проходят через систему муниципального дошкольного образования. По данным Министерства образования РФ, в России 47% детей в возрасте от 1года до 6 лет не посещают ДОУ. В Москве количество таких детей в 1997 году достигало 227 тысяч, что составляло 51% от общего числа детей дошкольного возраста. Из них лишь 1,5% посещали негосударственные образовательные учреждения, 3% - подготовительные классы школ, 3% - Дома творчества, студии, 4% пользовались платными услугами на базе детских садов. Однако, по мнению специалистов, такие формы работы с детьми не обеспечивают их полноценной готовности к систематическому обучению: у будущих первоклассников отмечаются низкий уровень развития произвольности, коммуникативности, неумение работать в общем темпе, выполнять требования взрослого и пр. Некоторые образовательные учреждения выдают ребенку по окончании занятий «Диплом», или «Сертификат». Такой «документ» позволяет ребенку и его родителям пребывать в уверенности, что школьные успехи гарантированы. При том, что «домашние» дети все-таки получают целенаправленную подготовку к школе в различных подготовительных структурах вне детского сада, существует негативная тенденция – нередко обучение в них представляет собой своего рода «натаскивание», что не обеспечивает всестороннего развития личности ребенка, а создает лишь иллюзию хорошей подготовки к обучению в школе. Кроме того, такая подготовка может привести к ухудшению состояния здоровья ребенка из-за чрезмерных нагрузок и вызвать у него негативное отношение к учебным занятиям.

Анализ данных окружных управлений образования г. Москвы показывает, что 39,5% детей от числа дошкольников, не посещающих ДОУ, воспитываются только в условиях семьи. Их подготовкой к школе занимаются в основном сами родители или другие взрослые члены семьи. Наряду с неоспоримыми достоинствами, такими как возможность создания индивидуальных условий режима питания, сна, закаливания, профилактики заболеваний, лучшего ухода, индивидуализированной системы подготовки к школе и др., этот путь имеет и ряд недостатков. Прежде всего – это отсутствие межличностно-

го общения в детском коллективе. Ребенок, посещавший ДООУ, быстрее и легче воьется в новый школьный коллектив, поскольку его коммуникативная готовность значительно выше, чем у ребенка, воспитанного вне детского коллектива. Кроме этого, взрослые члены семьи часто не имеют специальной подготовки для обучения ребенка чтению, письму, счету, а научив его этому, считают, что он подготовлен к школе. Это происходит вследствие недостаточной психолого-педагогической подготовленности родителей и их слабой ориентированности в системе требований, предъявляемых к ребенку на этапе приема в первый класс. Многие родители с удивлением узнают в апреле, когда приводят ребенка в школу, чтобы записать его в первый класс, что он неправильно научен читать, писать, не знает наизусть стихотворений достаточного объема текста, не знает детских песенок, у него не выработаны специальные навыки простейшего сравнения, обобщения, систематизации, отмечается повышенная тревожность, он не умеет правильно держать ручку, у него не сформирована мелкая моторика и т.п.

Рассмотрев основные пути и способы подготовки ребенка к школе и оценив степень успешности каждого из них, можно сделать следующий вывод. Наряду с неоспоримыми достоинствами, каждый из трех описанных выше путей имеет, тем не менее, и недостатки, а значит, нуждается в совершенствовании или дополнении. Подготовка ребенка в условиях дошкольного муниципального образовательного учреждения предпочтительнее. Значит, каждый ребенок должен по возможности получить эту подготовку в условиях ДООУ. Качество дошкольного образования ребенка во многом зависит от уровня профессиональной компетентности специалистов детского сада, поэтому большое значение имеет подготовка и переподготовка кадров этого учреждения.

«Домашние» дети, требующие особого ухода и внимания, также должны иметь возможность посещения ДООУ, пусть и не в полном объеме. Для этого на базе детских садов формируются группы развития, которые дают возможность кратковременного пребывания детей с целью обеспечения всестороннего развития ребенка, формирования личностных качеств, обеспечивающих относительно безболезненный переход к школьному обучению. К сожалению, сегодня такие группы созданы на базе только некоторых детских садов, и вопрос повсеместного их функционирования остается открытым.

Что касается подготовки ребенка к школе в других образовательных учреждениях, то здесь следует обратить внимание на необходимость посещения дошкольником занятий в течение более длительного времени, а не только непосредственно перед школой. Это даст возможность специалистам более основательно сформировать у дошкольника необходимые для успешного обучения умения и навыки, а самому ребенку позволит повысить коммуникативную готовность, тем более что в «Школах дошколят» организуются специальные занятия и игры, которые предусматривают формирование и развитие у будущего первоклассника социальной компетентности.

Подготовка ребенка к обучению в условиях семьи с высоким уровнем образования ее членов - идеальный вариант для любого дошкольника. Однако не все родители имеют возможность воспитывать ребенка на протяжении всего дошкольного детства дома. Даже если такая возможность имеется, то отсутствие межличностного общения со сверстниками и другими взрослыми может поставить под сомнение школьные достижения ребенка, поскольку личностная готовность является неотъемлемой частью общей психологической готовности будущего первоклассника. Поэтому родители «домашнего» ребенка должны обеспечить ему возможность развития коммуникативных навыков в условиях группы кратковременного пребывания на базе ДООУ или во время посещения различных секций, кружков и т.п. Кроме этого, неплохо было бы организовать занятия для родителей будущих первоклассников, во время которых специалисты познакомят родителей с особенностями детей младшего школьного возраста, расскажут о системе требований, предъявляемых в школе, дадут практические рекомендации по подготовке ребенка к усвоению специальных навыков обучения: письму, чтению, счету. Такие занятия можно организовать как на базе школы, так и на базе детского сада. Важно, чтобы такой своего рода «ликбез» для родителей был проведен осенью, за год до поступления в школу ребенка.

Успешность обучения во многом зависит от качества подготовки ребенка в дошкольном периоде детства. В школе у ребенка появится первый опыт неудач, поэтому высокий уровень его готовности к школьному обучению позволит ему чувствовать себя уверенно и даст возможность стать конкурентоспособной личностью уже на начальном этапе образования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Преимущество в работе детского сада и начальной школы (Научно-методические и нормативно-правовые материалы) /Под общей ред. Г.К. Широковой. - М.: Ансел - М, 1998. - 96 с.
2. Работа психолога в начальной школе /М.Р. Битянова, Т.В. Азарова, Е.И. Афанасьева и др. - М.: Совершенство, 1998. - 352 с.

В. В. Давыдова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Центр образования № 1678 «Восточное Дегунино». Москва.

Не секрет, что растет количество учащихся, с трудом усваивающих федеральный стандарт образования. Особенно это заметно при переходе в среднюю школу, где возрастает учебная нагрузка, увеличивается количество предметов и число учителей-предметников. Поэтому важно выявить условия, способствующие достижению учащимися успешного результата.

С этой целью в Центре образования № 1678 «Восточное Дегунино» мы проводим психологическое тестирование учащихся в конце 4 класса или начале 5 класса – по методике ТУРМШ (авторы: дпн Е.М. Борисова и кпн В.П. Арсланьян) и учащихся 5-7 классов по методике ГИТ (тест адаптирован сотрудниками психологического института РАО).

Достоинством этих методик является то, что они составлены на основе школьных программ и учебников и позволяют не только выявить усвоенный и не усвоенный материал по учебным предметам, но и определить особенности умственного развития учащихся. При этом мы можем сравнить уровень развития учащихся не только в целом, но и по отдельным субтестам, т.е. увидеть своеобразие умственного развития учащихся.

Опыт применения в школьной практике этих методик в течение 7 лет показал нам диагностическую ценность психологического тестирования в условиях дифференцированного обучения (у нас в школе обучение ведется в обычных классах, классах КРО и гимназических классах).

Анализ тестирования учащихся 3-х, 4-х, 5-х классов по ТУРМШ позволил выявить картину актуального умственного развития учащихся в сравнении с социально-психологическим нормативом. При этом все учащиеся делятся на 5 уровней интеллектуального развития (от высокого до очень низкого). Мы выявили более высокую верхнюю границу в уровнях умственного развития у учащихся 4-х и 5-х классов по сравнению с 3-м классом в целом. У учащихся 3-х классов ниже уровень общей осведомленности, классификации и обобщения, хотя и в 4-х и 5-х классах есть учащиеся с плохими показателями по этим субтестам. Анализ уровня интеллектуального развития учащихся позволяет выявить определенную степень развитости умственных операций как по группам, так и для каждого ученика. Особое внимание приходится уделять учащимся двух нижних уровней умственного развития из групп КРО, т.к. у них «западают» уровни осведомленности, обобщения, классификации, логического мышления. Это связано с тем, что в группы КРО входят дети соматически ослабленные, с синдромом дефицита внимания, социально и педагогически запущенные.

Анализ показал у них преобладание невербального, наглядно-образного мышления над средним уровнем вербального развития учащихся класса. Затруднения, которые испытывают учащиеся классов КРО при выполнении заданий, проявляются в медленном темпе выполнения заданий, использовании малопродуктивных способов работы вследствие недостаточной сформированности определенных психологических механизмов. Качественный анализ ответов учащихся по субтестам позволяет проводить коррекционно-развивающую работу целенаправленно, уделяя больше внимания формированию тех мыслительных операций, которые не сложились на данный момент.

В. В. Давыдова, З. А. Зимелева

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАЩИХСЯ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБУЧЕНИИ В ВЕЧЕРНЕЙ СМЕННОЙ ШКОЛЕ

ВСШ № 130, ПМСЦ САО. Москва.

Проблема «трудных» учащихся остается актуальной и в наше время, когда для молодежи расширилось поле поступления информации через СМИ, но в то же время сузился круг социально доступных рабочих мест, затруднено трудоустройство, молодые люди не просматривают своего будущего. Отсюда среди них усилились нигилизм, агрессивность, вызывающее поведение по отношению к взрослым (родителям, учителям). Растет число нигде не учащейся молодежи школьного возраста. Темп роста правонарушений среди молодежи превышает темп роста в других возрастных группах.

Отсюда особое значение имеет создание психологически благоприятных условий обучения для

таких подростков: это и создание классов выравнивания и коррекционно-развивающего обучения, и система надомного обучения, и экстернатная форма получения образования, и вечерние школы для работающей молодежи.

Демократическая реформа в области образования позволила обеспечить в г. Москве переход к дифференцированному обучению, вариативным учебным программам, а развитие системы коррекционно-развивающего обучения стало приоритетным направлением в реализации программы «Столичное образование».

Особое значение имеет создание психологически благоприятных условий обучения подростков в вечерних сменных школах, где основным контингентом являются социально дизадаптированные подростки с трудностями в освоении общеобразовательных программ, несформированностью произвольных форм деятельности, социально и педагогически запущенные. В работе с ними требуются дополнительные психологические и педагогические приемы и методы изучения личности подростков для оказания им психолого-педагогической поддержки, в чем большинство из них нуждается, и помощи в осознании и развитии необходимых для самостоятельной жизни ценностных ориентаций, умений и навыков.

При приеме учащихся в ВСШ № 130 мы проводим психологическое тестирование общих способностей учащихся, чтобы определить уровень подготовки и усвоения материала по русскому языку, математике, гуманитарным дисциплинам (методом экспресс-диагностики по КОТ). Результаты обрабатываются и докладываются на психолого-медико-педагогической комиссии, где обязательно происходит знакомство с родителями будущих учеников нашей школы – подростков 13-15 лет, которые не смогли адаптироваться к условиям обычной общеобразовательной школы. На комиссии мы беседуем с представителями школ, откуда переходят учиться к нам подростки, и с родителями, выясняя особенности семейной ситуации.

Анализируя результаты психологической диагностики по КОТ, мы видим, что в основном к нам приходят дети, слабо подготовленные и плохо усвоившие программный материал, - 90% учащихся не смогли достичь нормы ответов на вопросы (для учащихся 6 класса).

Поэтому в дальнейшем мы пытаемся найти причину плохого усвоения учебного материала, исследуя память (у основной массы учащихся в пределах нормы кратковременная слуховая и зрительная, и смысловая память) и внимание. Концентрацию внимания мы исследуем с помощью матриц Равена, которые, к тому же, позволяют определить уровень невербального мышления (у учащихся 9-х классов почти пятая часть имеет низкий уровень и столько же - близкий к низкому).

Все это является основанием для внедрения более адаптивных приемов подачи учебного материала, опираясь на наглядность и связи с жизнью (особенно на примере таких предметов, как ОБЖ, москвоведение, история, география, граждановедение и литература) и проведения факультативных занятий по курсу «Познай себя» (психология самопознания).

Особое внимание мы уделяем изучению личностных особенностей учащихся: психологических особенностей (темперамент – по Айзенку, акцентуации характера – по Леонгарду-Шмишеку), а также потребностно-мотивационной сферы (интересы, склонности, установки). Мы знакомим учащихся с результатами исследований и рекомендациями по изменению некоторых негативных качеств, т.к. в основном в нашей вечерней школе преобладают учащиеся с холерическим темпераментом, очень импульсивные, с неустойчивой нервной системой.

Анкетный опрос учащихся по самооценке интересов (по Моткову) и анализ ответов учащихся на вопросы анкеты «Моя уличная компания» выявили, что основным содержанием досуга у нашей молодежи являются развлечения, общение, ничегонеделание, в основном прогулки по улице в компании сверстников, большинство из которых курит, значительная часть употребляет спиртные напитки и некоторая часть курит «травку». Конечно, важнейшим психологическим условием личностного развития подростков необходимо считать общение подростков со сверстниками и взрослыми, т.к. неудачи в общении ведут к внутреннему дискомфорту, компенсировать который не могут никакие объективные высокие показатели в других сферах жизни и деятельности. Поэтому в работе с этими подростками приходится учитывать их микросоциальное окружение и уделять внимание развитию их эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер.

В этом учебном году работа с учащимися 9-х классов КРО ВСШ № 130 велась также и по программе «Диагностика и коррекция агрессивного поведения подростков». Она осуществлялась сотрудниками центра «Психологической поддержки развития личности детей и подростков» САО и педагогом-психологом школы.

Результаты психологического исследования, проведенного в рамках вышеуказанной программы, по методике Басса-Дарки и методике «Несуществующее животное» подтверждают и дополняют данные первичной диагностики и наблюдения педагогов. Анализ и сопоставление результатов этих методик показал, что подросткам свойственны различные проявления агрессивного поведения, но чаще всего они носят защитный характер.

Для подростков, обследуемых нами, характерно проявление агрессивности, которая сопровождается высоким уровнем тревоги. Причем, подростковая агрессивность различается как по направленности – на окружающих или на себя (аутоагрессия), так и по форме (физическая, вербальная, косвенная и т.д.). Для обследуемых нами подростков характерен следующий комплекс личностных черт: вербальная, физическая агрессия сочетается с усиленной защитой, в основном по отношению к вышестоящим лицам, и сопровождается высоким уровнем тревожности, которую, как правило, не замечают педагоги и родители на фоне агрессии и защиты. Поводом для агрессивности служат почти всегда внешние обстоятельства: семейное неблагополучие, лишение чего-то желаемого, разница между желаемым и возможным. Также у наших ребят наблюдается заниженная самооценка по отношению к широким социальным контактам. У подростков возникают проблемы с формированием устойчивой мотивации достижения успеха и волевых качеств.

Для выявления причин, влияющих на характер и поведение подростков, и стиля семейного воспитания нами проведены родительские собрания, на которых мы ознакомили родителей с возрастными психологическими особенностями детей и провели опрос родителей по методике Эйдемиллера. Анализ результатов опроса показал, что для стилей семейного воспитания наших подростков характерны: гиперопека (у 50% опрошенных родителей), недооценка мужских качеств у отца семейства и в образе мужчины вообще (64%), а также недостаточная требовательность и недостаточность санкций, применяемых к ребенку (41% и 36% соответственно). Более трети опрошенных родителей чувствуют свою некомпетентность как воспитатели, ощущают неуверенность в воздействии на ребенка, пытаются компенсировать это чрезмерным удовлетворением материальных потребностей ребенка. Другими словами, это семьи, в которых родители уделяют ребенку внимание и, тем не менее, воспитание не является продуктивным.

Одним из последствий такого воспитания и является агрессивное поведение подростков, которое считается одной из форм отклоняющегося поведения. Агрессивное поведение подростков не способствует конструктивному разрешению конфликтов. Обследованные учащиеся не владеют навыками осознания своих внутренних состояний и навыками адекватного выражения эмоциональных состояний в межличностном общении.

Коррекционная педагогическая работа в этом направлении представляется не только возможной, но даже необходимой. С этой целью мы проводим групповые коррекционно-развивающие занятия – тренинги общения, в программу которых включены игры и упражнения на групповую сплоченность, развитие доверия в группе и навыков конструктивного взаимодействия с людьми в различных ситуациях. Уделяется внимание и развитию рефлексии, определению детьми своих чувств, эмоций, сильных и слабых сторон личности и принятию себя «таким, какой я есть».

На второе полугодие нами запланировано, помимо тренингов общения, проведение тренингов целеполагания и первичной профориентационной диагностики, (наши учащиеся получают допрофессиональную подготовку по нескольким профилям в школе № 748), поскольку в старшем подростковом возрасте следует наибольшее внимание уделить проблемам нахождения учащимися своего места в жизни, осознания своего призвания, обретения способности видеть смысл жизни, временным перспективам и эмоциональным привязанностям.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ, ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ

Академия управления при Президенте Республики Беларусь, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Городская клиническая больница № 6 г. Минска.

В последние годы в связи с достижениями в области биохимических, молекулярно-генетических, нейроморфологических и эпидемиологических исследований заметно оживился интерес к изучению эндогенных психозов и соответственно шизофрении. Создание нейropsихиатрических центров позволило перенести акцент с исследований в области клиники заболевания в область изучения биологических основ данных заболеваний (18).

Основные усилия в области изучения этиологии шизофрении с 1980-х годов осуществлялись в области генетических исследований целью выявления локуса, ответственного за наследование шизофрении (15, 29, 39). К 1990-м годам стало ясно, что этиология шизофрении определяется не только генетическими механизмами наследования, природа которых до настоящего времени остается неясной (6). Тем не менее, ведется активный поиск предполагаемого «главного» гена преимущественно с использованием анализа сцепления. Это, в свою очередь, потребовало проведения исследования в больших родословных с множественными случаями болезни в анамнезе, что позволило установить следующие общепринятые соответствия в наследовании шизофрении (18):

- конкордантность в парах монозиготных близнецов колеблется от 39- 46% до 52%;
- конкордантность в парах дизиготных близнецов достигает 4-11%;
- риск для потомков 2-х больных шизофренией родителей составляет 34-43%;
- риск для потомков одного больного шизофренией родителя или родственника первой степени родства составляет 4-12% (10%);
- в случае наличия больного родственника второй степени родства риск заболевания составляет 3,2%;
- при наличии больного родственника третьей степени родства степень риска не превышает 1,8%.

Однако обнадеживающие результаты не были получены, и в связи с этим последние годы шире применяются другие методы исследования, относящиеся к категории непараметрических методов: анализ ассоциаций и метод sibсовых пар (1, 2, 5). Анализ ассоциаций базируется на представлении, что в случае мультифакторного или полигенного наследования любой выделенный ген будет вносить небольшой вклад в общую подверженность заболеванию, а существование аллельных вариаций этих генов позволит выявить их среди генов-кандидатов, предположительно ответственных за заболевание, при исследовании у заболевших шизофренией и здоровых индивидов (2, 5). Поэтому с помощью анализа ассоциаций возможна лишь идентификация соответствующего локуса, наличие которого является ни необходимым, ни достаточным для возникновения заболевания, а только указывает на возрастающий риск его проявления. Однако это может иметь определенную диагностическую ценность.

В настоящее время генетиками активно дискутируется вопрос о прогностических возможностях генетического консультирования членов семей с высоким риском заболевания (2). Основная трудность применения молекулярно-генетических тестов будет заключаться не столько в диагностической методике, сколько в интерпретации полученных результатов. Шизофрения, а в еще большей степени аффективные психозы, обусловлены как мутациями в нескольких генах, так и результатом их взаимодействия. Вследствие этого данные ДНК-диагностики не всегда могут быть интерпретированы однозначно, особенно в случае получения отрицательных результатов, так как всегда остается возможность существования неизвестной ранее мутации. Поэтому результаты могут только указывать на степень риска для носителя выявленных мутаций.

В.А. Орлова с соавт. (38) провели многомерный генетический анализ, исследовав 152 семьи, в которых один из родителей болен шизофренией. Изучались психологические, нейрофизиологические параметры и результаты компьютерной томографии мозга. Для прогнозирования возможности развития шизофрении у детей из семей высокого риска использовался метод множественной регрессии. Корреляция эмпирической и теоретически ожидаемой форм течения заболевания по данным авторов составила 0,75.

К. Leonhard (37) указывал, что внешние события создают предрасположение к психозу, действуя лишь в детстве и отрочестве на незрелую, развивающуюся психику. L.E. DeLisi предполагает (19), что возраст начала шизофрении как патологического процесса детерминирован. Проанализировав резуль-

таты исследований многих авторов с целью выявления критического возрастного периода на момент манифестации болезни, он указывает, что в случаях ранней манифестации у заболевших часто присутствует морфологическая незрелость мозга. Это подтверждается методами нейровизуализации, доказывающими увеличение размера левого бокового желудочка мозга, что клинически проявляется нарушением речевого развития и снижением познавательных процессов. Обсуждается вопрос о влиянии гормона роста на манифестацию шизофрении у лиц мужского пола в подростковом и раннем юношеском возрасте. Это подтверждается тем, что основной пик манифестаций наблюдается в возрасте от 15 до 21 года у мужчин и на 5 лет позже у женщин, что объясняется протекторным влиянием эстрогенов.

Болезнь, начинающаяся в раннем возрастном периоде, чаще склонна к хроническому течению по типу непрерывной формы (19, 40) в связи с большим влиянием генетически обусловленных факторов. В то же время при позднем начале болезни нарушение общего развития мозга присутствует в меньшей степени. Это обеспечивает лучшие условия для восстановления психической деятельности после приступов психоза. Ряд зарубежных специалистов (19, 26) выделяют также «время приступа» («time of onset») - пространственно-временную структуру, в которой возможно выявление ряда факторов, оказывающих влияние и на «запуск болезни».

Еще в 1978 г. А.В. Снежневским и М.Е. Вартаняном (7) было исследовано влияние экзогенных факторов, непосредственно предшествовавших началу психического заболевания в популяции административного района г. Москвы с населением 502 тыс. человек, в котором было выявлено 1422 больных шизофренией. Результаты показали, что при периодической форме болезни первый приступ в 18% случаев сопровождался воздействием экзогенных факторов, при других формах болезни влияние последних оказалось незначительным. Среди экзогенных факторов были проанализированы следующие: психические и физические травмы, инфекционные болезни, беременность и роды. При последующих приступах частота воздействия этих факторов становится меньше - только 6% случаев, то есть эндогенные («автоматические») механизмы болезни приобретают все увеличивающееся значение. Исследователями указано на одну общую особенность для всех серий исследований животных и человека: стресс вызывает появление антител к ткани мозга только у определенного процента обследуемых индивидуумов. Это позволило высказать предположение о важной роли повышенной чувствительности лимфоидной ткани и «хрупкости» структур мозга как выражения генетического предрасположения к возникновению аутоиммунных процессов.

Исследование в популяции высокого риска проведенное О.М. Захаренко с соавт. (3) установило достоверное накопление «антимозговых антител» и аутоантител к фактору роста нервов, особенно у матерей психически больных, что также подтверждает важную роль генетических факторов. Уровень аутоантител (ААТ) к фактору роста нервов (ФРН) определяли в сыворотке крови детей 4 групп: 1-больные шизофренией; 2- дети из семей, в которых болен один из родителей; 3 – с резидуально-органическими поражениями ЦНС; 4 - контрольная. Этот же показатель определялся у матерей детей указанных групп. Достоверно повышенный титр ААТ к ФРН обнаружен в крови детей групп 1 и 2, а также их матерей по сравнению с группами 3 и 4. Среди матерей детей групп 1 и 2 были женщины с различными эндогенными психическими расстройствами, расстройствами личности, а также психически здоровые женщины. Повышение уровня аутоантител к ФРН выявлено у всех женщин групп 1 и 2 независимо от их психического статуса, в том числе и у психически здоровых женщин. Полученные результаты позволили авторам высказать предположение, что повышенный уровень ААТ к ФРН может рассматриваться как фактор риска развития психической патологии.

В то же время разложение фенотипической дисперсии подверженности к заболеванию, проведенное путем изучения пар близнецов (11), показало, что вклад средовых факторов достигает 48%. Аналогичные данные о вкладе генетических факторов, который составляет $45 \pm 11\%$ были получены В.И. Трубниковым с соавт. (9) путем многомерного генетического анализа данных комплексного изучения предрасположенности к шизофрении.

Выявление новых факторов средового влияния, способствующих проявлению шизофрении, в настоящее время является актуальной задачей, так как установлено, что пусковые (триггерные) механизмы могут быть решающими для возникновения заболевания на фоне генетической предрасположенности, особенно в случаях «несемейной» («спорадической») шизофрении (11). Их идентификация, и установление механизмов взаимодействия с патологическим генотипом, предрасполагающим к развитию психоза, может оказаться реальной основой для разработки профилактических мероприятий по предупреждению болезни (8). Даже если вклад средовых влияний (34) не превышает 10%, то нелинейное взаимодействие их с другими факторами является весьма весомым.

По мнению S.A. Mednik с соавт. (35), ряд фенотипических выражений шизофренического процесса обусловлен взаимодействием генетических и перинатальных факторов. Установлено, что шизофрения с выраженной негативной симптоматикой чаще развивается у больных с повышенным генетическим риском и тяжелыми перинатальными осложнениями. Одной из важнейших групп факторов, оказывающих влияние на развитие мозга в процессе миграции и дифференциации нервных клеток, является патология перинатального и раннего постнатального периода (13). Исследователями давно указывалось на высокий уровень выкидышей и мертворождений у женщин, болеющих шизофренией (44).

Рассмотрим результаты работ, выполненных с применением указанных подходов.

Исходя из сформированного K. Leonhard (31) подразделения шизофрении на «системную» и «несистемную» - периодическую, которая в свою очередь подразделена на три группы: периодическую кататонию, парафрению и катафазию, H. Beckmann и E. Franzek (14) в ФРГ исследовали выборку из 1300 женщин. 507 из них болели шизофренией и имели родословные с достоверно более высокой частотой психозов в семьях в сравнении с общей популяцией. Анализировалась частота рождений потомков этими женщинами в различные сезоны года. У женщин, больных парафренией, отмечена относительно более высокая частота рождений с февраля по май месяц, что объяснено превалированием при этой форме негативной симптоматики. Снижение рождаемости у женщин с другими формами шизофрении связывается с возрастанием у них выкидышей и мертворождений в связи с нежизнеспособностью плода.

A. Foester и S.W. Lewis с соавт. (23) предприняли исследование исходя из данных других авторов (10,32), что от 25 до 50% лиц, заболевших впоследствии шизофренией, имели отклонения в психическом здоровье в детстве. Этот показатель оценен ими относительно ранней манифестации болезни в случаях с превалированием негативной симптоматики в клинической картине и наличия морфологических изменений в мозге - расширения боковых желудочков. Анализ истории родов таких больных выявил у них высокий процент родовых осложнений ($p=0,04$), (при этом у мужчин в большей степени, чем у женщин), а также низкий вес при рождении - менее 2500 г ($p=0,02$) - в сравнении с контрольной группой лиц, не страдавших шизофренией. Этот факт расценен как свидетельство «раннего церебрального инсульта». Такого характера повреждение играет важную роль в нарушении развития мозга, создавая предпосылки для развития шизофрении. В преморбидном периоде у таких пациентов выявлено значительно больше случаев шизоидных и шизотипических личностных черт. Из других важных факторов риска ими указывается на наличие у обследованных факта заболевания шизофренией хотя бы одного из родителей, что одновременно коррелирует со снижением социальной адаптации в детстве ($p=0,07$). Это позволило авторам высказать предположение о взаимосвязи между двумя классами факторов: генетической предрасположенностью к развитию шизофрении и морфологическим повреждением мозга в перинатальном периоде.

E. Cantor-Graae с соавт. (17) исследовали связь между наличием перинатальных осложнений и последующим заболеванием шизофренией. Было установлено, что число таких осложнений значительно выше у лиц, родившихся в период с января по март месяц и не имеющих семейной отягощенности психозами среди родственников I и II степени родства и шизоидным расстройством личности в первой степени родства. По данным исследователей, наличие перинатальных осложнений увеличивает риск последующего развития шизофрении у мужчин на 30% в случаях «спорадических» форм заболевания и на 10% в случаях «семейной» шизофрении. В качестве таких осложнений рассматриваются гипоксия плода - как внутриутробная, так и в период родов, различные формы позднего токсикоза беременных, осложненные и преждевременные роды. Ряд перинатальных факторов, не являясь специфически причинными для развития шизофренического процесса, может, однако, во взаимодействии с наследственным предрасположением влиять на возраст манифестации, тип и степень прогрессивности процесса (4).

Проблема взаимодействия перинатальных и генетических факторов тесно связана с проблемой «сезонности рождения» больных шизофренией. О значении сезона рождения для последующего риска заболевания шизофренией свидетельствует исследование R.E. Kendell и W.Adams в Шотландии (28), которое проводилось на протяжении 29 лет. За этот период был изучен анамнез 23 тысяч больных шизофренией и установлено, что риск заболевания был неизменно выше для лиц, рожденных с февраля по май месяц. В связи с выявленными данными авторы предполагают связь эпидемий гриппа в определенные годы с риском заболевания шизофренией среди лиц, рожденных в этот период, в сравнении с контрольной группой.

Влияние «эффекта сезона рождения» для случаев шизофрении в семьях со «спорадической» ши-

зофрений подтверждает исследование Е. O'Callaghan с соавт. в Ирландии (36), в котором проанализирован катамнез 560 пациентов. Более детальное исследование было предпринято им с соавт. (37) в Англии и Уэльсе с целью исследования повреждающего воздействия вирусной инфекции в период эпидемий гриппа. Изучено также влияние 15 других инфекционных заболеваний на особенности течения пренатального периода. Авторы проанализировали данные о смертности среди населения от этих заболеваний и катамнез больных шизофренией, родившихся 4-6 месяцев спустя после эпидемий гриппа с 1937 по 1965 гг. Установлено повышение частоты рождения лиц, впоследствии заболевших шизофренией, в периоды роста смертности от бронхопневмонии. Взаимосвязи с другими 15 инфекционными болезнями не выявлено. Исследование, проведенное L. Erlennmeyer-Kimling с соавт. (22), также подтвердило отсутствие непосредственного влияния эпидемии гриппа типа А 2 в 1957 г. в Хорватии на увеличение частоты рождения больных шизофренией.

М.О. Huttunen с группой исследователей (27) изучили такие средовые факторы риска, как сезон рождения, инфекционные заболевания (в особенности респираторные инфекции в сочетании с гриппом) и вспышки краснухи в весенний период, а также другие заболевания, перенесенные матерью в период беременности, характер питания матери в этот период, температуру окружающей среды, ее загрязнение токсическими продуктами и их взаимодействие с генетическими характеристиками. Они установили, что влияние этих факторов во 2-й половине беременности, особенно с 4 по 6 месяцы значительно определяет подверженность заболеванию шизофренией для лиц, рожденных в зимне-весенний период.

Наряду с вышеуказанным, нельзя не учитывать значительного влияния социальных факторов на развитие заболевания. В качестве предикторов шизофрении установлены нарушения семейных отношений и коммуникативных функций. R.H. Dworkin с соавт. (20) исследовали уровень социального функционирования детей, родители которых страдали как шизофренией, так и аффективными расстройствами, и сравнили полученные данные с контрольной группой. Для оценки уровня социальной адаптации использовались три основных параметра: гармоничные отношения со сверстниками, адаптация в школе и наличие увлечений («хобби»). Источником полученных сведений явились как обследуемые дети, так и их родители, в связи с тем что совпадение ответов не превышало 25%. (Этот факт интересен для клинической практики.) Результаты показали, что в детском возрасте не было выявлено существенной разницы между тремя группами. Однако в юношеском периоде обнаружено значительное снижение уровня социальной адаптации у детей, родители которых страдали шизофренией, особенно в случаях с превалированием негативной симптоматики в клинической картине их болезни, в сравнении с детьми из семей с аффективными расстройствами и с контрольной группой детей, имевших здоровых родителей. В наибольшей степени были выражены низкий уровень коммуникации и социальная изоляция, а также утрата «хобби». Остается открытым вопрос, является это результатом генетических факторов, нарушения процессов развития мозга или дисфункции информационных процессов.

B. Shissel (42) в США провел анализ факторов, определяющих степень устойчивости психического здоровья у трех групп пациентов, родители которых страдали алкоголизмом, шизофренией и депрессией. Известно, что социально-психологическая адаптация включает такие параметры, как особенности личности, семейное окружение и «внешние поддерживающие системы». Последние две составляющие изучены и освещены (41, 45) как переменные величины наиболее важных воздействий, оказывающих травмирующее воздействие на психику на протяжении жизни. Среди них выявлены в качестве наиболее значимых: потеря родителей в возрасте до 15 лет, уровень приобретенного образования и профессиональная деятельность, степень социальной поддержки и наличие патологии психики у родителей. Устойчивость психологической адаптации и способность индивидуума преодолеть проблемы, связанные со стрессорным воздействием, расцениваются как важнейший фактор сохранения и восстановления психического здоровья (16, 33). Эти психологические характеристики личности в ситуациях, критических для состояния психического здоровья, могут оказаться более значимыми, чем последующие лечебные мероприятия. Проведенное исследование показало высоко позитивную роль хорошего образования, приобретенного до болезни. Этот факт оказался более значимым для женщин, чем для мужчин, заболевших шизофренией, в связи с сильным буферным эффектом как на возможность развития депрессивной симптоматики в процессе болезни, так и на степень разрушительного воздействия приступов психоза. Эмансипация женщины (понимаемая как ее социально-экономическая независимость, автономия) в форме устойчивой профессиональной деятельности на фоне хорошего образования, оказалась сильным защитным фактором в процессе течения болезни. Изучение роли психических травм в детско-юношеском возрасте подтвердило разрушительное действие на психику по-

следствий потери родителей в возрасте до 15 лет, что особенно сказалось на степени развития депрессии в процессе болезни в будущем. Однако мужчины оказались более устойчивыми к воздействию вышеуказанных стрессорных факторов. Также установлено, что медико-психиатрическая помощь больным шизофренией предотвращает или смягчает выраженность депрессивной симптоматики и снижает суицидальный риск.

Значительное влияние на риск развития и особенности течения шизофрении, по мнению ряда исследователей, также оказывает комплекс социальных и климато-географических факторов. Исследование S. Gupta (24) в области эпидемиологии и социальной психологии среди групп иммигрантов показало отрицательное влияние на психическое здоровье, как самого факта иммиграции, так и перемены климато-географических условий проживания. Аналогично росту заболеваемости такой аутоиммунной патологией как сахарный диабет и рассеянный склероз среди лиц, переселившихся из зоны экватора в северные широты, наблюдается также и рост шизофрении. В частности, увеличение распространенности шизофрении выявлено среди иммигрантов из Вест-Индии в Англию в сравнении с заболеваемостью среди местного населения. В качестве причинных факторов рассматриваются вирусные влияния и другие факторы окружающей среды, которые, взаимодействуя с иммунной системой, с учетом конституциональных особенностей, повышают ее уязвимость.

С целью выяснения влияния климато-географических факторов на степень распространенности шизофрении в мире S. Gupta и R.M. Murray (25) провели сравнительный анализ заболеваемости в девяти странах, расположенных в Индокитае и северных широтах Европы, в течение 2-х летнего периода. Диагностика шизофрении проводилась с использованием стандартизированной диагностической системы «CATEGO» (47). Результаты оценивались по исходам болезни, которые оказались лучшими в развивающихся странах, включая большее число выздоровлений, чем в индустриально развитых странах. Это объясняется как влиянием климатических факторов, так и большей частотой атипичных психозов, заканчивающихся лучшим исходом. Учитывались такие параметры, как широта местности по степени удаленности от экватора, продолжительность солнечного сияния, среднедневная температура, высота над уровнем моря и облачность. Установлено, что наиболее высокая заболеваемость шизофренией с тяжелым течением болезни наблюдается среди населения проживающего в районах высоких широт (по степени удаленности от экватора) и на большей высоте над уровнем моря. Это коррелирует со значительными колебаниями в этих местностях среднедневной температуры.

J.M. Eagles (21) проанализировал факторы, обуславливающие заболевание шизофренией в группах иммигрантов, проживающих в Великобритании, с позиций психосоциальных теорий, а также влияния вирусных и других инфекционных агентов, перинатальных осложнений и генетических мутаций. Исследователь пришел к выводу, что рост заболеваемости шизофренией наблюдается во втором поколении иммигрантов в сравнении с лицами, родившимися на исторической родине или уехавшими оттуда в детстве. В качестве важных влияний рассматриваются возраст, пол, социально-экономический уровень семьи и образовательный статус.

Исследуя влияние иммиграции на психическое здоровье, C.P. Wijesinghe и D.S. Clancy (46) провели анализ среди больных шизофренией, наблюдаемых в амбулаторных условиях и проживающих в Восточном районе Мельбурна (Австралия), за 25-летний период наблюдений. Анкеты заполнялись всеми пациентами, посетившими диспансер, в течение трехмесячного периода. Выявлено, что среди переселенцев в Австралию заболеваемость шизофренией значительно ниже в сравнении с местным населением и болезнь начинается в более позднем периоде. У женщин признаки болезни выявлялись на 5-й год, а у мужчин на 10-й год проживания в Австралии.

Изучение взаимоотношения наследственных и средовых факторов в этиологии шизофрении следует признать одним из перспективных подходов к решению этой актуальной проблемы современной психиатрии. Другим перспективным направлением является исследование роли средовых факторов в зависимости от различий в степени генетического риска, что повысит эффективность профилактики психических расстройств и создаст возможность выявления факторов, способствующих сохранению психического здоровья (8).

Для доказательства возможности построения математической модели прогнозирования манифестации и дальнейшего развития шизофрении G.B. Schmid (43) применил концепцию хаос-теории (12) - новой системы миропонимания, известной под названием «синергетика». Шизофрения рассматривается в рамках данной теории как «хаос бессознательного» и описывается как «открытая, сложная, динамическая и нелинейная структура». Исходя из этого, в качестве факторов влияния предлагается использовать уже известные социологические, психологические и биологические синдромы в структуре

болезни, а также прогнозируется возможность выявления новых. Автором выдвигается гипотеза о построении доказательной модели прогнозирования шизофрении на основании не более чем четырех факторов. Создание такой модели может стать частью разработки «структурной» теории шизофрении.

Резюме

В данной обзорной статье освещены результаты отдельных исследований, посвященных перспективному направлению в изучении этиологии шизофрении - исследованию роли средовых факторов в зависимости от различий в степени генетического риска. Это создает возможность выявления факторов, способствующих сохранению психического здоровья. Наблюдаемое в последние годы развитие популяционных, близнецовых, семейных и особенно молекулярно-генетических исследований генетики человека обнадеживает в плане выявления биологических механизмов, лежащих в основе шизофрении, что, в свою очередь, способствует определению значимости средовых влияний в патогенезе заболевания. Многообразие и многоплановость исследований в области этиологии и патогенеза определяется доминированием взглядов на шизофрению как на мультифакториальное заболевание. Среди современных теорий в настоящее время на первый план выдвинута теория нарушения развития мозга - neurodevelopmental theory - т.е. теория мозгового дизонтогенеза. Сущность ее в том, что патология мозга, определяющая возникновение шизофрении, формируется в пренатальном периоде под влиянием комплекса патогенных факторов (генетических, токсических, вирусных и др.). Важным положением теории дизонтогенеза является предположение о том, что отклонение в развитии мозга на клеточном и субклеточном уровнях лежит в основе риска развития шизофрении, а развитие клинической симптоматики манифестации болезни происходит под влиянием стрессовых факторов, вызывающих декомпенсацию функций соответствующих структур. Выявление таких факторов и механизмов их взаимодействия с патологическим генотипом предполагает возможность построения математических моделей с целью прогнозирования как степени риска, так и временного периода для возможного развития психоза у данного индивидуума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голимбет В.Е., Трубников В.И., Орлова В.А. и др. Формирование коллекции ДНК больных эндогенными психозами и перспективы ее использования в молекулярно-генетических исследованиях в психиатрии // Журн. неврол. и психиатр. -1995. - Т. 95, № 2. - С. 46- 49.
2. Голимбет В.У., Трубников В.И. Молекулярно-генетическое тестирование при эндогенных психозах: перспективы использования с точки зрения медицинской этики // Журн. неврол. и психиатр. -1997. - Т. 97, № 10. – С. 74-75.
3. Захаренко О.М., Ключник Т.П., Козлова И.А. и др. Аутоантитела к фактору роста нервов в сыворотке крови матерей больных шизофренией детей и детей из группы высокого риска // Журн. неврол. и психиатр. - 1999. - Т. 99, № 3. -С. 44-46.
4. Козлова И.А., Трубников В.И., Пятницкая Л.Н. и др. Соотношение эндогенных и экзогенных факторов в формировании детской шизофрении // Журн. невропат. и психиатр. -1987. - Т. 87, № 10. – С. 1504-07.
5. Орлова В.А., Алфимова М.В. Шестой Всемирный конгресс по психиатрической генетике // Журн. неврол. и психиатр. - 1999. - Т. 99, № 4. - С. 70.
6. Орлова В.А., Демикова Н.С., Озерова Н.И. и др. Модели наследования и развития шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия -1993. - Т. 3, № 2. - С. 113 -127.
7. Снежневский А.В., Вартанян М.Е. Влияние внешних стрессовых факторов при эндогенных психозах // Журн. неврол. и психиатр. - 1998. - Т. 98, № 6. - С. 4-7.
8. Трошин В. Д. Теоретико-методологические основы профилактики нервных и психических болезней // Журн. неврол. и психиатр. - 2000. - Т. 100, № 2. -С. 45 -47.
9. Трубников В.И., Алфимова М.В., Уварова Л.Г. и др. Многомерный генетический анализ данных комплексного изучения предрасположенности к шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. - 1995. -Т. 95, № 2. - С. 50-56.
10. Asarnow J.R. Children at risk for schizophrenia: converging lines of evidence. // Schizophr. Bull. - 1998. - Vol.14. - P. 613 - 631.
11. Bartfai A., Nancy L., Pedersen et al. Genetic factors for the span of apprehension a test: A Study of Normal Twins // Psychiatry Research - 1991. - Vol. 38, № 2 - P. 115-124.
12. Basar E. (ed) Chaos in brain function // Springer, Berlin - 1990.
13. Beckmann H, Jakob H: Prenatal disturbances of nerve cell migration in the entorhinal region: a common vulnerability factor in functional psychoses? // J. of Neural Transmission - General Section -1991. -

Vol.84, № 1 - P. 155-64.

14. Beckmann H., Franzek E. Deficit of birthrates in winter and spring months in distinct subgroups of mainly genetically determined schizophrenia // *Psychopathol.* - 1992. - Vol. 25, № 2. - P. 57-64.

15. Botstein D., White R.L., Skolnick M. et al. Construction of a genetic linkage map in man using restriction fragment length polymorphisms // *Am. J. Hum. Genet.* - 1980. - Vol. 32. - P. 314-331.

16. Brown G.W., Harris A.T., Adier Z. et. al. Social support, self-esteem and depression // *Psychological Medicine* - 1986. - Vol. 16. - P. 813-831.

17. Cantor-Graae E., McNeil T.F., Sjostrom K. et al. Obstetric complications and their relationship to other etiological risk factors in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 1994. - Vol. 182, № 11. - P. 645-650.

18. Clominger R. C. Turning Point in the Design of Linkage Studies of Schizophrenia // *Am. J. Medical Genetics* - 1994. - Vol. 54, № 2. - P. 83-92.

19. DeLisi L.E. The significance of age of onset for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* - 1992. - Vol. 18, № 2. - P. 209-15.

20. Dworkin R.H., Lewis J.A., Cornblatt B.A. et. al. Social competence deficits in adolescents at risk for schizophrenia // *J. Nervous & Mental Disease.* - 1994. - Vol. 182, № 2. - P. 103-8.

21. Eagles J.M. The relationship between schizophrenia and immigration, are there alternatives to psychosocial hypotheses? // *Br. J. Psychiatry.* - 1991. - Vol. 159. - P. 783-9.

22. Erlenmeyer-Kimling L., Folnegovic Z., Hrabak-Zerjavic V. et. al. Schizophrenia and prenatal exposure to the 1957 a2 influenza epidemic in Croatia // *Am. J. Psychiatry* - 1994. - Vol. 151, № 10. - P. 1496-8.

23. Foerster A., Lewis S.W., Owen M.J. et al. Low birth weight and a family history of schizophrenia predict poor premorbid functioning in psychosis // *Schizophr. Research.* - 1991. - Vol. 5, № 1. - P. 13-20.

24. Gupta S. Can environmental factors explain the epidemiology of schizophrenia in immigrant groups? // *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiol.* - 1993. - Vol. 28, № 6. - P. 263-6.

25. Gupta S., Murray R.M. The relationship of environmental temperature to the incidence and outcome of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* - 1992. - Vol. 160. - P. 788-92.

26. Hafner H., Maurer K., Löffler W. et al. The Epidemiology of Early Schizophrenia: Influence of Age and Gender on Onset and Early Course // *Br. J. Psychiatry.* - 1994. - Vol. 164, Suppl. 23. - P. 29 -38.

27. Huttunen M.O., Machon R.A., Mednick S.A. Prenatal factors in the pathogenesis of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* - 1994. - Vol. 164, Suppl.23. - P. 15-19.

28. Kendell R.E., Adams W. Unexplained fluctuations in the risk for schizophrenia by month and year of birth // *Br. J. Psychiatry.* - 1991. - Vol. 158. - P. 758-63.

29. Kidd K.K. Searching for major genes for psychiatric disorders // *Ciba Found. Symp.* - 1987. - Vol. 130. - P. 184-196.

30. Leonhard K. Aufteilung der endgenen Psychosen und ihre differenzierte Aetiologie. // Berlin, Akademie. - 1986.

31. Leonhard K. The Classification of Endogenous Psychoses // New York, Irvington. - 1979.

32. Marcus J., Hans S.L., Nagler S. et al. Review of the NIMH Israeli kibbutz-city study and the Jerusalem infant development study // *Schizophr. Bull.* - 1987. - Vol. 13, № 3. - P. 425-37.

33. McFarlane A. Recent life events and psychiatric disorder in children: the interaction with preceding extreme adversity // *J. Child Psychology and Psychiatry* - 1988. - Vol. 5. - P. 65-67.

34. McGuffin P., Asherson P., Owen M. et. al. The strength of the genetic effect, is there room for an environmental influence in the etiology of schizophrenia? // *Br. J. Psychiatry* - 1994. - Vol. 164, № 5. - P. 593-9.

35. Mednick S.A., Machon R.A., Huttunen M.O. et al. Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1988. - Vol. 45. - P. 182-192.

36. O'Callaghan E., Gibson T., Colohan H.A. et. al. Season of birth in schizophrenia evidence for confinement of an excess of winter births to patients without a family history of mental disorder // *Br. J. Psychiatry.* - 1991. - Vol. 158. - P. 764-9.

37. O'Callaghan E., Sham P.C., Takei N. et. al. The relationship of schizophrenic births to 16 infectious diseases // *Br. J. Psychiatry* - 1994. - Vol. 165, № 3. - P. 353- 6.

38. Orlova V., Trubnikov V., Alfimova M. et al. Biological predictors of schizophrenia and genetic consulting // Abstracts of the 7th World Congress of Biological Psychiatry, Berlin, Germany, 2001 // *Wor. J. Biol. Psychiatry* - 2001. - Vol. 2, Suppl.1. - P. 42s.

39. Ott J. Cutting a Gordian knot in the linkage analysis of complex human traits // *Am. J. Hum. Genet.* - 1990 - Vol. 46. - P. 219-221.

40. Ruiz A., Miranda E. Relationships between age of onset and course of schizophrenia // Abstracts of

the 7th World Congress of Biological Psychiatry, Berlin, Germany, 2001 // *Wor. J. Biol. Psychiatry* - 2001. - Vol. 2, Suppl. 1. - P. 294s.

41. Rydelius, Per-Anders. Children of alcoholic fathers – a longitudinal prospective study. In *longitudinal research in alcoholism* // Boston - 1984. - Kluwer-Nijhoff Publishing.

42. Schissel B. Coping with adversity: testing the origins of resiliency in mental health // *Int. J. Social Psychiatry*. - 1993. - Vol. 39, № 1. - P. 34-46.

43. Schmid G.B. Chaos theory and schizophrenia: elementary aspects // *Psychopathol.* - 1991. - Vol. 24, № 4. - P. 185-98.

44. Sobel D. Infant mortality and malformations in children of schizophrenic women // *Psychiatr Q* – 1961 - Vol. 50. - P. 60-64.

45. Werner E. Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18 // *J. of Studies on Alcohol* - 1986. - Vol. 47. - P. 34-40.

46. Wijesinghe C.P., Clancy D.J. Schizophrenia in migrants living in the western region of Melbourne // *Australian & New Zealand J. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 25, № 3. - P. 350-7.

47. Wing J.K., Cooper J.E., & Sartorius N. The description and classification of psychiatric symptoms: on instruction manual for the PSE and CATEGO System. - 1974. - London: Cambridge University Press.

РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ НА МОНОГРАФИЮ Д. Н. ИСАЕВА «ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА», Санкт-Петербург, 2001. - 456 с.

Рецензируемая книга представляет собой учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности тифлопедагогика, сурдопедагогика, олигофренопедагогика, логопедия, специальная психология, специальная дошкольная педагогика и психология.

Автор учебника - д.м.н. профессор Дмитрий Николаевич Исаев, основные интересы которого сосредоточены в области психического недоразвития у детей и его динамики, а также соматогенных и психосоматических расстройств, психосоциального полового воспитания, внутренней картины болез-

ни у детей. Интерес представляет глава по истории развития детской психиатрии как науки с экскурсом в XVIII век. Приводятся также принципы формирования зарубежной детской психиатрии и этапы развития этой науки в России. В последующих главах изложены основные положения психопатологии детского возраста в свете классификации, первая из которых создана в 1969 г. Раттером, была частично расширена Лебовиси в 1988 г. Автор касается также американской классификации (DSM-IV, 1994 г). Международные систематики болезни совершенствуются и последний вариант МКБ-10 (1992 г) включает в себя психические расстройства, характерные для детского возраста.

Автор вводит читателя в общие физиологические основы психических расстройств у детей и показывает общие закономерности нарушений высшей нервной деятельности (ВНД), которые могут обусловить психические расстройства.

Общая психопатология занимает значительный раздел учебника, тем самым подготавливая читателя к основным разделам нозологии. Касаясь наиболее распространенной патологии в детском возрасте, автор описывает разнообразие детского аутизма, детской формы шизофрении, а также шизотипических расстройств. Эпилепсия как эндогенное заболевание характеризуется появлением полиморфных судорожных состояний. Особо подчеркиваются автором трудности при дифференциации аффективной патологии у детей. Наиболее подробно представлена пограничная психическая патология: неврозы, психосоматические расстройства. Особое место отводится психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ, способствующих формированию аддитивного поведения с переходом последнего в синдром зависимости (болезнь).

Отдельная глава посвящена расстройствам личности (психопатиям), которая частично касается этой патологии и у взрослых больных.

Заканчивает учебник глава о развитии психосексуальных отклонений у детей, представлена необходимая терминология, а также схема половой дифференциации, составленная Д. Манном, 1980 г., и дополненная новыми исследованиями. В частности, описан дошкольный возраст для понимания половозрастных особенностей психосексуального развития и сексуального поведения, а также школьный возраст (8-12 лет) и пубертатный (возраст полового созревания). В конце каждой главы учебника представлены принципы терапии психических и психосоматических расстройств и рекомендуемая терапия. Таким образом, учебник уникален по своему содержанию, охвату тем, их тщательной разработанности и четкости изложения.

Учебник Д.Н. Исаева подготовлен на базе Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка имени Рауля Валленберга.

И. А. Козлова, д.м.н.,

руководитель отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма ГУ НЦПЗ РАМН.

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова

О МЕЖДУНАРОДНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ (ПЕРВОЕ СООБЩЕНИЕ)

Научный центр психического здоровья РАМН. Москва.

Известен современный интерес к психическим отклонениям в раннем детстве, знания о которых существенно накопились за последние 25 лет. Отечественные исследования в этой области в предыдущее десятилетие обобщены в монографиях (В.М. Башина, 1999), ряде диссертационных и обзорных исследованиях (Г.В. Козловская, 1995; Н.В. Римашевская, 1990; О.В. Баженова, Г.В. Скобло, 1992), многочисленных статьях. Вместе с тем до настоящего времени имеется значительный пробел в соотнесении отечественного понимания этиопатогенеза, клиники и лечения ранней детской психопатологии с существующим в международной теории и практике. В частности, подавляющему числу российских специалистов до сих пор неизвестна изданная еще в 1994 г. и широко применяемая во всем мире Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве – *Diagnostic Classification: 0-3*. В отечественной литературе ей посвящена лишь единственная небольшая статья в малодоступном сборнике (А.С. Корнев, 1996).

Diagnostic Classification: 0-3 представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987-94 гг. в Национальном центре клинических программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных - множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии. Концептуально *Diagnostic Classification: 0-3* представляется как дополнительная к уже существующим DSM-IV и ICD-10. Вместе с тем она носит достаточно новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста в широком их понимании.

Основные цели этой классификации следующие. Во-первых, она призвана определить единые подходы к психопатологической диагностике детей в возрасте до 3 лет включительно. Во-вторых, она включает в себя возможность идентификации на современном уровне знаний ряда этиопатогенетических факторов ранней детской психопатологии. В-третьих, она позволяет определенным образом диагностировать состояния риска. И, наконец, в четвертых, она содержит конкретные рекомендации для психотерапевтического вмешательства. Соответственно задачам, *Diagnostic Classification: 0-3* строится как многоосевая классификационная система.

Для работы с классификацией предлагается следующая схема обследования: 1) регистрация отклонений и патологических симптомов, имеющих место у ребенка на данный момент; 2) сбор данных о предыдущем и настоящем развитии ребенка; 3) описание семейного функционирования и личности родителей, а также социальной характеристики семьи; 4) описание взаимоотношений ребенка и его главного воспитателя (caregiver); 5) выяснение особенностей конституции и степени зрелости ребенка путем оценки его сенсорных, аффективных, моторных, речевых и когнитивных возможностей; 6) учет анамнеза беременности и родов, генеалогических данных, стрессоров на момент обследования.

Полученная информация в дальнейшем оценивается в рамках 5-ти диагностических осей:

1. Ось основного диагноза.
2. Ось нарушений взаимоотношений.
3. Ось сопутствующих соматических, неврологических и психических расстройств, диагностируемых по другим классификациям.
4. Ось психосоциальных стрессоров.
5. Ось уровня функционального эмоционального развития.

Данное сообщение посвящено анализу первой и главной оси – оси основного диагноза.

Эта ось включает в себя 7 диагностических рубрикаций с подпунктами. 5 из них внешне повторяют диагностические рубрики и подрубрики ICD-10 и DSM-IV – это (в порядке следования в *Diagnostic Classification: 0-3*) посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства аффекта, расстройства адаптации, поведенческие нарушения, связанные с нарушениями сна, и поведенческие нарушения, связанные с приемом пищи. Две оставшиеся рубрики представляют собой новые диагностические обозначения, отсутствующие в упомянутых классификациях, – это регуляторные расстрой-

ства и нарушения связей и коммуникаций: мультисистемное нарушение развития.

Клиническая картина «обычных», ранее обозначенных в других классификациях диагностических категорий значительно и детально специфицирована с учетом возрастных проявлений. Так, например, посттравматическое стрессовое расстройство, наряду с общепринятыми признаками, включает такие «возрастные» симптомы, как «посттравматическая игра» (с подробным ее описанием и конкретными примерами), а также симптом утраты ранее приобретенных навыков физического и психосоциального развития. Диагностическая рубрика «расстройства аффекта» отличается от «взрослых» классификаций не только особенностями симптоматики, но и содержанием своих подпунктов. Сюда отнесены (в порядке следования в *Diagnostic Classification: 0-3*): тревожное расстройство младенчества и раннего детства, расстройства настроения в виде пролонгированной реакции на утрату (реакция горя) и расстройства настроения в виде депрессии младенчества и раннего детства, смешанное расстройство эмоциональной экспрессивности, нарушения половой идентичности в детстве, а также депривационное реактивное нарушение привязанности. Подчеркивается, что в диагностической рубрике «расстройства аффекта» объединены нарушения эмоционального реагирования, которые могут возникать как аутохтонно, так и в определенной ситуации или при определенных взаимоотношениях. И в том, и в другом случае для постановки диагноза необходимо, чтобы нарушения в эмоциональной сфере (страхи, тревога, снижение настроения и др.) были настолько выраженными, что это накладывало бы значительный патологический отпечаток на функционирование и других сфер: системы сна-бодрствования, приема пищи, игровой деятельности. Продолжительность такого эпизода должна быть не менее 2-х недель. Что касается особенностей симптоматики, то среди главных специфических для раннего детства эмоциональных нарушений отмечены не упоминаемые во «взрослых» классификациях такие симптомы, как безутешный плач или пронзительный крик вне соматического неблагополучия, а также страх незнакомых людей и страх отделения от caregiver вне обычного времени формирования привязанности.

Следующая отдельная диагностическая рубрика, известная и по другим классификациям, – нарушения адаптации. Этот диагноз выставляется при наличии разнообразных мягких, транзиторных, в основном, эмоционально-поведенческих расстройств продолжительностью не более 4 месяцев, которые связаны с наличием отчетливого внешнего провоцирующего фактора (выход матери на работу, изменение в уходе, соматическое заболевание и т.п.). Отечественным специалистам этот класс расстройств хорошо знаком и подробно описан как невротические реакции раннего детства. Также известны нам и другие 2 вида нарушений раннего детского возраста, обозначенные в *Diagnostic Classification: 0-3* как поведенческие отклонения, связанные со сном и приемом пищи (кстати, встречающиеся в изолированном виде весьма редко).

Пожалуй, самый большой интерес для отечественных специалистов представляет не имеющаяся в других классификациях диагностическая рубрика «регуляторные расстройства». Она объединяет обширный класс нарушений, начинающихся непосредственно после рождения и отвечающим двум главным диагностическим требованиям одновременно: 1) налицо должен быть характерный, отличающийся от нормы, тип поведения; 2) он должен сочетаться с различными симптомами нарушений физиологических процессов, сенсорики, психомоторики, внимания и эмоционального реагирования, обобщенных термином «трудности организации». С учетом первого диагностического требования выделено 4 типа «регуляторных расстройств» (о них будет сказано ниже). Что касается второго диагностического указания, в *Diagnostic Classification: 0-3* описано 16 групп симптомов, относящихся к нему. Среди них отмечены: «плохая организованность физиологического репертуара» (трудности кормления, срыгивания, икота, нарушения сна и т.п.), измененная сенсорная реактивность (слуховая, зрительная, тактильная, вкусовая, обонятельная, температурная и гравитационная гипо- и гиперчувствительность), расстройства грубой и тонкой моторики, в том числе и артикуляционные трудности, «дефициты» визуально-пространственной организации и организации внимания, недостаточность аффективной регуляции (преобладание какого-либо одного полюса настроения или его быстрая изменчивость). В зависимости от того, какие паттерны из перечисленных выше доминируют в клинической картине, формируется определенный поведенческий тип, который и предопределяет отнесение случая к тому или другому типу регуляторных расстройств. Как было упомянуто, их выделено 4 и среди первых двух отмечены свои подтипы. Первый тип – это «гиперсенситивные», а среди них – «сверхосторожные и боязливые» (дети с повышенной чувствительностью к прикосновениям, звукам, зрительным стимулам наряду с трудностями визуально-пространственной организации) и «негативные и непослушные» (при тенденции к сверхреактивности дети отличаются сниженностью слухового восприятия и медленным освоением нового опыта). Второй тип – «низкорепактивные», а среди них – «избегающие и трудно вовлекаемые» (имеются ввиду пассивные в контактах и исследовательской деятельности дети, времена-

ми с аутостимуляцией) и «эгоцентричные» (с недостатком эмпатии и коммуникативности, но с хорошим творческим воображением). Третий тип - «моторно дезорганизованные, импульсивные» (они имеют низкую реактивность с «жаждой стимулов», определяющих неустойчивость внимания, наряду с трудностями целенаправленного моторного поведения). И, наконец, четвертый тип - «другие»- диагностируется тогда, когда дети, имея симптомы «трудностей организации», в поведенческом отношении не отвечают выше выделенным типам, представляя новый или смешанный вариант.

Диагноз «регуляторные расстройства» является в настоящее время общепринятым в зарубежной ранней детской психопатологии, ему посвящена большая глава в фундаментальном современном руководстве (S.I. Greenspan, 1992), многочисленные статьи. И в *Diagnostic Classification: 0-3*, и в других источниках подчеркивается, что специалистам давно известна клиника данных состояний, а также их обусловленность биологическими факторами: конституциональными и «факторами созревания». Такие дети описывались ранее в зарубежной литературе как «повышенно чувствительные», с «трудным темпераментом», «реактивные». (Вместе с тем везде отмечалось, что «ранние паттерны ухода» могут оказывать значительное влияние на развитие этих нарушений.) Несомненным достоинством современных исследований регуляторных расстройств является выведение специфических «трудностей организации» на уровень вполне конкретных и разнообразных симптомов, что нашло свое окончательное отражение в *Diagnostic Classification: 0-3*.

Безусловно, «регуляторные расстройства» являются «узнаваемыми» и для отечественных специалистов. Частично они описаны в виде синдромов невропатии: истинной, органической и смешанной (В.В. Ковалев, 1985). В отличие от зарубежных исследователей, нами в развитии этих нарушений признавалась роль не только конституциональных, но и мягких психоорганических факторов перинатального генеза, что подтверждалось неврологическим обследованием наряду с анамнезом беременности и родов. В дальнейшем, когда внимание исследователей было в большей степени сконцентрировано на клинических особенностях реагирования в раннем возрасте в совокупности с данными генеалогического анамнеза, многие случаи описывались в рамках «шизотипического диатеза» (Г.В. Козловская, 1995; Н.В. Римашевская, 1990). Далее, с развитием концепции эндогенного психопатологического диатеза (С.Ю. Циркин, 1998), клиника конституциональных расстройств раннего детства стала рассматриваться как обусловленная этой, более широкой предрасположенностью (Г.В. Скобло, А.А. Северный, Т.А. Баландина, 1999).

Последняя диагностическая рубрика в *Diagnostic Classification: 0-3* - нарушение связей и коммуникаций: мультисистемное нарушение развития. Будучи формально новой по своему названию, эта диагностическая категория представляется авторами как дополнительная к диагнозу «аутистическое расстройство» по DSM-IV или «детский аутизм» по МКБ-10. Она отражает 2 современных положения, подтвержденных многими исследованиями детей-аутистов 1-3 лет жизни. Первое - это значительная вариабельность в этом возрасте выраженности нарушений социального взаимодействия и средств общения, а также стереотипизации деятельности. Второе - возможная в части случаев вторичность нарушений общения в раннем детстве с обусловленностью их уже упоминаемыми «трудностями в организации» (так, ряд младенцев может избегать глазного контакта или игнорировать определенные слуховые стимулы вследствие значительной сенсорной гиперреактивности, что может вести к нарушению взаимодействия, однако по мере сглаживания повышенной чувствительности эмоциональная включенность в общение постепенно налаживается). Исходя из описанных положений в *Diagnostic Classification: 0-3* предлагается рассматривать 3 паттерна мультисистемного нарушения развития. Паттерн А подразумевает наибольшую степень собственно аутистических проявлений наряду с выраженными «нарушениями моторного планирования» (это обнаруживается, например, в невозможности жестикуляции), гипореактивностью при элементах сверхреактивности, часто низким мышечным тонусом. Паттерн В диагностирует детей, которые периодически способны к установлению контактов, хотя и при недостаточной аффективности, и имеют «смешанную модель сенсорной реактивности и мышечного тонуса». Паттерн С относится к детям, которые внешне включаются в коммуникации, но недостаточно последовательны в них; они могут быть избирательно эмоциональны; у этих детей, как и при паттерне В, определяется «смешанная модель сенсорной реактивности и мышечного тонуса», но при тенденции к сверхреактивности к стимулам. Отметим, что у нас в стране также разработана классификация детского аутизма по степени выраженности собственно аутистических проявлений и возможностей произвольной организации деятельности (О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, 1997). Выделенные в этой классификации группы во многом соответствуют описанным в *Diagnostic Classification: 0-3* паттернам, хотя, в целом, она ориентирована на более поздний, дошкольный возраст.

Проведенный анализ диагностических категорий *Diagnostic Classification: 0-3* показывает, что знакомство с ними, несомненно, полезно для наших специалистов как в плане приобщения к новым

современным диагностическим концепциям в отношении раннего возраста, так и в аспекте сопоставления их с разрабатывающимися в нашей стране.

Обсуждение остальных 4 осей *Diagnostic Classification: 0-3* предполагается провести в следующем сообщении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М. Медицина. 1999.
2. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы абилитации) Докт. дисс. 1995.
3. Римашевская Н.В. Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении Канд. дисс. 1990.
4. Bazhenova O.V., Skoblo G.V. Infant Mental Health Issues in USSR. *Infant Mental Health Journal*. 1992. V.13. P.337-352.
5. *Diagnostic Classification: 0-3*. (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Arlington. USA.
6. Корнев А.С. О классификации психических расстройств у детей раннего возраста. Сборник научных трудов Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства. Том 1. СПб, 1996. - С. 41-44.
7. Greenspan S.I. (1992) *Infancy and Early Childhood*. International Universities Press. P. 601-639.
8. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. Медицина. М., 1985.
9. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза и ее истоки. Независимый психиатрический журнал, 1998, № 4. - С.3-7.
10. Скобло Г.В., Северный А.А., Баландина Т.А. Психическое здоровье детей раннего возраста и их родителей. Российский психиатрический журнал. 1999, № 6. - С.50-54.
11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. «Теревинф». М., 1997.

И. К. Шац

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И ПЕДИАТРИИ (МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)

Ассоциация детских психиатров и психологов. Санкт-Петербург.

Значение психологии больного, его личностных особенностей и общих возможностей организма, безусловно, может и должно повысить эффективность медицинской помощи. Многие проблемы, связанные с психически или соматически больным или ослабленным ребенком, можно решить только на стыке соматической медицины, психиатрии, психологии и специальной педагогики. Особенно важен комплексный подход при обследовании детей с хроническими и (или) тяжелыми заболеваниями. В этих случаях взаимосвязь соматических, психических и личностно-социальных факторов особенно важна. В связи с этим разработка и внедрение в повседневную практику клинико-психологической диагностики очень важна. Практическое решение этих задач, необходимое для реализации психосоматического подхода к больному ребенку, требует не только перестройки врачебного мышления, но и методического обеспечения.

Оптимальная ситуация представляется таким образом, что детский психиатр, педиатр и медицинский (клинический) психолог располагают набором клинических и клинико-психологических методик, позволяющих ответить на наиболее общие вопросы, касающиеся психики, личности и физического состояния, как психически, так и соматически больного ребенка.

Клинические и клинико-психологические шкалы предназначены для унификации психического состояния в исследовательской и клинической работе. Не являясь диагностическими, они используются только для оценки диагноза – количественной или качественной, постановка же диагноза остается делом врача. Начало их внедрения в медицину относится к 1950 г. К середине 1960-х годов были созданы клинические шкалы для качественной и количественной оценки шизофрении, депрессии, тревоги, прежде всего для повышения качества клинических и фармакологических исследований.

В клинической практике использование подобных шкал позволяет оптимизировать лечение, активизировать изучение динамики заболевания и катamnестические сведения. Одни шкалы рассчитаны на заполнение врачом, другие – самим пациентом; сопоставление таких вариантов может дать ценные дополнительные данные для оценки состояния и оптимизации терапии (В.Е. Каган, 1999).

Такие методики должны быть, прежде всего, практически ориентированными, т.е. отвечать ре-

альным запросам клинициста, освещать действительно значимые для лечебно-реабилитационной работы особенности психики, личности и общего состояния ребенка. Они должны быть доступны для использования в повседневной работе, то есть отличаться простотой в использовании, осуществлении в стационарной и амбулаторной работе и не отнимать у специалистов слишком много времени. Получаемые результаты должны быть доступны для адекватной интерпретации врачом, не имеющим глубокой подготовки в области медицинской (клинической) психологии. Наряду с представлением о качественных особенностях психики и личности, такие методы должны обеспечивать возможность количественного выражения получаемых результатов. Будучи направленными, прежде всего, на изучение индивидуальных особенностей, они должны обеспечивать возможность сравнения формируемых по разным психопатологическим и клинко-соматическим критериям групп. В комплекс методик должны входить и такие, которые можно было бы использовать повторно у одного и того же пациента в динамике лечебно-реабилитационной работы. Весьма ценным может являться возможность, если бы отдельные методики, описывающие состояние и поведение ребенка, могли заполнять сами дети и их родители, что помогало бы уточнить не только состояние ребенка, но и особенности отношений «родители-ребенок».

Методики разработаны автором рекомендаций для индивидуального обследования и апробированы в работе с более чем 500 детьми, страдающими психозами, невротоподобными расстройствами, а также соматическими болезнями: лейкозами, другими онкологическими заболеваниями, патологией крови, желудочно-кишечного тракта, коллагенозами и некоторыми другими.

Шкала эмоционального состояния

Шкала представляет собой модифицированную с учетом специфики детского возраста и соматических расстройств оценочную градуированную шкалу И.Н. Михаленко и Ю.Л. Нуллера (1966). Она учитывает наличие и выраженность характеризующих нарушения эмоционального состояния изменений настроения, тревожно-боязливой симптоматики, изменений психической активности (общительности, интересов, игровой деятельности, отношения к своему «я»), особенности поведенческих (экспрессивных) проявлений настроения (двигательной активности, мимики, голоса), то есть направлена на диагностику депрессивных проявлений или неадекватного повышенного настроения. По каждой из подшкал регистрируется наиболее подходящее для данного ребенка описание нарушений и соответствующий балл (баллы со знаком «-» - отрицательному, со знаком «+» - положительному полюсу эмоций, «0» - отсутствие отклонений). Дополнительно учитываются содержательные характеристики тревоги и страха.

Наряду с оценкой динамики индивидуального состояния шкала дает возможность контролировать эффективность используемых в лечении психотропных средств и психотерапии, сравнивать эмоциональное состояние у различных клинических групп с учетом не только выраженности, но и качественных особенностей эмоциональных нарушений.

Шкала заполняется врачом на основе клинического наблюдения за ребенком. Она дает возможность получить стандартные качественные описания эмоционального состояния и их количественной оценки по отдельным подшкалам и в целом. Последняя выражается частным от деления алгебраической (с учетом знака) суммы набранных баллов на число подшкал - 8.¹

Шкалы / Подшкалы		До лечения		После лечения	
		Пункт	Баллы	Пункт	Баллы
I	Настроение	2	- 3	4	- 1
II	Тревога, страх	2	- 3	4	- 1
III	Общительность	2	- 2	4	0
IV	Интересы, игры	1	- 3	2	- 2
V	Отношения к «Я»	2	- 2	3	- 1
VI	Экспрессия				
	А. Двигательная активность	1	- 2	3	0
	Б. Мимика	2	- 2	4	0
	В. Голос	1	- 2	3	0
Общая оценка эмоционального состояния		-18/8 = - 2,25		- 5/8 = -0,6	

¹ При предъявлении шкалы обследуемым баллы с плюсами и минусами опускаются.

Приведем пример оценки до и после лечения состояния мальчика М., 10 лет, поступившего в психиатрическую клинику с диагнозом «Реккурентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами. F33.3». Болен в течение двух лет, дважды лечился стационарно. При поступлении: на лице страдальческое выражение; тревожен, суетлив; первым в контакт не вступает; на вопросы отвечает односложно, тихо; не читает; не играет и заинтересовать его чем-либо не удается; считает, что в болезни виноват сам – «не слушался родителей, врал» и болезнь у него необычная, неизвестная. Периодически прислушивается, озирается.

Опросник для диагностики астении

Опросник предназначен для детей начиная с восьмилетнего возраста. В работе с детьми 5-7 лет и детьми любого возраста, не имеющими физической возможности самостоятельно заполнить опросник, используется форма стандартного интервью, в ходе которого опросник заполняет врач (иногда с помощью родителей).

При разработке опросника были учтены наиболее частые проявления астенического симптомокомплекса: физическая астения (шкала I), психическая астения (шкала II), изменения памяти (шкала III), нарушения внимания (шкала IV), эмоциональная лабильность (шкала V), раздражительная слабость (шкала VI). Ответы по этим шкалам оцениваются в баллах: 3 – выраженная астения, 2 – умеренная астения, 1 – реакция утомления, 0 – отсутствие нарушений.

Ответы по шкалам VII (головные боли), VIII (нарушение сна), IX (нарушения аппетита), X (нарушения дефекации), XI (повышенная потливость) количественно не оцениваются, так как эти нарушения могут быть симптомами, как астении, так и другого синдрома или побочных эффектов терапии, но их учет важен для характеристики состояния ребенка.

По шкалам I-VI выбирается один, наиболее подходящий ответ. По шкалам VII-XI могут быть отмечены сразу несколько пунктов. По шкалам I-VI могут быть получены количественные характеристики основных ее проявлений и общий показатель выраженности астении (для его получения суммируются баллы по шкалам I-VI): от 18 до 13 баллов – выраженная астения, 12-7 баллов – умеренная астения, 6-1 – реакция утомления. При всей условности балльных характеристик, они удобны для оценки структуры и динамики состояния.

Приведем пример.

Шкалы	I	II	III	IV	V	VI	Общий показатель
До лечения	3	2	1	3	2	3	14
После лечения	2	0	0	0	1	1	4

Методика полярных профилей

Методика (разработана совместно с В.Е. Каганом) предназначена для самооценки детей, начиная с 8-9-летнего возраста, и для оценки черт характера детей родителями. Шкалы, вошедшие в разработанный нами вариант, определялись теми описаниями, которые родители и дети давали в свободных беседах. Таким образом (с незначительными дополнениями) был составлен набор из 21 шкалы, каждая из которых образована противоположными по значению понятиями, оцениваемые от + 3 до – 3 с учетом выраженности качеств: 3 – очень, 2 – средне, 1 – мало. Испытуемому предлагается описать себя (родителям – ребенка), ставя отметки по одной на каждой строке и стараясь ставить как можно реже отметки в графе «0».

Для получения общего показателя оценки – 0 (самооценки при заполнении бланка ребенком, оценки ребенка – при заполнении бланка родителями) алгебраическая сумма баллов по всем шкалам – Б делится на число заполненных шкал – Ш (иногда 1-2 шкалы по разным причинам остаются незаполненными):

$$O = \frac{B}{Ш}$$

Полученная величина (от + 3 до – 3) характеризует общую оценку.

Для более дифференцированной оценки выделяем показатели коммуникативности (К) – шкалы 1, 6, 13; сотрудничества (С) – шкалы 3, 5, 7, 14; контроля поведения (КП) – шкалы 2, 4, 10, 18; эмоциональности (Э) – шкалы 8, 9, 11, 12; стиля деятельности (СД) – шкалы 15, 16, 17, 19, 20, 21. Расчет каждого показателя проводится по приведенной выше формуле, в которой Б – алгебраическая сумма баллов по входящим в показатель шкалам, Ш – число входящих в показатель шкал. Величина каждого показателя также колеблется в пределах от + 3 до – 3.

При первом обследовании ребенка обычно предлагаем ему для шкалирования понятия «Я до болезни» и «Я сейчас». Сопоставление получаемых результатов позволяет оценить вызванный болезнью сдвиг самооценки. Так, при получении следующих данных

	К	С	КП	Э	СД	О
«Я до болезни»	+ 3	+ 2,3	+ 1,5	+ 2,5	+2,3	+ 2,3
«Я сейчас»	- 2	+ 0,5	- 1,5	- 0,5	- 2,5	- 1,4

врач вправе думать о дифференцированном ситуативном снижении самооценки. При получении монотонно высоких или низких данных по всем показателям речь может идти о неадекватной самооценке как черте личности, о снижении критики к своему состоянию и поведению, об аффективных нарушениях. В таких случаях данные методики нужно сопоставить с данными родительского опросника, шкалы эмоционального состояния и объективным психическим и соматическим статусом.

Аналогичное шкалирование («Ребенок до болезни», «Ребенок сейчас») может произвести мать, а также отец. Анализ их результатов помогает уточнить не только динамику состояния ребенка вообще, но и «динамику их глазами», указывая на степень их удовлетворенности достигаемыми в ходе лечения изменениями. В ряде случаев сталкиваемся с тем, что оценка больного ребенка лучше, чем здорового: при этом необходимо обратиться к содержательному анализу шкал, обычно показывающему, что больной ребенок стал вести себя более «удобным» для родителей образом. Такие варианты сдвига оценки ребенка родителями должны настораживать в двух планах: эмоционального неприятия ребенка или увеличение степени принятия в условиях болезни, т. е. базы для фиксации ребенка на болезни.

Особенно ценным представляется сопоставление результатов шкалирования ребенком и каждым из родителей. Оно дает возможность составить стереоскопическую картину восприятия ребенка и его болезни в семье, выявить наиболее существенные противоречия его самооценки и оценки родителей, которые могут лежать в основе реакций невротического типа.

Таким образом, описанные методики удовлетворяют повседневным практическим потребностям клинициста и представляют собой «первый эшелон» клинико-психологического обследования. Они не заменяют непосредственного контакта с ребенком, и более того – возможны лишь в обстановке такого контакта и способствуют его углублению. Начинать обследование удобно с методик, содержащих в себе элемент занимательной для ребенка игры. Но в работе со старшими, озабоченными своей болезнью и испытывающими потребность в обсуждении связанных с болезнью проблем детьми, это может быть методика самооценки. Сама процедура обследования, особенно, в условиях стационара, воспринимается детьми как элемент развлечения, новизны; дети обычно ждут повторных обследований, выполняют их с удовольствием. Все это позволяет говорить о том, что уже сама процедура обследования может иметь психотерапевтическое значение.

Часть методик адресована родителям, в том числе родителям, у которых дети страдают тяжелым соматическим недугом. Даже когда обследование проводит психиатр, им не всегда понятно, какое это имеет значение, «зачем это нужно» при соматическом заболевании. Иногда это требует дополнительных разъяснений, но особых трудностей обычно не встречает. Уже само привлечение внимания родителей к психологии соматически больного ребенка стимулирует их к выработке новых подходов в отношениях с ним, которые оказываются важным вкладом не только в лечение самой болезни, но и в психопрофилактику нарушений развития личности.

Оценочные клинические шкалы могут заполнить не только психиатр или психолог, но и педиатр. От педиатра для этого требуется увеличение внимания к психическому состоянию и поведению ребенка. Важны не только результаты обследования, но и в той или иной мере новый для педиатра опыт общения с ребенком и его семьей.

Следовательно, на этапе обследования складывается терапевтическое единство «врач-ребенок-семья», являющееся одним из важных условий успешности лечебно-реабилитационной работы. В частности (при соматических заболеваниях), центром этого единства как лечебно-реабилитационной системы является врач-педиатр, который, по точному замечанию И.П. Павлова, не обязан быть психиатром, но практическим психологом быть обязан. Участие педиатра в клинико-психологической диагностике, умение адекватно оценить и использовать ее результаты, поддерживать содружество с детским психиатром и психотерапевтом увеличивает возможности педиатра как «практического психолога».

Врача или психолога, только начинающего работать с клинико-психологическими методиками, необходимо предостеречь от абсолютизации их количественных результатов. Безусловно, числовые показатели удобны при сравнении различных клинических групп, оценки динамики состояния и эффективности лечения. Но без качественного анализа результатов эти показатели могут стать «мертвой

цифрой». По мере накопления опыта, возможности сочетания этих двух подходов – качественного и количественного – возрастают, позволяя получать более полные и адекватные данные. Не менее важно и сопоставление результатов отдельных методик, которое дает возможность многостороннего анализа состояния психики и личности ребенка, возможностей семьи в построении помощи ему.

При соблюдении этих условий клинико-психологическое обследование может стать эффективным диагностическим инструментом, служить средством контроля успешности оказываемой помощи и результативности взаимодействия в системе «врач-семья-ребенок», способствовать повышению эффективности этапной (стационар-амбулаторное отделение-оздоровительное учреждение) и профильной (педиатр-детский психиатр–медицинский психолог и психотерапевт) преемственности в оказании помощи больному ребенку.

ТЕКСТ ШКАЛЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

I. НАСТРОЕНИЕ

1. Тяжелая тоска с ощущением ее в теле -4
2. Тоскливое настроение -3
3. Пониженное настроение (постоянно во время болезни) -2
4. Пониженное настроение периодически (реакция на процедуры, неприятные разговоры, неявку родителей) -1
5. Ровное настроение 0
6. Повышенное настроение (гипоманиакальное, эйфория, дурашливость) +1

II. ТРЕВОГА, СТРАХ

1. Выраженный страх или тревога (по содержанию XI) -4
2. Резкая тревога с двигательным беспокойством или заторможенностью -3
3. Постоянная тревога без внешних проявлений (не отражается на поведении) -2
4. Тревога, проявляющаяся только при действии неприятных факторов (процедуры, задержка выписки, неявка родителей) -1
5. Отсутствие тревоги 0

Тревога и страх

- 1) за родителей; 2) за будущее; 3) здоровье; 4) прогноз болезни; 5) жизнь.

Страх невротического характера

- | | | |
|---------------|-----------------|----------------------|
| 1) людей | 5) пространства | 9) высоты |
| 2) за будущее | 6) смерти | 10) острых предметов |
| 3) школы | 7) одиночества | 11) загрязнения |
| 4) транспорта | 8) темноты | 12) другой |

III ОБЩИТЕЛЬНОСТЬ (ПСИХИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ)

1. На вопросы не отвечает -3
2. Первый в контакт не вступает, ответы односложные -2
3. Избирательно общителен с немногими лицами, малоразговорчив -1
4. Ведет себя адекватно ситуации 0
5. Повышенное стремление к общению, назойлив, во все вмешивается +1

IV. ИНТЕРЕСЫ, ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1. Внешне совершенно безразличен к ситуации, игровая деятельность отсутствует -3
2. Интересы ограничены (болезнью, лечением, процедурами, выпиской), формально интересуется чтением, игрушками, творчеством отсутствует -2
3. Эпизодически, без глубокого интереса играет в игры, читает, рисует -1
4. Игровая деятельность не изменена болезнью: соответствует возрасту, ситуации, в играх активен, много читает, занят школьными делами 0
5. Интересы недифференцированно повышены: в играх, чтении поверхностен, быстро но не продуктивно переходит к смене деятельности +1

V. ОТНОШЕНИЕ К «Я»

1. Идеи малоценности, виновности, чрезвычайно утрированного характера -3
2. Идеи виновности, самоуничтожения реалистичны по содержанию -2
3. Пониженная самооценка, чувство вины без конкретного содержания -1
4. Отсутствие депрессивных идей 0
5. Повышенная самооценка, переоценка своего состояния +1

VI. Подвижность (экспрессивное выражение эмоций)

А. Двигательная активность

1. Постоянно лежит в постели -2
2. Медлителен, слегка заторможен -1
3. Адекватно активен (с учетом соматического состояния) 0
4. Повышенное стремление к деятельности, суетлив, излишне подвижен +1

Б. Мимика

1. Застывшая, маскообразная -3
2. Утрированно страдальческое выражение лица -2
3. Во время опроса бедная (нев्यразительная) -1
4. Адекватна ситуации 0
5. Неадекватно оживленная +1

В. Голос

1. Голос глухой, плохо модулированный -2
2. Голос тихий, затухающий -1
3. Обычный голос 0
4. Неадекватно громкий голос +1

ТЕКСТ ОПРОСНИКА ПО АСТЕНИИ

I. Усталость в теле чувствуешь:

- 1) утром, не вставая с постели - 3
- 2) после непродолжительной нагрузки (хождение по комнате, игры) - 2
- 3) только после длительной нагрузки (подвижная игра, прогулка), после отдыха усталость проходит - 1
- 4) целый день не чувствуешь усталости, вечером можешь играть, заниматься - 0

II. Устаешь, когда занимаешься обычными делами: читаешь, разговариваешь с окружающими, делаешь уроки, смотришь телевизионные передачи:

- 1) из-за усталости не можешь заниматься перечисленными делами - 3
- 2) устаешь очень быстро - 2
- 3) устаешь только через продолжительное время, после отдыха усталость проходит - 1
- 4) никогда не устаешь - 0

III. Чтобы запомнить стихи, сказки, имена, сюжеты:

- 1) ничего не можешь запомнить даже после многократного повторения - 3
- 2) нужно много раз прочитать и повторить - 2
- 3) прослушать или прочитать более 2-3 раз - 1
- 4) запоминаешь быстро - 0

IV. Когда занимаешься, читаешь, играешь, смотришь телевизор:

- 1) легко отвлекаешься, не можешь ни на чем сосредоточиться - 3
- 2) отвлекаешься через некоторое время и уже не можешь продолжить то, от чего отвлекался - 2
- 3) периодически отвлекаешься, но доводишь начатое до конца - 1
- 4) совсем не отвлекаешься - 0

V. Ты:

- 1) часто плачешь без всяких на то причин - 3
- 2) плачешь по любому незначительному поводу - 2
- 3) плачешь, когда очень обидно, когда что-то не получается - 1
- 4) никогда не плачешь (очень редко) - 0

VI. Ты:

- 1) раздражаешься без всякого повода - 3
- 2) раздражаешься по незначительному поводу - 2
- 3) раздражаешься, когда есть серьезные причины - 1
- 4) никогда не раздражаешься - 0

VII. Головные боли

- | | | |
|--------------|------------|-------------------------------|
| 1) нет | 5) утром | 9) после физической нагрузки |
| 2) постоянно | 6) днем | 10) после умственной нагрузки |
| 3) часто | 7) вечером | 11) до болезни |
| 4) редко | 8) ночью | 12) сейчас |

VIII. Сон:

- 1) глубокий (спишь крепко)
- 7) просыпаешься с трудом

- | | |
|---|------------------------------|
| 2) часто просыпаешься без причины | 8) сны приятные |
| 3) просыпаешься от незначительного шума | 9) сны неприятные |
| 4) засыпаешь быстро | 10) сны страшные |
| 5) засыпаешь медленно | 11) сновидений нет |
| 6) просыпаешься легко | 12) возникает страх по ночам |

IX. Аппетит:

- | | |
|--|-------------------|
| 1) повышен, ешь все, что дают | 5) часто рвота |
| 2) ешь мало, неохотно (понижен) | 6) сухость во рту |
| 3) ешь определенную пищу (избирателен) | 7) горечь во рту |
| 4) часто тошнота | |

X. Стул:

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1) обычный | 3) запоры |
| 2) неустойчивый | 4) понос |

XI. Потливость:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1) нет | 6) постоянно |
| 2) потливость ладоней | 7) ощущение онемения |
| 3) общая потливость повышенная | 8) ощущение покалывания |
| 4) днем | 9) мурашки |
| 5) ночью | 10) зуд |

ПОЛЯРНЫЕ ПРОФИЛИ

Цифры относятся к одной из противоположных черт характера и обозначают степень выраженности каждого признака: 3 – очень выражен, 2 – выражен, 1 – слабо выражен.

Например: 3 – очень общительный; 2 – общительный; 1 – малообщительный

На каждой строчке зачеркните только одну цифру, относящуюся к тому или иному признаку:

- | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------|
| 1. + общительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | замкнутый – |
| 2. – вспыльчивый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | сдержанный + |
| 3. + доверчивый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | подозрительный– |
| 4. – грубый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | вежливый + |
| 5. + покладистый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | упрямый – |
| 6. – скрытный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | откровенный + |
| 7. + правдивый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | лживый – |
| 8. – тревожный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | безразличный + |
| 9. + ласковый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | холодный – |
| 10. + возбудимый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | спокойный + |
| 11. + впечатлительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | черствый – |
| 12. – плаксивый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | жизнерадостный + |
| 13. + близкий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | отчужденный – |
| 14. – агрессивный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | миролюбивый + |
| 15. + любознательный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | нелюбознательный– |
| 16. – пассивный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | активный + |
| 17. + выносливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | утомляемый – |
| 18. – несобранный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | дисциплинированный + |
| 19. + быстрый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | мыслительный – |
| 20. – ленивый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | трудолюбивый + |
| 21. + сообразительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | недогадливый – |

О. В. Зыков, И. Л. Баушева, А. В. Терентьева, А. Закотин, В. Москвичев, Б. Ш. Ширгалин, А. А. Бирик
РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ «ГРУППЫ
РИСКА». ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ЮГО-ЗАПАДНОГО
АДМИНИСТРАТИВНОГО ОКРУГА Г. МОСКВЫ.

Российский благотворительный Фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН). Москва.

В современных социально-экономических условиях особую актуальность приобретает проблема ранней детско-подростковой наркотизации, являющаяся лишь одним из проявлений проблемы большего масштаба – проблемы дизадаптированности несовершеннолетних. Наркомания и токсикомания, детская преступность и проституция, насилие в семье, бродяжничество – это наиболее жесткие последствия этой проблемы. Отсутствие отечественных исследований явления социальной дизадаптированности, координации и информационного обмена среди учреждений и ведомств, занимающихся этим явлением, зачаточное состояние системы подготовки профессиональных специализированных кадров и многие другие факторы привели к полной и всеобщей неготовности к встрече с этим явлением в его нынешних масштабах.

Основная проблема – ведомственная разобщенность: медицина, социальная служба, милиция, образование, судебные органы пытаются решать обозначенную проблему в пределах своей компетенции, в то время как преодоление детско-подростковой наркотизации должно носить комплексный характер. Основной причиной дизадаптированности детей и подростков является, в первую очередь, всестороннее нарушение их прав, подтверждением чему служат статистические данные, полученные в результате анализа ситуаций детей «группы риска»:

❖ Нарушение права на полноценное воспитание в родной семье и всестороннюю заботу родителей у более 80% детей группы риска:

- 15,4% подвергаются систематическому насилию в семье;
- 37,2% не уделяется абсолютно никакого внимания со стороны родителей;
- 20% являются свидетелями постоянных пьяных разборок между родителями;

❖ Нарушение права на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка:

- 17% испытывают систематическое недоедание;
- 16,3% имеют различные заболевания;
- 30% имеют задержку психического развития;
- 45% имеют очень низкий культурно-нравственный уровень развития.

❖ Нарушение права на образование:

- 18% бросили или были отчислены из школы;
- 22,5% нигде не учатся;
- 31,4% числятся в школе номинально.

❖ Нарушение права на защиту от экономической эксплуатации:

- 5,2% принуждаются родителями к зарабатыванию денег;
- 11 % вынуждены зарабатывать себе на пропитание.

❖ Нарушение права на защиту от незаконного употребления психоактивных веществ (ПАВ):

- более 80% детей группы риска употребляют различные психоактивные вещества.

❖ Нарушение права на отдых, досуг и культурную жизнь:

- почти 90% детей лишены возможности полноценно отдыхать, интересно проводить досуг.

Таким образом, очевидно, что решение проблемы наркотизации несовершеннолетних в принципе невозможно в отрыве от рассмотрения всего комплекса социально-психологических факторов развития ребенка. Необходимость создания эффективной системы наркологической помощи детям и подросткам привела к разработке Концепции Реабилитационного пространства для несовершеннолетних «группы риска».

Реабилитационное пространство (далее – РП) – территориальная система ведомств, служб, учреждений, общественных инициатив, осуществляющих поиск и реабилитацию несовершеннолетних, оказавшихся в опасных или неблагоприятных социальных условиях.

Принципы и задачи реабилитационного пространства.

Основная задача РП – обеспечение непрерывности и единства подходов в оказании многопрофильной помощи несовершеннолетнему с момента выявления признаков дизадаптированности до восстановления его адаптационных возможностей.

1. Принцип соблюдения интересов несовершеннолетнего. РП ставит во главу угла интересы ре-

бенка или подростка: во всех спорных ситуациях, в которых существует конфликт интересов взрослых граждан и несовершеннолетних, РП всегда встает на сторону интересов последнего. Несоответствие поведения несовершеннолетнего общественным нормативам воспринимается не как преступление, но как социальная болезнь, не всегда понятная самому ребенку, но всегда ощущаемая им и окружающим миром в том или ином виде. ***Ребенок является не объектом репрессивного воздействия, но субъектом реабилитации.***

2. Принцип добровольности. Данный принцип основан на постулате: насильно вернуть ребенка в нормальную жизнь невозможно – для этого нужно его желание. Это значит: для того, чтобы приступить к оказанию помощи и коррекционной работе с каждым из наблюдаемых подростков, необходимо вступить с ним в доверительный контакт, получить согласие на дальнейшее сотрудничество.

3. Принцип доверия к несовершеннолетнему. Данный принцип подразумевает принятие на веру любой информации, которую несовершеннолетний преподносит в процессе общения. Это необходимый фактор в установлении доверительных отношений с ребенком или подростком.

Аспекты РП.

Представляя собой функциональное единство, РП в то же время включает в себя ряд аспектов, тесно связанных между собой и присутствующих в различных соотношениях практически во всех структурах РП.

3 основных аспекта РП: правовой; организационный; информационный.

1. Правовой аспект. Правовой аспект концепции РП является базовым. Его суть в воссоздании ювенального судопроизводства в России. Центральной фигурой ювенального судопроизводства является ювенальный судья, обеспечивающий правовую судебную защиту прав несовершеннолетних. При этом существующие и вновь создаваемые социальные службы, в чьи обязанности входит профилактика дизадаптации и защита прав ребенка, могут функционально объединяться вокруг этой ключевой фигуры. Именно такое объединение способно создать РП как единый комплекс, действующий во благо ребенка.

Основная задача деятельности в рамках правового аспекта - внедрение основ и принципов ювенальной юстиции в деятельность правоохранительных и правозащитных органов, что означает разработку и реализацию правовых и социально-психологических технологий, направленных на решение проблем несовершеннолетних и защиты их прав.

2. Информационный аспект. Информационный аспект – та часть системы, которая позволит всем участникам РП быть включенными в общий процесс реабилитации детей группы риска. Единая информационная сеть дает возможность всем организациям, независимо от ведомственной принадлежности, общаться на одном языке; общие базы данных позволяют оперативно реагировать на возникающие проблемы и формировать эффективные профилактические программы, опираясь на анализ имеющейся информации.

Основные задачи деятельности в рамках информационного аспекта:

- формирование каналов оперативной информации;
- формирование базы данных по несовершеннолетним группы риска;
- анализ информации и преобразование ее в средство воздействия на проблемную ситуацию;
- формирование конструктивного общественного мнения через средства массовой информации.

3. Организационный аспект. Организационный аспект рассматривает совокупность взаимодействий всех участников РП (учреждений, служб, программ) в системе территориального и ведомственного управления г. Москвы.

Основная задача деятельности в рамках организационного аспекта – создание функционального модуля, призванного обеспечить эффективность и качество реабилитационного процесса во взаимодействии всех его участников.

Анализ опыта внедрения модели РП на территории ЮЗАО за период 1998–2000 гг.

Концепция РП была одобрена распоряжением префекта ЮЗАО г. Москвы от 20.07.99 г. № 574-РП «О состоянии и мерах по совершенствованию наркологической помощи несовершеннолетним ЮЗАО» и принята как идеологическая и организационная основа Программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в ЮЗАО на 1999–2000 гг.». Для реализации основных задач и обеспечения эффективного функционирования модели РП на территории округа был проведен ряд организационных мероприятий:

1. Совместно с Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) были созданы **Социальная служба, Реабилитационные психологические программы, Информационно-координационный центр.**

2. Проведены организационные встречи с государственными учреждениями округа (районными управами, КДН, ОППН, органами опеки и попечительства, ОВД, ЦСО, управлением образования, медицинскими учреждениями и др.) и общественными организациями с целью информирования и налаживания рабочих взаимоотношений.

3. Проведены обучающие семинары разного профиля для участников РП.

❖ **Социальная служба РП**

Задачи социальной службы:

1. Сбор и анализ информации о социально дизадаптированных несовершеннолетних и их семьях;
2. Поиск детей группы риска и мотивация их на ресоциализацию;
3. Анализ проблемы конкретного ребенка и составление индивидуальных программ реабилитации; привлечение к реабилитации ресурсов территории;
4. Инициирование создания новых структур для решения конкретных социальных проблем (детско-подростковых клубов, биржи труда для подростков и т.д. в зависимости от потребности территории);
5. Проведение различных уровней профилактики социальной дизадаптации детей и подростков;
6. Содействие изменению общественного мнения в отношении целевой группы.

Структура социальной службы:

Социальная служба имеет 2 подразделения: «Ребенок на улице» (РУ) и «Ребенок дома» (РД).

Подразделение «Ребенок на улице» осуществляет следующие функции:

- поиск, первичный контакт с детьми группы риска;
- сбор информации о несовершеннолетнем и его ближайшем окружении с целью составления индивидуальных программ реабилитации;
- установление сотрудничества с подростковыми уличными сообществами с целью постоянного мониторинга ситуации несовершеннолетних, оказания информационной поддержки и содействия всесторонней защите их прав, экстренной помощи несовершеннолетним;
- содействие формированию мотивации несовершеннолетних на ресоциализацию, активной позиции в решении собственной судьбы;
- осуществление роли посредника между уличными детьми и обществом (учреждениями, ведомствами, организациями и т.д.);
- инициирование общественно полезных и значимых инициатив, социальных проектов для воздействия на неформальные сообщества несовершеннолетних.

Подразделение «Ребенок дома» осуществляет следующие функции:

- во взаимодействии со всеми ведомствами, причастными к профилактике и реабилитации социально дизадаптированных несовершеннолетних и их семей, выявление семей «группы риска» на территории осуществления деятельности;
- установление сотрудничества с семьями, в которых жизни, здоровью или полноценному развитию несовершеннолетних угрожает опасность, – с целью содействия их реабилитации, преодолению кризиса;
- содействие всестороннему исследованию круга проблем несовершеннолетнего и его семьи с привлечением необходимых специалистов, – с целью дальнейшего составления комплексных программ реабилитации;
- содействие формированию активной позиции несовершеннолетнего и его ближайшего окружения в принятии и осуществлении программы реабилитации;
- содействие изменению общественной позиции по отношению к социально дизадаптированным несовершеннолетним, к нарушению их прав, как в семье, так и вне ее.

Технология работы социальной службы.

Работа социальной службы организована по территориальному принципу: по два социальных работника каждой специализации («Ребенок дома» и «Ребенок на улице») обслуживают один муниципальный район административного округа (общее население административного округа г. Москвы составляет примерно один миллион человек, муниципального района – от 70 до 100 тыс. человек). Данное количество социальных работников, конечно, недостаточно. Но мы исходили из принципа «минимальной достаточности», т.е. выделения такого числа социальных работников, при котором возможна и осмысленна сама деятельность социальной службы.

Территориальный принцип позволяет социальным работникам наладить достаточно прочные контакты с различными государственными и общественными структурами, находящимися на территории и использовать их ресурсы в работе. В то же время, ограниченность территории позволяет тратить

меньше времени на дальние переходы. И самое главное – социальные работники достаточно быстро приобретают личную известность в районе, что увеличивает доверие к ним со стороны клиентов и населения в целом.

Для РУ во всех случаях предпочтительна работа парами. Это позволяет обеспечить безопасность работы и увеличивает эффективность деятельности в нестандартных ситуациях. Это же облегчает общение с группой подростков: когда один сотрудник общается с группой в целом, другой имеет возможность провести более подробную индивидуальную беседу. При возможности – юноша с девушкой, т.к. такой вариант дает оптимальное соотношение безопасности и доверия.

Для РД работа парами носит ситуативный характер. Первое посещение семьи, особенно при возможности попасть в опасную ситуацию, лучше совершать вдвоем. Это позволяет соблюсти правила безопасности, а также более объективно и подробно оценить ситуацию. В ходе общения одного сотрудника с клиентом, другой получает возможность осмотреться в квартире. В случае наличия в квартире нескольких человек, присутствие пары позволяет разделить их общение и избежать ситуации психологического давления клиентов на социального работника. Отметим, что социальный работник входит в квартиру только по приглашению клиента, и в случае возможной опасности (притон, разгар пьянки) лучше перенести визит на другое время и прийти с сотрудником милиции (участковым, инспектором по делам несовершеннолетних).

Иногда потребность в присутствии второго социального работника (для РД) появляется и на более поздних этапах работы. Это происходит при ощущении тупика отношений, когда семейная ситуация длительное время не изменяется, но есть надежда, что свежий взгляд поможет найти новые варианты сотрудничества (изменение позиции, роли социального работника, изменение восприятия ситуации, преодоление созависимости социального работника от клиента). Другой вариант – посещение квартиры, уже известной как притон. В этом случае необходимо еще и предупредить кого-либо из сотрудников социальной службы (руководителя, оператора на телефоне) о возможной опасности, сообщить адрес посещения и договориться о контрольном звонке после посещения. Отметим, что такие ситуации встречаются достаточно редко, но требуют серьезного отношения.

На сегодняшний день сотрудниками службы являются молодые люди в возрасте до 30 лет, имеющие определенный опыт работы с детьми данной категории и/или профессиональную заинтересованность: почти все работники имеют высшее гуманитарное образование или учатся на последних курсах факультетов психологии, педагогики, социальной работы.

Работая на улице непосредственно в среде детей, социальные работники на сегодняшний день владеют наиболее полной и точной информацией о детско-подростковом сообществе, пользуются доверием, авторитетом и уважением среди детей группы риска, что значительно повышает эффективность работы по изменению их мотивации на социальную реабилитацию. Такая форма работы позволяет выявлять факты нарушения прав ребенка непосредственно в местах его обитания, вести профилактику подобных нарушений, а также осуществлять непосредственную работу по социальной реабилитации детей группы риска и оказанию помощи детям в критической ситуации.

Организация службы на межведомственной основе дала определенную свободу социальным работникам в принятии решений по конкретным детям и возможности находить общий язык с различными учреждениями и организациями, находящимися на их территории. Данная форма работы службы помогала решать проблему с беспризорностью всем подведомственным организациям, имеющим отношение к данной категории детей. Социальная служба взяла на себя роль мостика между ними, выполняя информационно-координационную функцию и иницируя процессы по защите прав несовершеннолетних. Сохранить данный статус службы будет возможно при условии, если она будет создана не при каком-то определенном ведомстве, а непосредственно при местных органах власти (Управах), либо как отдельная Служба в Центре социализации.

Анализ ситуации детско-подростковой дизадаптированности.

На основе собранной в ходе деятельности социальной службы информации и ее анализа, картину детско-подростковой дизадаптированности можно представить следующим образом:

❖ **Около 80%** детей группы риска употребляют различные психоактивные вещества (ПАВ), а именно: наркотики – **10,2 %**, клей – **21,3%**, алкоголь – **56,7%**, никотин – **79,3 %**.

❖ Подавляющее большинство детей, проводящих время на улице и попадающих в приюты, имеют родителей.

❖ Основная причина «уличного образа жизни» детей и подростков – проблемы семьи: алкоголизм родителей, скандалы, конфликты родителей между собой и с детьми. К этому можно добавить низкий материальный уровень, многодетность, фактор неполной семьи.

❖ Многие дети уже совершали различные противоправные действия, большинство других – допускает для себя эту возможность.

❖ Несовершеннолетние старшего возраста (старше 16 лет) значительно реже попадают в сферу деятельности социальных работников. Те же, с кем удастся установить контакт, редко идут на дальнейшее сотрудничество с целью ресоциализации. Можно предположить, что они уже научились решать свои проблемы, возможно, криминальными методами. Основанием для такого предположения могут служить рассказы 13-14-летних подростков о своем личном опыте: предложениях, которые делали им самим, занятиях старших товарищей или старших братьев.

❖ Как следует из анализа явления социальной дизадаптации, корни его в большинстве случаев лежат в семейной дисфункции. Обычно именно она порождает другие причины социальной дизадаптации несовершеннолетних. Вне зависимости от причинно-следственных отношений между семейной дисфункцией и социальной дизадаптацией, **можно с уверенностью сказать, что без изменения семейной ситуации в целом, любые изменения в ребенке не носят стабильного характера.** При этом важно не только формальное выполнение родителями внешних требований, но изменение механизмов функционирования семьи в целом, изменение отношения к ребенку, к самим себе и к внешнему миру (к другим людям, к обществу, к государству).

Последние годы в средствах массовой информации, в правительственных постановлениях проблему социальной дизадаптации детей и подростков рассматривали крайне узко, имея в виду в основном детскую беспризорность. При этом обычно не раскрывалось, что вкладывается в это слово. На основе анализа ситуации детской беспризорности, нами сделаны следующие статистические выводы:

❖ Среди детей группы риска можно выделить следующие категории беспризорников:

- 1 категория: постоянно живущие на улице – **1,4%**;
- 2 категория: периодически живущие на улице – **15%**;
- 3 категория: ночующие в семье (дома), но основную часть времени проводящие на улице, живущие интересами улицы – **10,3%**.

Подавляющее большинство наших клиентов имеют семью и проблемы в ней. Анализ **127 семей**, с которыми велась работа, дал следующие результаты:

❖ **Неполные семьи** составляют **62%** (79 семей). В том числе – **матери-одиночки** – **46,6%** (59 семей).

❖ В семьях матерей-одиночек проблема алкоголизма не является основной и встречается в **47%** случаев. В то же время относительно высок уровень психических отклонений. Так, 4 матери состоят на учете в психоневрологическом диспансере, не имея при этом проблемы алкоголизма.

❖ В полных семьях алкоголизм встречается в **71%** и является **основной причиной социальной дизадаптации.**

❖ Алкогольные проблемы в семьях дизадаптированных («уличных») детей можно представить следующей таблицей (сводные данные на 127 семей):

Полная семья				Неполная семья							
Расширенная		Нуклеарная		Мать		Отец		Опека		Сожитель	
Алк.	Нет	Алк.	Нет	Алк.	Нет	Алк.	Нет	Алк.	Нет	Алк.	Нет
5	2	29	12	28	32	4	3	3	1	8	1

Примечание: Алк. – семьи с проблемами алкоголизма. Нет – проблемы алкоголизма нет. Расширенная – расширенная семья, включающая не прямых родственников. Нуклеарная – семья, включающая родителей и детей. Опека – дети воспитываются под опекой у родственников.

❖ Отметим, что пьянство родителей само по себе не выступает в качестве основной причины ухода ребенка из семьи. Причиной становятся сопровождающие пьянство последствия: пренебрежение своими родительскими обязанностями, неадекватность поведения, материальная необеспеченность. Дети и подростки заявляли следующие причины ухода на улицу:

- страх перед родителями;
- страх избиения;
- нежелание жить с отчимом или мачехой;
- ссоры с родителями;
- ссоры родителей между собой;
- пьянство родителей;
- голод;

- приставание сожителей;
- родительские угрозы выгнать из дома.

Таким образом, **целевую группу для деятельности структур РП составляют социально дизадаптированные несовершеннолетние и их родители, семья в целом.** Семья функционирует как единый организм. Проявления социальной дизадаптации, ее симптомы, представляют собой сигнал «SOS» о нарушении отношений с родителями, они – непосредственный результат семейного дисбаланса. Основным критерием для выделения конкретной семьи в целевую группу, является опасность для жизни, здоровья и полноценного развития несовершеннолетнего, воспитывающегося в ней. При этом опасность может находиться не только в семье, но и на улице. Но сам факт, что ребенок или подросток предпочитает подвергать себя опасности, чем находиться в семье, уже указывает на семейное неблагополучие. **В любой ситуации, ответственность за социальную дизадаптацию несовершеннолетнего несет семья в целом.**

Социальный работник, приступая к деятельности, основной акцент делает на состоянии несовершеннолетнего клиента. Он предлагает варианты досуга, выясняет проблемы, совместно с ребенком и его родителями ищет способы их решения. Но в ходе работы приоритеты могут измениться, и основное внимание переносится на родителей: их трудоустройство, медицинская и психологическая помощь, восстановление документов и т.д. Нередко сами родители в своем детстве воспитывались в дисфункциональных семьях и переносят приобретенные стереотипы на свою новую семью.

❖ Одна из основных форм проявления дисфункциональности семьи – **насилие над ребенком.** Дети неохотно говорят об этом, стыдятся за родителей, а иногда не воспринимают поведение родителей как насилие. В основном о насилии говорят дети после 9 лет, о психологическом насилии – подростки. О проблеме физического насилия сообщили **20%** детей («родители часто бьют»). В некоторых случаях (4 случая) у социального работника были основания предполагать и сексуальное насилие. В этих ситуациях принимались меры по увеличению контроля над ситуацией в семье, по организации работы с психологом, созданию для ребенка безопасных условий; **38 %** детей заявляют проблему психологического насилия (ругань, угрозы, жесткие ограничения и запреты).

❖ Но, несмотря на все эти обстоятельства, значительная часть «уличных» детей связывает свои надежды со своей родной семьей. Так, на один из вопросов анкеты – «Что бы ты хотел изменить в своей жизни?» -

- **25%** пожелали изменения ситуации в семье, возвращения в семью («Чтобы мама бросила пить», «Чтобы в семье все было хорошо», «Чтобы отец перестал пить и кричать на меня»). И это наряду с ответами: «Хочу много денег», «Хочу машину» и т.д.

- Альтернативные ответы («Иметь свою квартиру», «Работать и быть независимым от семьи», «Другую семью») составили только **8%**. Стоит отметить, что многие дети настолько не верят в возможность изменения своей ситуации, что просто не отвечают на этот вопрос.

- Примерно **3%** сказали, что ничего не хотели бы менять.

Таким образом, основная часть детей делает выбор в пользу уличной жизни под давлением семейной ситуации, при этом многие из них готовы вернуться в семью при условии ее изменения. Даже в тех случаях, где нет признаков явного неблагополучия (алкоголизма, физического насилия), нарушены детско-родительские отношения. Противоречия между родителями и детьми проявляются в форме ухода чаще в подростковом возрасте, когда ребенок приобретает большую самостоятельность и родители должны на деле подтвердить свой авторитет. Так, анализ 103 анкет, заполненных социальными работниками на улице, показывает, что по мере взросления количество детей, уходящих на улицу, увеличивается.

❖ Зависимость частоты и продолжительности уходов от возраста, выглядит следующим образом:

Возраст	Не уходил	Уходил	Часто	Надолго	Всего
До 7 лет	1	2	-	1	4
7-10	12	2	1	1	16
10-13	19	5	6	1	31
Старше 13	24	14	12	2	52

Жизнь на улице несет новые опасности для несовершеннолетнего. Ища признания у сверстников, стремясь к удовлетворению материальных потребностей, уходя от проблем, дети и подростки выбирают далеко не оптимальные способы их решения.

❖ О различных формах заработка говорят **38 %** детей. Для большинства заработок позволяет по-

лучить средства для развлечений, покупки сигарет, клея, спиртных напитков. Есть некоторое количество детей, которые зарабатывают средства не только для себя, но и для семьи. При этом родители выступают в качестве эксплуататоров и не заинтересованы в изменении ситуации ребенка. Дети помогают родителям собирать бутылки, макулатуру, металлолом. Иногда родители или другие лица предоставляют детям возможность ночлега за бутылку водки. Основные формы заработка: попрошайничество, воровство на рынках, кражи аппаратуры из машин, мытье машин, сбор бутылок или металлолома, подсобные работы. Размер дохода относительно невелик. Максимальные заработки – выше 150 рублей в день, – достаточно редки и встречаются в основном в тех областях, которые уже не попадают в сферу деятельности социальных работников. Так, мытьем машин дети занимаются обычно не более 3–4 часов в день, часто совмещая это с вдыханием клея «Момент». Средний заработок при этом составляет 20–30 рублей.

Сам по себе заработок несовершеннолетнего не является неотъемлемой чертой социальной адаптации, но очень часто сопутствует ей. В наше время многие подростки нуждаются в работе. К сожалению, возможности официального заработка у нас крайне ограничены, оплата труда, особенно для подростков, мизерна. Это вынуждает их искать другие источники дохода, попадая в незащищенное положение по отношению к различным формам рэкета; входить в сомнительные взрослые компании. Большинству благополучных родителей не понравилось бы подобное занятие ребенка

❖ Другая категория подростков (в большинстве своем – беглецы из интернатных учреждений, хотя есть среди них и «домашние» дети) выбрала «свободный» образ жизни, войдя в «тусовки» маргинальной молодежи, такие как «хиппи», «панки» и т.д. В большинстве своем жизнь этих компаний тесно связана с наркотиками (с их продажей и употреблением). Подростки из этих групп часто используют различными криминальными структурами в своих целях. Нам не удалось наладить системный контакт с детьми из подобных группировок, хотя периодически мы получали информацию об их существовании, общались с теми, кто побывал в них. Тому было несколько причин:

- данные группы предпочитают не афишировать свое существование;
- образ жизни этих подростков слишком сильно выпадает из социальных норм, и возврат в социум крайне затруднителен;
- очень сложно сформировать у подростков этой категории мотивацию на изменение своей жизни, слишком мало мы можем предложить в качестве альтернативы деньгам, наркотикам, «свободе». Предложение «светлого будущего», полученного в результате множества лишений и личностного роста, и личное отношение социального работника – вот практически весь позитивный арсенал, имеющийся у нас в наличии. Но к этому прилагаются отношения с милицией, с чиновниками, со взрослыми, уже проявившими свое неуважение к подростку. И, кроме всего перечисленного, следует отметить реальную опасность для социального работника со стороны криминальных структур, пользующихся «услугами» данной группы.

Работа с подростками-наркоманами также требует особого подхода. В данном случае необходима специализированная социальная работа, учитывающая места «тусовок» наркоманов, их времяпрепровождение, знакомство с данной субкультурой. Лучшими кандидатами для работы в подобной структуре являются люди, сами имевшие опыт употребления, достаточно долгое время прожившие без «срывов». Их работа должна быть тесно связана с центрами, оказывающими стационарную наркологическую помощь на бесплатной основе, или с возможностью отработки стоимости своего лечения.

На основе собранного материала о несовершеннолетних, попадавших в поле зрения социальных работников, можно представить типовой портрет ребенка «группы риска»:

Это мальчик 12–14 лет из неблагополучной или малообеспеченной семьи, где один или оба родителя – алкоголики, не всегда состоящие на учете в КДН или ОППН; как правило, он бросил школу или посещает ее нерегулярно, является заядлым курильщиком и систематически употребляет алкогольные напитки. Большую часть времени он проводит в кругу себе подобных в теплое время года на улице, в холодное – в подвалах, подъездах или на чердаках. «Хорошая» адаптация в среде социума позволяет ему неплохо ориентироваться в возникающих проблемных ситуациях и быстро находить выход из них.

Его внешний вид: грязные руки и чумазое лицо с явными признаками раздражения вокруг рта, вызванного частым употреблением паров клея, потрёпанная грязная одежда со следами того же клея, неприятный запах немытого тела, короткие грязные волосы, пустой безразличный взгляд.

Его поведение характеризуют, прежде всего, замкнутость, недоверчивость, агрессивность. Он живет сегодняшним днем: его навыки планирования ограничиваются несколькими часами; очень сильно отстает в развитии эмоционально-волевая сфера; такой ребенок инфантилен, имеет задержку как интеллектуального, так и общего психического развития.

В недалеком будущем, скорее всего, таких детей ждет или полная деградация, или роль исполнителей в криминальной среде с последующим попаданием в «места не столь отдаленные», или преждевременная смерть от отравления, болезней, передозировок и других опасностей, которые окружают их со всех сторон.

Важным направлением деятельности социальной службы в рамках реализации правового аспекта РП является взаимодействие с КДН, милицией, судами. Основным предмет взаимодействия – сбор полной и объективной информации о ребенке, совершившем правонарушение, с целью выбора адекватных мер реагирования. Так же, в рамках поиска мер воздействия, альтернативных карательным, проводились мероприятия восстановительного правосудия. В частности, специалистами соответствующего профиля, по направлению из ОППН или КДН, с детьми и подростками проводились «Программы примирения», организовывались «Семейные конференции», «Круги заботы» (подробно о технологии данных программ и результатах их применения можно узнать из методической брошюры «Концептуальные основания и перспективы ювенальной юстиции в России», подготовленной к изданию по результатам внедрения модели РП в ЮЗАО).

Реабилитационные программы

Одновременно с созданием социальной службы на базе детско-подросткового наркологического центра, являющегося структурным подразделением наркологического диспансера № 12, совместно с фондом НАН были организованы социально-психологические **реабилитационные программы**.

Реабилитационные программы – системная деятельность (это могут быть как длительно существующие структуры, так и временные мероприятия), имеющая задачей восстановление психологического (а так же, социального, физиологического – если это социальные или медицинские реабилитационные программы) здоровья направляющихся в них несовершеннолетних.

В период 1998-2000 гг. на территории округа функционировало несколько структур, выполнявших специализированные реабилитационные функции:

1. Детский реабилитационный театр - программа для детей от 7 до 14 лет;
2. «Перекресток» - профилактическая и реабилитационная программа для подростков от 14 до 18 лет, употребляющих психоактивные вещества;
3. «Вызов» - психологическая реабилитационная программа для детей и подростков, использующая методы командной работы в экстремальных условиях;
4. Приют «Дорога к дому» - стационарное отделение медико-социальной помощи детям и подросткам, оказавшихся в кризисных жизненных ситуациях;
5. Информационно-справочный телефон помощи детям в кризисной ситуации (128 – 47 – 69);
6. Информационно-справочный телефон для детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества (421-55-55);
7. «Низкопороговый клуб» - досуговое учреждение для детей и подростков. Основная задача Клуба – взаимодействие с уличными группировками и вовлечение их в общественно-полезную деятельность.

За период с 1999–2000 гг. специалистами различных реабилитационных программ была проведена следующая работа:

- **более 600** детей и подростков группы риска включено в длительные реабилитационные программы;
- в реабилитационном процессе приняли участие **79 семей**;
- психологами проведено **более 140** консультаций для детей и их родителей;
- по информационно-справочному телефону помощи обратились **более 1000** человек;
- были организованы **10** постоянно действующих групп личностного роста для детей и их родителей; проведено **более 200** занятий.

В ходе совместной работы реабилитационных программ и социальной службы, путем «проб и ошибок», была сформулирована модель взаимодействия этих структур. Центральная организационная роль в такой модели отводится социальной службе, которая, в лице социального работника, имея возможность доверительного общения с ребенком или подростком, может в добровольном порядке направлять его в ту или иную программу в соответствии со спецификой проблемы.

Основные количественные показатели результатов деятельности социальной службы.

Подразделение «Ребенок дома»

№	Работа	Количество
1	Получена информация о неблагополучных семьях (эти цифры могут пересекаться):	1182
	от социальных работников «РУ»	179
	из КДН	383
	из ОППН	162
	из органов опеки и попечительства	49
	от школьных работников	347
	от самих семей	38
	из поликлиники	71
	от участкового нарколога	105
	из отдела социальной защиты	19
	от психолога РП	10
	от КСПДиП	2
	от социального работника суда	5
2.	Посещение семей (эти цифры могут пересекаться):	4385
	Из них вновь выявленные:	750
	малообеспеченные	379
	употребление наркотиков	48
	мама (только)	5
	сам ребенок	43
	злоупотребление алкоголем	281
	мама (только)	88
	папа (только)	69
	оба родителя (указать не родных родителей)	84(8)
	бабушки	9
	сам ребенок	19
	состоят на учете:	495
	в КДН	344
	в ОППН	145
	в ПНД	12
	в поликлинике	46
	в школе	159
	у нарколога	57
	у психолога	2
	в органах опеки и попечительства	3
3.	Количество семей, с которыми поддерживается тесный контакт	В среднем 47 семей в месяц
4.	Количество семей, задействованных в процессе реабилитации	В среднем 26 семей в месяц
5.	Индивидуально проведенная работа по конкретным семьям – оказанная им помощь.	264
1.	Получили юридическую консультацию	7
2.	Получили психологическую консультацию	70
	Родители	34
	Дети	36
3.	Устроились:	75
	в школу, д/сад, экстернат, интернат	25
	переведены в другую школу	15
	на учебные курсы	1
	помещены в приют	4

	на работу	30
4.	Оказана материальная помощь	112
	соевые продукты	49
	помощь в решении вопроса о бесплатном ремонте	1
	талоны на питание, продуктовые заказы (через ЦСО или районную Управу)	27
	денежная помощь, вещевая	35
5.	Изменение образа жизни клиентов:	51
	занялись воспитанием ребенка	13 (данные за 6 мес.)
	улучшение санитарных условий в квартире	7 (данные за 6 мес.)
	перестали злоупотреблять спиртными напитками, прошли или проходят курс лечения	31
6.	Дана информация:	352
	о родительских группах психологической поддержки	27
	о работе ОППН, КДН, ЦСО	7
	о бирже труда и занятости, о возможностях трудоустройства	86
	о медико-социальном центре	7
	о дошкольных, учебных учреждениях	82
	о юристе	9
	о психологе	82
	о программах для наркоманов, их родственников	20
	о работе нарколога, возможностях лечения	32

Можно выделить следующие направления деятельности соцработников направленные на изменение образа жизни клиента: информационная поддержка, помощь в сборе документов, оказание материальной помощи, используя государственные ресурсы, направление к специалистам, помощь в устройстве родителей на работу, детей – в досуговые и образовательные учреждения. Здесь также отражается и собственно изменение образа жизни клиентов.

Подразделение «Ребенок на улице»

№	Работа	Количество
1.	Количество вновь найденных детей	3807
	группы риска	1030
	Употребляющие наркотики	82
	Употребляющие токсические вещества	43
	Употребляющие спиртные напитки	774
	беспризорники, постоянно живущие на улице	3
	беспризорники, периодически живущие на улице	72
	беспризорники, живущие улицей	387
	малообеспеченные	798
	попрошайки	33
	хулиганство	234
	воровство	122
	неблагополучные семьи	613
	на учете в КДН	159
	на учете ОППН	102
	на учете НД	15
	на учете ПД	5
2.	Количество детей, с которыми поддерживается контакт	От 253 до 520 детей/месяц
	группы риска	от 85 до 234 детей/месяц
3.	Количество вновь выявленных мест «тусовок» группировок	119

Этапы реабилитации

1. Первичный контакт уличного социального работника и ребенка.

Первичный контакт устанавливается уличным социальным работником, если ребенок впервые попадает в поле зрения служб РП именно на улице, во время мониторинга социальными работниками данной территории. Если же неблагополучие ребенка или подростка обнаруживается при других обстоятельствах (в КДН, в милиции, в школе, учреждениях здравоохранения, образования и т.д.), то началом его реабилитации также должно быть знакомство с социальным работником, задействованным в этих структурах или в социальной службе района. Правда, для этого необходимо, чтобы у всех структур, так или иначе имеющих отношение к несовершеннолетним группы риска, были налажены рабочие взаимосвязи с социальной службой, работающей на данной территории.

2. Взаимодействие социального работника и ребенка, результатом которого должна стать разработка программы реабилитации.

Как правило, ребенок далеко не сразу идет на такое сотрудничество и проявляет собственную инициативу (а ее необходимость продиктована принципом добровольности). Поэтому социальный работник какое-то время просто поддерживает контакт с ребенком и в трудные для него моменты предлагает доверительный разговор на темы: хочет ли он меняться, как он хочет меняться, какую помощь социального работника он хотел бы получить в этом, и т.д.

3. Дальнейшая коммуникация, в ходе которой происходит реализация составленной программы реабилитации.

В таком доверительном диалоге рождается понимание того, что может помочь этому ребенку, составляется некоторый план реабилитации. На этом этапе социальный работник может уже привлекать дополнительную помощь для подбора наиболее адекватных средств социальной и психологической помощи ребенку (консультации психолога социальной службы, сбор консилиумов).

4. Привлечение к реализации программы реабилитации ресурсных средств: территориальные органы власти (если это необходимо), досуговые организации, реабилитационные программы. На этом этапе происходит наполнение программы реабилитации набором конкретных мероприятий, программ, предназначенных выполнять реабилитационную функцию

5. Завершение программы реабилитации. Этап завершения несколько искусственен: иногда его можно достаточно четко обозначить, иногда – вообще нереально. Процесс личностного развития и становления – «пожизнен», а завершение сотрудничества ребенка и социального работника в рамках РП – выбор, в первую очередь, самого ребенка.

Взаимодействие с другими структурами и учреждениями.

Наряду с созданием новых структур, составляющих организационный аспект РП, для полноценного функционирования реализуемой модели были установлены функциональные взаимодействия с уже существующими на территории округа структурами и учреждениями, работающими с детьми и подростками.

В первую очередь активное сотрудничество было установлено с правоохранительными органами (ОППН УВД ЮЗАО) и Комиссией по делам несовершеннолетних (КДН).

В соответствие с законодательством, КДН наделены достаточно большими полномочиями в решении судьбы несовершеннолетних, но их потенциал используется далеко не полностью. В процессе координации совместной деятельности социальной службы РП и КДН проводился поиск нерепрессивных технологий воздействия на подростков–правонарушителей. Социальная служба более тесно стала сотрудничать с КДН и ОППН, тем самым выполняя функцию связующего звена между данными структурами и реабилитационными программами.

При поддержке ответственного секретаря КДН ЮЗАО проведена работа по реформированию КДН управы «Академическая», где на завершающем этапе создавалась и апробировалась схема взаимосвязи социального работника и КДН.

Важнейший результат новых технологий и принципов взаимодействия КДН и ОППН и социальной службы – общее увеличение эффективности работы КДН.

Это подтверждают данные за 1998 г., предоставленные ОППН УВД:

❖ в 5 экспериментальных районах («Академический», «Ломоносовский», «Гагаринский», «Обручевский», «Черемушкинский») среднее процентное соотношение роста и снижения общего количества преступлений **снизилось на 7%**, в то время как в 7 контрольных районах наблюдается его **рост на 14,7%**;

❖ По ст. 228 (наркотики) в экспериментальных районах наблюдалось **снижение** привлеченных к уголовной ответственности в среднем **на 4,6 %**, в контрольных – **рост в среднем на 2,5 %**;

❖ По ст. 166 (угон автотранспорта) число уголовных дел в районах, где работали уличные ра-

ботники, **увеличилось в среднем на 1,9 %**, тогда как в контрольных районах этот **рост составил в среднем порядка 5,4 %**;

❖ За 1998 г. на территории экспериментальных районов рост повторных правонарушений составил **0 %**, тогда как в контрольных районах он увеличился на **31 %**;

❖ Количество впервые привлеченных к уголовной ответственности увеличилось соответственно на **3,1 %** и на **15,1 %**. При этом надо не забывать, что, прежде всего, уличные социальные работники уделяли внимание детям и подросткам, состоящим на учетах в ОППН и КДН.

Немаловажную информацию может содержать в себе статистический анализ по групповым преступлениям:

❖ В 3-х экспериментальных районах (по 2-м информации нет) удельный вес групповых преступлений за 1998 г. почти **в 2 раза ниже** значения по округу. При этом надо заметить, что группировками, где не очевидна криминальная направленность их поведения, в районах на сегодняшний день никто, кроме уличных работников, не занимается.

❖ Из 12 районов ЮЗАО снижение преступности за 1998 год наблюдалось только в 5 районах, из которых 3 – входят в экспериментальные. В одном же экспериментальном районе («Гагаринский») число преступлений увеличилось лишь на 1 случай, или на 5,8%.

❖ Оперативная обстановка, связанная с незаконным оборотом наркотиков по линии несовершеннолетних на территории округа, по данным, предоставленным ООРУИМ и ПДН УВД ЮЗАО, характеризуется значительной положительной динамикой. В нижеследующей таблице представлены данные за 1 квартал 2000г. в сравнении с 1 кварталом 1999 г.

	1 квартал 2000г.	1 квартал 1999г.	
1. Количество преступлений, совершенных несовершеннолетними, связанны с незаконным оборотом наркотиков	15	19	снизилось на 21%
2. Количество несовершеннолетних, привлеченных за преступления, связанных с незаконным оборотом наркотиков	10	22	снизилось на 54,5%
3. Количество преступлений, совершенных несовершеннолетними в состоянии алкогольного опьянения	10	20	снизилось на 50%
4. Количество преступлений, совершенных несовершеннолетними в состоянии наркотического опьянения	11	14	снизилось на 21,4%
5. Количество несовершеннолетних, задержанных в состоянии наркотического опьянения	8	26	снизилось на 68%

Координация деятельности различных программ и учреждений

Для координации деятельности всех структур Реабилитационного пространства, а также для формирования единой информационной базы данных был создан **Информационно-координационный центр (ИКЦ)**, который выполняет следующие функции:

- сбор и обработка информации, поступающая от всех участников деятельности РП;
- социально-демографическая и социокультурная карта города (территории, обслуживаемые РП, «зоны риска»);
- базы данных по проблематике дизадаптированности несовершеннолетних;
- банк данных по учреждениям и организациям–участникам деятельности РП;

На сегодняшний день сформирована база данных по несовершеннолетним группы риска ЮЗАО, в которой содержится информация на **1100** детей «группы риска», **678** дисфункциональных семей (подробная информация). Составлена социально-демографическая карта округа с указанием мест регулярных сборов неформальных молодежных группировок, других «зон риска».

Важнейшей перспективой развития модели реабилитационного пространства является формирование общегородской базы данных по несовершеннолетним «группы риска», собранных на основании различных критериев дисфункциональности. Первым шагом на пути реализации данного перспективного проекта явилось создание Городского регистра несовершеннолетних, состоящих на учете в наркологических диспансерах города.

Распространение опыта деятельности

Важнейшим направлением функционирования РП является распространение методологии и технологий работы, трансляция опыта организации и координации деятельности всех структур РП. В рамках развития правового аспекта РП были проведены методические семинары и тренинги:

- тренинг «Базовые идеи и технологии восстановительного правосудия»;
- семинар «Социальная работа в ювенальной юстиции» и презентационный семинар «Программы примирения: идея и технологии»;
- семинар «Введение в восстановительное правосудие», тренинг «База навыков ведущих программы примирения»;
- 2-дневный выездной семинар «Деятельность ювенального судьи в современных условиях России».

Серьезное внимание в ходе реализации всех направлений деятельности уделяется работе со средствами массовой информации с целью освещения проблемы детско-подростковой наркомании в нашем обществе и пропаганды здорового образа жизни. Этой теме были посвящены циклы передач ТВ: «Национальный интерес», «До 16 и старше», «Взгляд», «ТАМ-ТАМ новости», «Белая ворона», «Зебра», «Бумеранг», окружного ТВ «Юго-запад», радио «Максимум», серии статей в журналах и газетах «Литературная газета», «Труд», «Известия», «Коммерсант», «Аргументы и факты», «Новая газета», «Московский комсомолец», «Комсомольская правда», «Педагогическая газета», «Тверская-13», «За Калужской заставой».

В результате деятельности различных направлений реализуемой модели РП был создан пакет методических пособий, состоящий из 10 монографий, в которых представлены основные принципы, технологии и организационные аспекты деятельности:

1. Защита прав детей. Социальные и юридические аспекты.
2. Организация социальной службы «Ребенок на улице».
3. Социальная работа с детьми группы риска: опыт и результаты.
4. Реабилитационная программа для детей «Театр».
5. Реабилитационная программа «Вызов».
6. Реабилитационно-профилактическая программа «Перекресток».
7. Комиссии по делам несовершеннолетних (КДН): реалии и перспективы.
8. Концептуальные основания и перспективы ювенальной юстиции в России.
9. Социальный приют для несовершеннолетних «Дорога к дому».
10. Психологические технологии Реабилитационного пространства.

Таким образом, на сегодняшний день эффективность модели РП как системы помощи несовершеннолетним «группы риска» подтверждена практическим опытом. Дальнейшая перспектива развития рассмотренной модели связана с внедрением ее технологий на общегородском уровне.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 24 марта 2002 г. в Московском городском психолого-педагогическом институте. Присутствовали 12 человек (психологи, психиатры, дефектолог, электрофизиолог-эпилептолог, студенты и преподаватели МГППИ).

История болезни подростка представлена доктором мед. наук Н.М. Иовчук.

Больной X, 15 лет.

Из семейного анамнеза:

Линия отца

Бабка страдала заболеванием щитовидной железы, имела серьезную черепно-мозговую травму в молодости. В инволюционном возрасте – бред преследования, ущерба и завершённый суицид.

Дядя страдает заболеванием щитовидной железы.

Двоюродная сестра – детский церебральный паралич со снижением интеллекта и судорожными припадками; инвалид детства, содержится в психоневрологическом интернате.

У троюродного брата – «волчья пасть».

Отец больного – лидер в доме, непререкаемый глава семьи, единственный работающий член семьи и полностью ее обеспечивающий. Он принимает все важные решения, живо участвует в воспитании детей, поровну с женой делит все домашние заботы, очень надежен, рассудителен. Отличается чрезмерной аккуратностью, педантичностью, точностью, очень обязателен, четок в работе. Старается быть спокойным, не повышать голоса, несмотря на то, что в связи с особенностями сыновей в доме складывается беспокойная атмосфера. В последние годы появились эпизоды ярости, агрессивности, по несколько часов после этого не может успокоиться, подолгу не забывает обиды.

Линия матери

Прадедушка страдал гипертонией на фоне злоупотребления алкоголем.

У прабабушки – диабет; с 60 лет - бред преследования; позднее - старческий склероз и слабоумие.

У бабушки – диабет; постоянно жаловалась на разнообразные боли, всегда считала себя очень больной. В последние годы жизни страдала алкоголизмом.

Мать больного страдает заболеванием щитовидной железы. Перед самым зачатием ребенка в течение 2 недель находилась в зоне, подвергшейся воздействию чернобыльской аварии (йод 131). В это время возник приступ удушья, расцененный врачами как обострение заболевания щитовидной железы (после 10-летнего перерыва), назначено и проводилось медикаментозное лечение (препараты йода). С тех пор приступы удушья повторяются и обычно связаны с психотравмирующими обстоятельствами или утомлением. Во время удушья, продолжающегося несколько часов, затруднен вдох, испытывает ощущение нехватки воздуха и страх смерти. По характеру нерешительная, несамостоятельная, полностью зависит от мнения мужа, не работает, ведет замкнутый образ жизни, подруг не имеет. Раздражительна, вспыльчива. Немногословна, в присутствии мужа почти не говорит, но анамнестические сведения сообщает более точно, емко, чем отец ребенка, скорее, как посторонний наблюдатель. Ранима, чувствительна, склонна к плачу, застенчива и в то же время эмоционально холодна, что в основном проявляется в отношении к детям, отстраненности, абсолютной, как бы равнодушной критичности к болезни младшего сына.

Старший брат больного, 17 лет. С раннего возраста – опережающее развитие, высокий интеллект, проявлял художественную одаренность, но в 12 лет совсем перестал рисовать, увлекшись компьютерной графикой. Уже в младенческом возрасте проявлял признаки упрямства, неуправляемости, агрессивности. При любом замечании, запрете возникали длительные (по несколько часов) приступы ярости, неукротимой злобы, сопровождающиеся криком и разрушениями. В школе, несмотря на отличные способности, учился неровно, иногда намеренно «назло» учителям не посещал школу или вел себя вызывающе. Среди одноклассников друзей не было, но почти всегда говорил о «врагах», опасался их и в то же время провоцировал ссоры, драки. Начиная с 12-13 лет периодически отмечались состояния со спадом работоспособности, усилением замкнутости и агрессивности. Это время проводил дома лежа на диване, был дурашлив, ироничен, орал на весь дом, не обращая внимания на окружающих. Стремится спровоцировать скандал в семье, после которого чувствует себя удовлетворенным. Стремится причинить душевную, а иногда и физическую боль окружающим. Развязный со взрослыми, подчеркнуто высокомерный, манерный. Холоден к близким, держится обособленно от семьи, враждебен к родителям, презрителен по отношению к младшему брату. 11 класс закончил экстерном, в течение го-

да не учится и не работает, но собирается поступать в ВУЗ.

Личный анамнез. Ребенок родился от II беременности, во время которой у матери отмечалась выраженная аллергия. Роды в срок, продолжительностью 9 часов. Вес при рождении - 4100 г, рост - 53 см. Когда показали матери, был синим, хотя в медицинской карте не указано, что имела место асфиксия. К груди приложен на 2 сутки. Сосал вяло. В роддоме отмечалась желтуха. Был инфицирован стафилококком. Отмечались пупочная грыжа, гемангиома в области затылка, деформация безымянного пальца на руке. В первые месяцы жизни был постоянно немного высунут язык, наблюдалась чрезмерная двигательная активность. Несмотря на это плакал мало, сосал нормально, много спал. С 2 мес. начал улыбаться, когда к нему подходили родители, держал головку. С 5 мес. по просьбе давал соску, переворачивался на живот, просился на горшок. С 6 мес. стоял с поддержкой, рассматривал картинки; с 7 мес. стал произносить отдельные слоги (ба-ба, па-па), с 8 мес. самостоятельно вставал в кроватке, ходил с поддержкой. Когда был в хорошем настроении, крутил головой влево-вправо. Часто кусался, хватал за волосы, бегал на четвереньках. С 10 мес. ходил без поддержки, осмысленно произносил 5-6 слов. В дальнейшем, по словам родителей, развивался «рывками»: то обнаруживался перерыв в приобретении навыков, но в короткое время приобретал их. Фразы из двух слов появились в 1 г. 8 мес. Рос очень подвижным, бегал, все хватал, стучал молотком. «Кокетничал» с посторонними, подражал голосам животных, действиям людей. Выполнял только то, что хотел; иногда казалось, что он не слушает и не замечает ничего вокруг, но неожиданно обнаруживал ориентированность в происходящем. Дрался с братом, хотя очень к нему тянулся. То ласкался к родителям, то мог неожиданно сделать больно, например, ткнуть в глаз. Проявлял упорство в некоторых занятиях; если чем-то был заинтересован, было трудно отвлечь. Нередко пытался говорить стихами, рифмовать, придумывал новые слова. Играл в основном в предметы быта, например, любил раскладывать по стульям и полу вилки и ложки. Оперировал левой рукой, затем был переучен на действия правой.

В 2 года стал посещать детский сад. В течение долгого времени при приближении к садику плакал, но в группе быстро успокаивался. Самостоятельно ел, старался выполнять установленный порядок, например, складывал постель в шкаф, просился на горшок. Когда что-то запрещали, падал с ревом на пол. В этом возрасте проявлял хорошую память, музыкальный слух.

2 лет 4 мес. снова отмечался период приостановки в развитии. Вновь стал неопрятен: у добрых воспитателей просился на горшок, у недобрых - смотрел исподлобья и мочил штаны. Воспитатели обращали внимание на то, что мальчик очень неловок, не может выполнять простых, свойственных возрасту действий. Так, например, не мог сделать куличика. Запоминал все с первого раза, считал до восьми. Рисую, сам с собой разговаривал. Норовил пошутить, паясничал, если были зрители; в саду с детьми дрался, обзывал их. Часто убегал от родителей на прогулках, чтобы бегать по лужам. Куклу-гнома называл «доченькой», укачивал. Как магнитофон, повторял все слышанное за день. Стал смотреть телевизионные передачи, в том числе гимнастику, пытался повторять слова, движения. Сочинял песни из придуманных слов. В 2 г. 9 мес. перестал проситься на горшок и дома. Играл сам с собой, сочинял сказки для себя: «...пошел мужик, схватил за ногу и пошел дальше.» Внимательно смотрел фильмы, диафильмы, слушал книги. Рифмовал придуманные им самим слова. Подолгу рисовал маленькие кружочки. Стал задавать вопросы, на которые не требовал ответа, как бы для того, чтобы изобразить внимание. Часами изображал ритмическую гимнастику. Когда уставал или что-то не получалось, злился, кричал, плакал. Энурез отмечался до 5-летнего возраста и прошел без специального лечения. Был неуклюж в движениях, не мог прыгать на одной ноге, не научился кататься на велосипеде. Несмотря на хорошую память, не мог сосредоточиться на занятиях, был невнимателен, быстро уставал.

В возрасте 6,5 лет в связи с особенностями развития был консультирован невропатологом в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ. Обнаружена рассеянная микросимптоматика. При ЭЭГ-исследовании регистрировался очаг эпилептической активности по типу «пик-волна» в правой центрально-височной области. При ЭхоЭС-исследовании отмечено умеренное расширение боковых желудочков мозга, немного увеличены индексы желудочков и плаща, смещение срединных структур мозга слева направо на 0,5 см. Диагноз: Минимальная мозговая дисфункция. Задержка психомоторного развития. Назначено лечение: суксилеп, фенибут, диакарб с аспаркамом по схеме, соннапакс, новопассит и микстура с бромом при беспокойстве. Рекомендовано обратиться к психиатру. Консультирован психиатром в поликлинике им. Семашко, где поставлен диагноз: Психоорганический синдром с задержкой интеллектуального развития.

В этом возрасте стал бояться засыпать с закрытой дверью. Часто снился страшный орел Сэм из телепередачи. Рисовал непонятное, но сам всегда точно знал, что изображал. Лучше получались рисунки красками с большими яркими пятнами. Писал прописные буквы и цифры коряво, но вполне уз-

наваемо. Хорошо читал. Играл сам с собой, изображая разных персонажей, и говорил за них вслух.

В 7 лет принимал суксилеп (постоянно) и пикамилон (курсами по 4 мес.), с 7 лет 10 мес - финлепсин (1/2 на ночь); с 9 лет до 10 лет принимал финлепсин, ноотропил. В 9,5 лет на ЭЭГ отмечено усиление пароксизмальной активности, в связи с чем назначены пантогам и кавинтон. В 10-летнем возрасте родители прекратили лечение финлепсином.

С 7,5 лет стал посещать школу. Был медлителен, не сразу понимал объяснения учителя и родителей. Отсутствовала ловкость в кистях рук. Писал буквы неровно, некрасиво. Отмечалась монотонность в действиях и мыслях. В то же время оказался самым лучшим чтецом в классе, читал быстрее и выразительнее одноклассников. Писал грамотно, получал в основном «4» и «5». Мальчику было трудно освоить действия и движения, которые связаны с ориентацией в пространстве. Не мог понять, как крутить педали велосипеда, как застегнуть лыжные ремни вокруг ноги, было сложно одновременно работать лыжами и палками. Внимание сосредоточивалось при этом или на лыжах, или на палках.

Хорошо пел, точно попадая в мелодию, размер. Подражал голосам и манере разных артистов, людей. Когда рисовал с натуры, отдельные характерные детали, черты человека схватывал точно, но хорошо нарисованный глаз съезжал на лоб. Срисовывал иногда очень выразительно, улавливал характерные черты, но они на рисунке как бы существовали отдельно друг от друга, так что трудно было разные части рисунка совместить в единое целое. Язык во рту не совсем помещался; когда был увлечен рисованием и т.д., капала слюна. Несколько раз отмечался энурез на уроке, т.к. стеснялся попроситься. Из-за этих проблем одноклассники смеялись над мальчиком. Его было легко обмануть, запугать. Тем не менее неизменно проявлял желание ходить в школу и именно в этот класс. Нередко высказывал чувство вины перед одноклассниками. Для этого возраста были характерны следующие высказывания: «Не хочу (боюсь) вырасти, ведь я ничего не умею, у меня никогда ничего не получится». Чтобы не было стыдно перед одноклассниками своей неуклюжести, отлынивал от уроков физкультуры, говорил, например, что не нашел лыжи, и т.д.

Дома быстро освоил компьютер, запоминая манипуляции обычно с первого раза. Так же легко запоминал английские слова и их перевод. Сочинял стихи (много о смерти), написал романс на стихи Фета. Часто во сне видел мороженое и сладости. Днем часто мальчика было не оторвать от переключения каналов телевизора, щелканье пультом было интереснее, чем сами передачи.

В 12,5 лет появилась плаксивость, на уроках у доски стал очень тихо говорить. Беседуя с мало знакомыми людьми, прятал глаза. Боялся глупо выглядеть. При посторонних стал говорить шепотом на ухо родителям. В школе, когда был дежурным, стеснялся спрашивать у ребят сменную обувь. Сверстникам его легко было обмануть, одноклассники могли заставить его унижаться, пригрозив, например, обжечь крапивой. Не обращал внимания на серьезные неприятности, а из-за какого-нибудь значимого для него предмета бросался в крик и слезы, говорил о нежелании жить и самоубийстве. Следил, чтобы не нарушалась традиция чтения перед сном и чтобы потом дверь в комнату родителей оставалась открытой. Только в возрасте 13-14 лет перестал верить в существование Деда Мороза.

Долгое время рисовал схемы метро с перечнем всех станций и списки автобусных остановок (придуманные маршруты). Несколько лет писал телевизионные программы придуманных каналов, которые отличались однообразием. До сих пор подолгу настраивает телевизор, крутит антенну даже при хорошем изображении, иногда сам сбивает программу, чтобы снова ее настраивать. То же самое проделывал и с чужими телевизорами, когда был в гостях. Был одержим целью перепробовать все сорта мороженого. Увидев ларек с мороженым на другой стороне улицы, мог побежать через дорогу, забыв о машинах. Когда к нему кто-то из родителей обращался на близком расстоянии или приближал лицо, шарахался, отворачивался, при этом говорил: «Фу, вы мерзкие!». В последние годы появился обостренный интерес к вопросам пола, к половым отклонениям. Иногда по полдня дразнил родителей и брата, назло повторяя неприличные движения и слова. Иногда гладил старшего брата, несмотря на то, что тот за это его бил.

С 12,5–13 лет стал навязчив в общении (подолгу показывал любимые компьютерные игры, рассказывал мексиканские сериалы, не замечая, что собеседнику это не интересно). Сочинял продолжение телевизионных сериалов. Очень ждал гостей (и взрослых, и детей) и сразу начинал им показывать компьютерную игру, свою телепрограмму или свой сценарий. По-прежнему хорошо усваивал английский язык, очень грамотно писал, получая четверки и пятерки, неплохо усваивал географию, московведение. Хорошо и выразительно читал вслух, в том числе - стихи. Самостоятельно читать заставить было практически невозможно. Отмечались трудности в изложении своими словами какого-то события. Плохо учился по математике, рисованию, не давалось черчение схем по биологии. Иногда говорил, что не хочется ходить в школу. Под любым предлогом отлынивал от приготовления уроков, гово-

рил, что устал, и приготовление уроков затягивалось до позднего вечера. Хотел общаться со сверстниками, приглашал их в гости поиграть в компьютерные игры. Сверстники относились к нему снисходительно, многие помогали в школе. Сутулился, ходил нескладно, все движения были неуклюжими. Иногда возникали жалобы на боли в сердце, спине, животе, головные боли. Укачивало в машине. В возрасте 13 лет, рассердившись на родителей, разбил стекло; как-то после ссоры отрезал у себя клочок волос и порезал брюки отца. Когда шел с семьей в театр, музей, на выставку, в кафе, в бассейн, начиналась сильная мучительная отрыжка. При этом был всегда добродушен, послушен, был очень привязан к родителям, волновался в их отсутствии, был чрезмерно покладистым, зависимым от родителей, а поведение, по сравнению со сверстниками, будто бы соответствовало более раннему возрасту. Всегда был совершенно одинок, время в основном проводил дома, никогда не имел друзей и даже приятелей, с которыми бы проводил время в игре и на прогулке. С посторонними был робок, застенчив, говорил тихим голосом. Между тем высказывал желание быть сильным и смелым. Часто спрашивал, не очень ли он толстый. Старался преодолеть лень и заниматься спортом, нередко по своей инициативе. Очень гордился, когда наконец научился плавать, мыться, резать колбасу и т.д. Говорил, что мечтает иметь семью и детей. Был консультирован в диспансере при детской ПБ № 6, диагноз: «Задержка психического развития»; рекомендаций не получил.

В 13,5 лет впервые наблюдался судорожный припадок. Он возник после длительного волнения и физического перенапряжения, в постели во время дневного отдыха: родителей привлекли звуки будто мальчик подавился; сначала он вытянулся в постели с неподвижно устремленным в потолок взглядом, остекленевшими покрасневшими глазами и согнутой в локте рукой, затем появились короткие судорожные подергивания во всем теле; язык был прикушен, зубы сжаты, так что невозможно было освободить язык, изо рта стекала окровавленная слюна. Ни на вопросы, ни на какие действия родителей не реагировал. Такое состояние продолжалось около 5 минут. После окончания приступа пытался отвечать на вопросы, но речь была нечленораздельная, пытался встать и искал что-то возле кровати. Постепенно взгляд стал более осмысленным, речь – более четкой, спрашивал, где черная собака, которая сидела на его одеяле и упала под кровать. После приема $\frac{1}{2}$ табл. финлепсина спал несколько часов. Через 1 мес. повторился приступ, который был более коротким и менее выраженным, чем первый. С этого времени постоянно принимал финлепсин перед сном – $\frac{1}{2}$ табл.

С 14,5 лет (с осени 2001 г.) состояние ухудшилось. Походка стала скованной, все время озирался по сторонам. Считал, что вокруг все говорят о нем и над ним смеются. Постепенно походка становилась все более нелепой: стал ходить, будто марширует, с вытянутой вперед напряженной рукой. Становился все более возбужденным, назойливым, много смеялся, непрерывно говорил – о компьютерных играх, сериалах, о школе, своем самочувствии. Речь при этом была очень быстрой, непоследовательной, смазанной, так что не всегда было понятно, о чем собственно он хочет рассказать. Жаловался, что у него «все клеточки болят и гноятся». Иногда подолгу говорил (или ругался) сам с собой. Говорил, что знает, что никому не нужен, и тут же смеялся. Со смехом говорил, что не хочет жить и просил убить его. В то же время иногда становился очень злым, грубым, ругался, употребляя и нецензурные выражения. И тут же просил прощения у близких. Стал петь громким голосом английские стихи. После дополнительных занятий с математиком стал говорить только о задачах, забыв при этом про некогда любимый компьютер. Считал, что он «лучший в классе» по математике и английскому языку. Между тем очень часто стал спрашивать, не «сошел ли он с ума», «не сумасшедший» ли он. Появились непрерывные вычурное подкашливание, подергивание головой. Стал с трудом засыпать. В это время значительно усилились проблемы в школе. И сам, и одноклассники стали больше внимания обращать на его особенности поведения. С конца декабря 2001 г. перестал посещать школу. Был переведен на индивидуальное обучение. В январе 2002 г. был консультирован психиатром.

Психический статус при первичном осмотре: Высокого роста, очень худой. Выражены признаки дисплазии: торчащие, чрезмерно большие уши, удлиненное лицо, удлиненные конечности, чрезмерно длинные пальцы. Походка скованная, манерная. Поза напряженная: слишком прямая спина, вытянутая шея, и вдруг будто весь опадает, сгорбливается, становится меньше ростом; потом снова вытягивается – и снова опадает. Определяется напряжение мышц шеи и плечевого пояса. Выражение лица детское, простодушное, непрерывно улыбается, смеется, шутит. Глаза широко открытые, удивленные, неподвижные. Голос тихий, монотонный. Многоглаголив, речь очень быстрая. Отвечает на вопросы, не задумываясь, иногда не дожидаясь окончания вопроса. Непрерывно, почти после каждого слова покашливает: «кхе-кхе», иногда подергивает головой. Первый вступает в разговор, как только входит в кабинет. Спрашивает, не нелепо ли он выглядит, не выглядит ли он сумасшедшим, правильно ли себя ведет, адекватны ли его поступки. «А Вы как думаете?». Считает, что он не такой, как другие, по-

скольку он «все может в математике», читает лучше всех по-английски и очень хорошо поет на английском языке. Тут же предлагает спеть, но так и не решается, несмотря на настойчивые просьбы. Думает, что ему завидуют одноклассники, а поэтому дразнят, «доводят». О нем говорят ученики в школе и случайные прохожие на улице, но, что именно говорят, не сообщил: «Даже не буду пересказывать». С ним что-то происходит, он не может этого объяснить словами. Смеясь говорит, что ему все время надо говорить ерунду (например, придумывать рифму к слову «маразм»), будто кто-то управляет и заставляет так делать. В голове мысли не просто звучат – «орут», в мыслях «каша», они путаются, нанизываются друг на друга, теряются, «в голове беспорядок». Есть ощущение, что он «сходит с ума». Тут же спрашивает «Я не сумасшедший? У меня нет путаницы мыслей? Как Вы думаете?». Временами мысли становятся громкими, а иногда в голове звучат голоса: то мужской, то женский, то неясное бормотание, слов не разобрать. Голоса появляются, когда он о чем-нибудь «сильно» думает. Считает, что всегда был фантазером, представлял сериалы и «умственно, и зрительно», а теперь этот дар потерял. Считает, что стал грустным, как только его «стали волновать» недоброжелатели. В процессе беседы выявляются неуверенность и непоследовательность в каждом из ответов: ответит и тут же говорит, что, «может быть, это не так», может быть, он неправильно ответил. На не интересующие его вопросы отвечает односложно, тихо, мельком.

В настоящее время (февраль 2002 г.) получает следующее лечение: финлепсин 100 мг (1/2 таблетки) на ночь; сонапакс 10 мг 3 раза в сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ по результатам психологического обследования (представлено кандидатом психол. наук Е.И. Морозовой)

Причина обращения: решение вопроса о целесообразности перевода ребенка из массовой школы в специальную школу для умственно отсталых детей.

Эмоциональность снижена, амимичен, речь монотонная, мало модулированная. Движения неловкие, угловатые. Периодически становится напряженным, настороженным. Сам себя успокаивает: «Спокойствие. Только спокойствие».

В процессе обследования держится доброжелательно, старается проявить благовоспитанность, однако в общении с психологом не соблюдает дистанцию, снижена адекватность поведения. Так, при появлении в кабинете посторонних людей сообщает: «Хочу спеть на английском. Но можно ли это в больнице?» Получив разрешение, встает и начинает громко петь, повернувшись спиной к присутствующим. Демонстрирует амбивалентное отношение к заданиям, противоречивость проявляется и в поведении. Так, в какой-то момент говорит: «Не надо мне было петь, я веду себя как debil. Зачем просто так петь?» и – тут же начинает петь снова.

Проявляет высокую заинтересованность в оценке своих действий и поведения окружающими. Выясняет реакцию психолога на те или иные свои проявления: «Не видите во мне странностей? Не односторонний ли я?». Часто задает вопросы, не относящиеся к заданиям: «Я люблю играть в детские игры, незамысловатые. Как вы думаете, можно в детскую игру играть? Ничего плохого нет? Как можно объяснить это желание играть в игры? Это не тормозит развитие?» и т.п. Не дожидаясь реакции психолога, продолжает рассуждать на эту тему сам с собой. Жалуется на наплывы мыслей: «Бывает пустая голова, а бывает – наплывает много мыслей».

Речь преимущественно монологична, не ориентирована на слушателя («речь для себя»). Проверяющему далеко не всегда удается прервать этот бессвязный словесный поток.

При выполнении заданий проявляет импульсивность, трудности в саморегуляции; нередко сам себе ставит запреты и тут же их нарушает. Отмечается резкое снижение целенаправленности. Нередко уходит от поставленной задачи и начинает писать бессмысленные математические формулы. Нуждается в дополнительном побуждении, повторении инструкции, внешней организации деятельности. Работоспособность снижена, достижения очень неравномерны: периодически справляется с достаточно сложными заданиями, а подчас не может справиться со значительно более простыми. Быстро наступает пресыщение: легко утрачивает интерес к заданию и переходит к бессмысленным манипуляциям или к резонерству. Уровень достижений снижается вследствие погруженности в навязчивые мысли, бессмысленные действия.

В обследовании **мышления** выявились выраженные нарушения, неравномерный уровень решения интеллектуальных задач. В тесте Равена затрудняется самостоятельно учесть несколько признаков одновременно, не производит анализа задания, даже при жесткой организующей помощи психолога. При выполнении методики «Пиктограммы» не удерживает инструкцию. Проявляются нарушения целенаправленности, стереотипия, выраженное резонерство, соскальзывание с заданной темы, перескакивание с одной темы на другую. Рисунки для запоминания подбирает случайным образом, располагает их

хаотично, накладывая один на другой. Использовать символы для запоминания слов оказывается не в состоянии, поэтому опосредование не улучшает мнестические процессы. Ассоциации неадекватны. Например, при предъявлении для запоминания словосочетания «темная ночь» мальчик рисует геометрические фигуры, математические формулы, искаженные фигуры людей, поясняя: «Как бы страшная ночь. Страшный зверь. Женщина мрачная. Это – тоже какое-то существо. Непонятно. Ни к чему не относится. Пожар. Шарик на женщине. Злая. Пытается менять внешность. Жила бы спокойно, а ей убить кого-то нужно» и т.п. На слово «развитие изображает искаженных людей и сообщает: «Мама, папа, блин, родили такого уродца. Врач роддома, который принимал этого уродца...» и т.д.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется очень высокой лабильностью, непредсказуемыми и необоснованными перепадами настроения. Отмечаются высокая тревожность, напряженность, большая вероятность наличия страхов. При выполнении проективных методик доминирует агрессивная тематика, которая, однако, отражает, скорее, боязнь агрессии со стороны окружающих, нежели собственные агрессивные тенденции. Вместе с тем, вполне возможны проявления защитной агрессии, которая может быть спровоцирована не реальной угрозой, а искаженным восприятием действительности мальчиком. Проявляется снижение синтонности, так, не улавливает эмоциональных реакций собеседника и часто неадекватно реагирует на них, хотя очень старается произвести впечатление «благовоспитанного мальчика». В рисуночных тестах проявляется распад целостного образа, сниженный уровень конформности представлений.

Таким образом, состояние может быть оценено как острое. В материалах обследования проявляются нарушения мышления по шизоидному типу, выраженное эмоциональное и личностное своеобразие, снижение адекватности и критичности, общая диссоциированность психики. В силу острого состояния на момент обследования затруднено принятие помощи взрослого, снижена чувствительность к обучающим воздействиям. В настоящее время резко снижена также адаптивность мальчика, что является противопоказанием для изменения условий его обучения.

Рекомендуется оказание психиатрической помощи для преодоления острого состояния. Вопрос о выборе типа школы рекомендуется отложить до проявления результатов лечения.

Заключение по результатам психолого-педагогического обследования (докладывает коррекционный педагог, кандидат пед. наук А. М. Щербакова)

Во время обследования говорлив, тревожен. Навязчивое покашливание. Постоянные вопросы о том, какое впечатление он производит («Я нормально отвечаю?», «Я выгляжу как нормальный человек?», «Я адекватно себя веду?» и т.п.).

Речь правильная, развернутая, богатый словарный запас. Обследование сенсомоторной сферы показало общую моторную неловкость, несформированность схемы тела, скрытое левшество. Выполнение заданий на пространственный гнозис неуспешно. Нет гештальта; восстановление целого образа из его отдельных элементов возможно лишь путем многочисленных проб. Контроль правильности при помощи другого (сам просит о помощи). Непреодолимые трудности пространственного разворота. Неспособен кодировать в изображении реальные пространственные соотношения объектов и декодировать такие изображения.

При выполнении задания на составление последовательности из отдельных картинок («Курица с цыплятами») продемонстрировал неспособность осознать контекст ситуации («Курица забыла цыплят и стоит с воробьями»).

Оценивая «неправильные картинки», не смог выявить не только существенные признаки изображенного объекта или ситуации, но зачастую и опознать само изображение, что еще раз подтвердило сделанные ранее наблюдения о проблемах декодировки графических изображений. В случаях опознания изображения ориентировался на несущественные признаки.

Проверка состояния учебных навыков показала: письмо, в основном, грамотное, структурированное, оформленное в соответствии с требованиями орфографии. Чтение технически правильное, беглое, без ошибок. Проверка понимания текста (искаженные предложения) показала, что мальчик не может обнаружить смысловые ошибки, замечая грамматические.

Обследуемый особенно настаивал на том, чтобы получить задания по математике («Иногда я думаю, что я великий ученый. Математику стал понимать, и мне это вскружило голову»). Предъявленные ему задачи из программы начальной школы оказались недоступными для анализа. Дал нелепые, неадекватные решения, к результатам решения не критичен.

В обследовании были использованы проективные методики (несуществующее животное, кинетический рисунок семьи, метаморфоза семьи). Результаты в общем показали несформированность графических умений. При этом дал эмоционально насыщенные и информативные изображения. По ри-

сункам можно судить о наличии страхов, подозрительности, высокой агрессивности, острых проблем во взаимоотношениях с близкими. Проявляются тенденции к уходу от травмирующей ситуации, подавлению агрессии. Важно отметить, что встречаются портреты, в которых изображение дано одновременно анфас и в профиль, а также уход от предметного изображения к рисованию абстрактных форм («Это мои круги»).

В целом остался недоволен обследованием: «Вы давали мне очень простые, детские задания. Я умею решать сложные алгебраические задачи. А это все очень просто».

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении познавательных возможностей, нарушении продуктивности деятельности, потере ее смысловой стороны, потере критичности к результатам при достаточном в то же время развитии экспрессивной речи, высоком владении формальными навыками письма и чтения. Анализ данных позволяет сделать вывод о поврежденном развитии, в частности, о прогрессивной деменции. В ходе беседы с родителями выявилась их неадекватно завышенная оценка возможностей сына. Обучение ребенка в общеобразовательной школе явилось дополнительным психотравмирующим условием: отторжение подростка одноклассниками, их насмешки над ним привели к усилению неуверенности, агрессивности, социальной дезориентации.

Рекомендации. Учитывая необходимость социально-бытовой ориентировки и трудовой адаптации подростка, а также его сниженные познавательные возможности и непродуктивность, с частности, в учебной деятельности, целесообразно его обучение в специальной (коррекционной) школе VIII вида.

Заключение по данным электроэнцефалографического исследования от 18 февраля 2002 г. (докладывает кандидат мед. наук В. . Грачев)

Вольтаж ЭЭГ снижен. ЭЭГ несколько дезорганизована. В затылочных отведениях регистрируется несколько дезорганизованный нерегулярный альфа-ритм. В структуре альфа-ритма преобладает ритмическая активность частотой 8,5 Гц, в то же время заметно увеличена представленность низкочастотной (7-8 Гц) составляющей альфа-диапазона. Колебания альфа-ритма перемежаются умеренным количеством медленных волн, которые в умеренном количестве наблюдаются и в других отведениях. Во всех отведениях (особенно в лобных и центральных) заметно увеличена представленность высокочастотной бета-активности. В теменно-центральных отведениях доминирует ритмическая активность частотой 7,5-8 Гц с отчетливым акцентом в левом теменном отведении. В течение записи отмечаются редкие билатеральные всплески низкоамплитудных альфа-подобных и тета-колебаний с акцентом в лобно-центрально-теменных отведениях. Прерывистая Ф.С. существенно не меняет картины ЭЭГ. Реакция на НВ-пробу очень умеренная, отмечается некоторая синхронизация ЭЭГ с увеличением индекса медленных волн, со второй минуты пробы появляются генерализованные всплески альфа-подобных и тета-колебаний с амплитудным тах. в лобно-центральных отведениях. После окончания пробы ЭЭГ быстро восстанавливает фоновые показатели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В ЭЭГ на фоне легких диффузных изменений по органическому типу выявляются признаки негрубых, но отчетливых регуляторных нарушений в виде усиления индекса бета активности и выраженности низкочастотного компонента в структуре альфа-ритма. Выявляются признаки умеренной дисфункции коры головного мозга, с недостаточностью тормозных процессов в коре и слабостью организующих влияний лобных структур. Следует отметить признаки некоторой задержки формирования возрастной структуры корковой ритмики. Эпилептической активности не выявлено.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ. Высокого роста, диспластичный, марфаноподобные стигмы. Сразу же, войдя в кабинет, начинает непрерывно и быстро говорить, порой бессвязно, повторяя многократно одни и те же предложения, с монотонными интонациями, периодически «кхекает». Производит впечатление несколько растерянного. Без задержек и без заметной эмоциональной дифференцировки отвечает на любые вопросы. Сам многократно спрашивает, нормален ли он, и тут же утверждает, что «не больной». Заявляет, что у него все в порядке, нет никаких неприятностей и проблем. Но тут же рассказывает о бесконечных ссорах и драках с братом, о том, что не может ходить в школу, т.к. замечает, что на него все обращают внимание, за спиной слышит обидные слова, фразы «Вот Даун идет»; боится насмешек над собой; старается «ходить уверенно» (Тут же, по просьбе, демонстрирует эту походку – маршеобразную, в нелепой вычурной позе, с задранной головой.). Говорит о постоянной путанице мыслей, громком звучании мыслей, разнообразных «голосах» в голове, мужских и женских, «судорожных», бормочущих, торопливых, плохо разборчивых. Понимает, что это «галлюцинации», но говорит об этом с теми же неяркими интонациями. Раньше он любил сочинять смешные истории, «додумывал» сериалы, был веселый, «пока за спиной не стали обзывать». Сейчас настроение то хорошее (чаще вечером), то плохое (особенно днем). Безразлично соглашается с предложением принимать лекарства.

ДИСКУССИЯ

Доктор мед. наук Н. М. Иовчук. Прежде чем приступить к клиническому разбору хотелось бы обосновать выбор данного случая для консилиума. В последний год в амбулаторной психиатрической практике встречается все больше и больше случаев сочетания различного рода пароксизмальных состояний (судорожных и бессудорожных) с продуктивной симптоматикой и изменениями личности, мало свойственными эпилепсии. Конечно, статистических данных по этому поводу не имеется, но создается впечатление, что еще 5-10 лет тому назад такие больные представлялись казуистикой. Нозологическая диагностика в этих случаях крайне затруднена, как и терапевтический и реабилитационно-коррекционный подходы.

Клиническая картина болезни в данном случае является чрезвычайно разнообразной, представляя несколько рядов психопатологических расстройств. На первый план в психическом статусе выступает атипичный маниакальный синдром, характеризующийся возбужденностью, назойливостью, многоречивостью, быстротой речи и ее непоследовательностью, отвлекаемостью, легкостью и поверхностностью контакта, чрезмерной откровенностью, сокращением длительности сна, а также идеями переоценки собственной личности, особых способностей. Атипичность маниакального синдрома обусловлена выраженным тревожным компонентом, эпизодическим ощущением дискомфорта и плохого самочувствия, что, возможно, позволяет даже говорить о смешанном состоянии. Атипичность маниакального синдрома в данном случае создается также за счет выраженных кататонических включений (манерности, нелепости, вычурности движений, повышенного мышечного тонуса в области шеи и плечевого пояса, двигательных стереотипий, амбивалентности). На описанном аффективном фоне выступают расстройства других психопатологических регистров: вполне отчетливые и устойчивые бредовые идеи отношения и преследования, рудиментарный бред воздействия, а также псевдогаллюцинаторные (вербальные и зрительные) расстройства и выраженные симптомы специфических нарушений мышления (шперрунги, путаница мыслей, наплывы мыслей, звучание мыслей). Кроме того, есть основания предполагать наличие аффекта недоумения и элементов растерянности, во многом скрытых за возбужденностью и многоречивостью больного. Такая полиморфная картина свидетельствует о затяжном психотическом состоянии, протекающем подостро.

Несмотря на выраженность продуктивной психопатологической симптоматики, можно говорить и о личностных особенностях больного, которые заключаются в грубых признаках психического инфантилизма, глубокой интровертированности, эмоциональной нивелировке, крайне низкой продуктивности деятельности, нецеленаправленности, изменениях типа фершробене (чужаковатости). Отмечаются также выраженные признаки дисгармоничности развития, диспропорциональности познавательной деятельности, неравномерности знаний и умений. Если все вышеописанное относится более всего к шизофреническому спектру личностных изменений, то утомляемость, истощаемость, эмоциональная лабильность свидетельствует скорее об остаточных явлениях раннего резидуально-органического поражения ЦНС. Здесь следует обратить внимание и на грубые черты диспластичности, что заставило нас направить больного на генетическое обследование, которое все же не подтвердило предполагаемого синдрома Марфана. Такие выраженные дисплазии, по-видимому, могут свидетельствовать о внутриутробном поражении (вспомним о радиационном фоне, на котором происходило зачатие и раннее развитие плода).

В перечисленных личностных особенностях тем не менее полностью отсутствуют специфические эпилептические изменения, которые можно было бы предположить, учитывая наследственную отягощенность и следующий ряд психопатологических расстройств. Он включает судорожные пароксизмы (2 развернутых судорожных припадков). Следует обратить внимание на присутствие в ЭЭГ задолго до возникновения припадков очага эпиактивности, по поводу чего ребенок с 6 до 10-летнего возраста при клиническом отсутствии припадков принимал противосудорожные препараты.

Судорожные припадки возникли за 1 год до начала психотического состояния. На протяжении всей жизни развитие ребенка отличалось неравномерностью: он то приостанавливался в развитии или даже утрачивал приобретенные умения и навыки, то в короткие сроки восстанавливал их. Практически постоянно с 2-летнего возраста в клинической картине болезни присутствовали неврозоподобные расстройства (навязчивости, энурез, фобии, патологическое фантазирование, сверхценные увлечения, и двигательные расстройства). Следует обратить особое внимание на период жизни ребенка с 2 лет 4 мес. до 5 лет, когда отмечался выраженный регресс поведения и навыков, появление наряду с неврозоподобной симптоматикой кататонических расстройств в виде двигательных стереотипий, эхоталий и эхопраксий, амбивалентности, импульсивности. Тогда это состояние, продолжающееся по существу 2,5 года, неправильно расцененное, прошло без специального лечения, но после него стали особенно заметными осо-

бенности развития, в том числе эмоциональные изменения, аутистические тенденции, формальность, ригидность, нецеленаправленность деятельности, крайняя узость и своеобразие интересов.

Таким образом, по-видимому, можно думать о двух затяжных психотических состояниях – настоящем и перенесенном в возрасте 2-5 лет. В течение 9 лет жизни, отделяющих одно психотическое состояние от другого, отмечалось вялое течение заболевания на фоне дисгармоничного развития.

Небезынтересным в данном случае является и наследственно-семейный фон, представленный множественной отягощенностью как шизофреническим спектром расстройств (брат больного с преобладающими гебоидными, паранойяльными расстройствами и фазными изменениями настроения), так и аффективных психозов (депрессии с психосоматическим компонентом типа диспноэ), экзогенно-органических заболеваний, врожденных уродств, суицидов, личностных особенностей эпилептоидного круга (отец ребенка).

С учетом всего сказанного оказывается, что установление нозологического диагноза в данном случае является непростой проблемой. С нашей точки зрения, в данном случае необходимо дифференцировать рано начавшуюся шубообразную среднепрогредиентную шизофрению, манифестировавшую на фоне ранней резидуально-органической церебральной недостаточности от эпилептического психоза. Данный дифференциальный диагноз и вытекающая из него тактика медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий, в том числе способа обучения больного, представляется на обсуждение.

Доктор мед. наук, профессор Ю. С. Шевченко. Действительно, настоящий случай представляется очень интересным и полезным для обсуждения в связи с нарастанием числа подобных больных, у которых наряду с органической и эпилептической симптоматикой отмечаются явные шизотипические черты. У больного наблюдаются «моторная дебилность», скрытая леворукость, недоразвитие высших познавательных функций, массивная своеобразная нейропсихологическая патология. Создается впечатление, что в данном случае страдают межполушарные и лобные структуры мозга. Речь идет о грубом дизонтогенезе, который, по-видимому, обусловлен дизэмбриогенезом, т.е. ранним поражением плода. Здесь нельзя не придавать значения тем условиям, в которых происходили первые дни и месяцы беременности – мать наверняка получила определенную дозу радиационного облучения, что и сказалось на развитии плода. Я совершенно не уверен, что двигательную патологию в данном случае можно расценить как чисто кататоническую. Думаю, что на действительно кататоническую симптоматику накладываются тонкие нейропсихологические симптомы.

Кандидат мед. наук В. В. Грачев. Данные ЭЭГ-исследования более всего свидетельствуют о заинтересованности левого полушария головного мозга. Эпилептической активности в настоящее время не определяется, хотя очень сомнительно, что это обусловлено лечением (с 13,5 лет) такой гомеопатической дозой финлепсина.

Ю. С. Шевченко. Надо бы, конечно, уточнить цитогенетические исследования. Нужны молекулярные исследования для того, чтобы понять генетический или органический фон создает такую своеобразную клиническую картину. Припадки, психоорганический синдром, личностные особенности укладываются в генетическую патологию.

Н. М. Иовчук. И все же в генетическую патологию не укладывается такой полиморфный психоз. Впрочем, несмотря на выраженность психотической симптоматики, сквозь нее проступают признаки энцефалопатии: церебрастенические признаки, метеопатия, непереносимость транспорта и т.п.

Кандидат мед. наук А. А. Северный. Очень важно определить, в каком возрасте начались психические изменения (по сравнению с предыдущим развитием): в 12 лет, когда стал плаксив и хуже стал учиться, в 13 лет (во время или сразу после первого или второго припадка). Вероятно, что эти изменения, свидетельствующие о психотическом состоянии, начались позже и никак не были связаны с припадком. Я согласен, что в данном случае имеет место психотическое состояние с полиморфной аффективно-бредовой симптоматикой. Кроме того, здесь все же присутствуют элементы растерянности, что свидетельствует об остроте состояния. Мне кажется, настоящего состояния нельзя расценить как маниакальное. По-видимому, мания была и прошла, уступив место смешанному состоянию с преобладающей тревожно-депрессивной симптоматикой. Отмечается выраженная циркадность. Что явно говорит о большом участии аффективных расстройств в клинической картине болезни. О шизофренической природе настоящего психоза свидетельствуют нарастающие специфические изменения личности, среди которых нет никаких признаков специфических эпилептических личностных особенностей. Конечно, нельзя пренебрегать той картиной дизэмбриогенеза, которая наблюдалась у ребенка сразу же после рождения.

Ю. С. Шевченко. Встает также следующий вопрос: как квалифицировать психическое состояние матери и старшего брата больного и личностные особенности его отца. Во многом психическое со-

стояние нашего больного определяется наследственностью. Так, отец больного определенно демонстрирует черты гиперсоциального эпилептоида, хотя никогда судя по истории болезни не переносил ни одного эпилептического припадка.

А. А. Северный. У матери выраженные аффективные колебания, выступающие в сочетании с психосоматическими расстройствами, имеющими пароксизмальный характер. Но надо обратить внимание и на те личностные особенности, которые мать имеет после перенесенных, но нераспознанных атипичных аффективных расстройств: аутична, эмоционально изменена по типу «дерева-стекла», по-видимому, не состоятельна в работе, психически инфантильна, т.е. возможно, как и сын, тоже больна. Старший брат, в отличие от младшего, внешне гармоничен, талантлив, но с раннего возраста у него отмечаются психопатоподобные нарушения, которые в пубертатном возрасте приближаются по своим проявлениям к гебоидным.

Н. М. Иовчук. Необходимо сегодня определить тактику медикаментозного лечения, поскольку те малые дозы, которые он получает, совсем не являются эффективными. Раз мы коллективно решили, что настоящий психоз не является эпилептическим, а протекает в рамках шизофрении, то давайте подумаем, какие антипсихотические препараты дадут максимальный положительный результат, не вызывая при этом повторения судорожных припадков.

А. А. Северный. Одновременно, учитывая высокий удельный вес аффективных расстройств в клинической картине болезни, необходимо решить и вопрос о медикаментозной профилактике. По-видимому, наиболее целесообразно довести финлепсин до разумной дозировки (2,5–3 таблетки в сутки), и он сможет оказывать и противосудорожный и профилактический антипсихотический эффект.

Ю. С. Шевченко. Надо делать выбор между трифтазином и азалептином как антипсихотическими препаратами. Пожалуй, стоит также подумать о применении антидепрессантов, например, амитриптилина, триптизола.

Н. М. Иовчук. Я согласна с необходимостью увеличения дозы финлепсина и больше склоняюсь к введению стелазина с циклодолом в терапевтических дозах (до 3-4 таблеток в день), но мне представляется опасным применять в данном случае амитриптилин или другие антидепрессанты, учитывая близость судорожного припадка и смешанный характер аффекта в психозе. Лучше увеличить дозу сонапакса.

А. А. Северный. Пожалуй, это справедливо. Итак, лечение рекомендуется следующее: финлепсин до 300-600 мг в сутки (с постепенным повышением); сонапакс 50-75 мг в сутки; стелазин 10-15 мг в сутки. Следует ли говорить, что увеличение доз препаратов нужно проводить постепенно и очень осторожно.

Н. М. Иовчук. Теперь следует решить еще один едва ли не самый важный вопрос – о форме обучения и способах коррекции у обсуждаемого подростка.

А. М. Щербакова. Он учится в обычной школе (сейчас на индивидуальном режиме) только благодаря тому, что родители платят учителям. Он абсолютно необучаем по программе массовой школы в силу нецеленаправленности, отсутствия внимания, невозможности простраивания пространства, в том числе и схемы тела. Его успехи в математике – чистая иллюзия, поскольку отсутствует элементарная математическая логика. Не может решить ни одной самой простой задачи даже из младшей школы. Я предлагаю обучение в школе VIII вида, в УВК для детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью. Там он получит и общение, и первичные профессиональные навыки, иначе ему придется сидеть дома, т.к. ни одна общеобразовательная школа его не возьмет в 10 класс.

А. А. Северный. Сейчас у подростка психоз, но ведь когда он выйдет из психоза, то, не будучи олигофреном, окажется во вспомогательной школе. Что он нам тогда скажет?

Н. М. Иовчук. Я считаю, что мальчик должен обязательно учиться. И не только потому, что он способный в чем-то, но, прежде всего, потому, что нужно определенное время для выхода из психоза и определенное время для хотя бы частичной компенсации его инфантилизма. Кроме того, совершенно необходимо пребывание подростка в школе, в классе, со сверстниками для выработки элементарных социальных навыков и во избежании нарастания аутистических особенностей. Мне кажется наиболее адекватным обучение его в интегративной школе типа «Ковчег».

А. А. Северный, Ю. С. Шевченко, А. М. Щербакова согласны с таким предложением, поскольку в «Ковчеге» к ребенку будет индивидуальный подход, он не будет лишен коллектива сверстников, там же получит начальные профессиональные навыки и советы по профессиональной ориентации.

СОЦИАЛЬНО ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ И ИХ СЕМЕЙ

НЕЗАВИСИМЫЙ ДОКЛАД РОССИЙСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ к Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2001 году по итогам Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей (Нью-Йорк, 19-21 сентября 2001 года)

ОБЩАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ ДЕТСТВА И СЕМЬИ В РОССИИ

Мы, представители общественных организаций России,

с воодушевлением **разделяя** основные положения Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей и Плана действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы;

соглашаясь с тем, что *«Ключевой целью общего развития должен быть прогресс во всем, что касается детей»*, что *«необходимо руководствоваться принципом “главное – детям»*;

признавая, что *«Нет другой задачи, которая заслуживает большего приоритета, чем защита и развитие детей, от которых зависит выживание, стабильность и прогресс всех стран и даже всей человеческой цивилизации»*, что *«Не может быть более благородной задачи, чем обеспечение лучшего будущего для каждого ребенка»*;

учитывая, что Россия подписала и ратифицировала **все** соответствующие международные соглашения и конвенции;

прилагая максимум возможной для нас активности в практическом воплощении этих высоких деклараций;

объединили усилия наших организаций с целью написания **НЕЗАВИСИМОГО ДОКЛАДА** для представления на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, посвященной Всемирной встрече в интересах детей, для заявления нашей **согласованной позиции**.

Мы создавали **НЕЗАВИСИМЫЙ ДОКЛАД**, полностью отдавая себе отчет в ограниченности наших ресурсов и высоком уровне нашей социальной ответственности в связи с данной инициативой.

В нашем распоряжении нет сети статистических, академических и ведомственных институтов. Мы не располагаем теми значительными финансовыми средствами, какими располагает государство. **Но у нас есть наша профессиональная и гражданская совесть. Она и заставила нас сделать эту работу.** Нас вдохновляла возможность, опираясь на внимание международного сообщества, обратиться с высокой трибуны ООН к гражданам России и показать им пусть недостаточно полную, но не искаженную ведомственными интересами **реальную картину детской жизни в нашей стране.**

На чем основана наша позиция? Не только и не столько на статистических цифрах, сколько на личных свидетельствах конкретных людей. Она основана **на нашей собственной деятельности** и на нашем мнении - мнении тех, кто **посвятил помощи детям свою жизнь.**

Общественные организации, которые мы представляем, накопили большой практический опыт в сфере работы в интересах детей. Опираясь на него, мы постарались дать не только критику **Государственного доклада, создающего впечатление мнимого благополучия и прогресса**, но и выступить с аргументированными предложениями по возможным реальным шагам в интересах детей.

Нами также отмечены те действительно позитивные явления, которые все же происходили в последнее десятилетие, в основном не благодаря, а вопреки государственной политике в области детства. Хотя мы можем отметить лишь крайне незначительный прогресс в некоторых областях защиты прав детей, тем не менее позитивным является уже тот факт, что российское чиновничество прилагает чрезвычайные усилия, с тем чтобы хотя бы внешне соответствовать в своей деятельности принципам, одобряемым цивилизованными странами.

Мы далеки от упрека кого бы то ни было лично в злых намерениях. Мы понимаем, что не может быть кардинального успеха в сфере детства, если не решены самые фундаментальные проблемы общественной жизни России.

Но тем более важно трезво представлять себе ситуацию для того, чтобы работа и государственных, и общественных организаций была адекватной стоящим перед ними задачам. В конечном счете, удовлетворение подлинных потребностей детской жизни должно быть содержанием деятельности и тех, и других. В противном случае эта деятельность лишена положительного социального смысла.

В целом события последних десяти лет в России обрушили на детей и их родителей проблемы, которых они не знали в СССР. К сожалению, российское государство в значительной степени самоустранилось от помощи ребенку и его семье в это кризисное время. Главное, чего лишились ребенок и его семья, - государственной системы защиты и реального обеспечения своих интересов. При всем патернализме такой системы в СССР большинство детей не выпадали ни из сферы медицинского, ни из сферы образовательного и социального сопровождения.

При этом надо прямо сказать, что зависимость родителей от государства и одновременно отсутствие всякой системы обеспечения и защиты основных прав ребенка приводят сегодня к полному детскому бесправию.

В развитых странах защиту детства в основном берет на свои плечи гражданское общество, неправительственные организации. В России организации третьего сектора не могут встать на ноги и стать действенной силой без заинтересованной поддержки государством. Поэтому эффективная деятельность в интересах российских детей - подвижничество отдельных людей и организаций - скорее исключение, чем правило.

Мало того, что организации третьего сектора, так хорошо зарекомендовавшие себя в решении основных социальных проблем в развитых демократических странах, в России лишены реальной и системной государственной поддержки. Патерналистская зависимость родителей не позволяет и им быть полноценными партнерами в работе с собственными детьми. К общественным организациям многие родители относятся так же потребительски, как и к государственным, а **изменить жизнь ребенка без активного сотрудничества с его семьей невозможно.**

Если во времена СССР лозунг «Лучшее - детям» не только владел массовым сознанием, но в каких-то сферах и реализовывался, то в теперешней России равнодушие общественного мнения к проблемам детской жизни предопределено массовой нищетой и бесперспективностью существования взрослых.

Значительные разрушения последнего десятилетия в жизни взрослых повлекли за собой еще более тяжелые последствия для детей.

Уже в младенческом возрасте (и даже раньше) ребенок сталкивается с тем, что не может без угрозы своему здоровью и самой жизни пользоваться наиболее надежной основой его жизни – материнскими ресурсами. В городах постоянные стрессы и экологическое безрассудство подрывают здоровье женщин еще до наступления беременности, делают отравленным даже материнское молоко. Как следствие, подавляющее большинство младенцев рождается уже больным или предрасположенным к получению самых различных комплексов хронических заболеваний в будущем.

Для основной массы семей этот старт – непосильная задача. Бабушки и дедушки, привыкшие к заботе о детях участкового педиатра советского времени, не имеют столь необходимого им сегодня житейского опыта своих предков, а родители чаще всего не в состоянии осознать само наличие фундаментальных проблем жизнедеятельности своих детей.

Государственная система дошкольного и школьного образования вносит свою лепту, и в результате к моменту окончания школы полностью здоровыми могут быть признаны только 14%² учащихся. Но приобретение последнего времени – детская наркомания, принимающая характер эпидемии, – вполне способно ухудшить и этот показатель.

Не лучше ситуация и в российском селе, которое из-за ряда общеизвестных духовных, политических и экономических причин уже давно не может служить источником нравственного и физического здоровья населения. К традиционному алкоголизму и здесь прибавилась новая страшная беда - наркомания. Причем сельские жители еще более беззащитны перед наркомафией, чем городские.

Неблагоприятно складывается ситуация и с общественным осознанием семейных и детских проблем. Деятельное население вынуждено заботиться в первую очередь о выживании. Разрешение детьми и вообще слабыми людьми своих самых насущных проблем остается на периферии общественного внимания.

² При подготовке **НЕЗАВИСИМОГО ДОКЛАДА** использовались данные ежегодных Государственных докладов «О положении детей в Российской Федерации», данные социологических исследований, а также данные общественных организаций, работающих в сфере детства и принявших участие в подготовке настоящего **НЕЗАВИСИМОГО ДОКЛАДА**. С указанными материалами можно ознакомиться в Комиссии по семье и детству Общественно-политического объединения «Яблоко».

Естественно, что политики, следуя политической конъюнктуре, не стремятся уделять этой проблематике внимания, адекватного ее значимости.

И государству, и общественным организациям необходимо по крохам собирать все живое и перспективное, всячески пропагандировать достижения тех подвижников, которые конкретными делами пытаются воссоздавать гражданское общество не только без помощи, но и вопреки коррумпированной государственной машине.

К нашему сожалению, в России мало кого глубоко и серьезно заботят запросы детства и семьи. Действующие государственные институты, призванные отвечать на эти запросы, работают преимущественно в старой, распределительной, советской логике (путевки и льготы), а не организуют самостоятельность граждан по решению самых важных задач жизни общества. Корпоративные интересы государственной машины как были, так и остаются главенствующими. Поэтому учреждения, не связанные с человеком как будущим налогоплательщиком, существуют на остаточном принципе. Государством в лице его различных институтов власти и управления до сих пор не осознано, что только построение развитого гражданского демократического общества дает возможность разрешения основных межчеловеческих противоречий, т.к. на это способны только люди, ставшие реальными хозяевами своей жизни.

К чему приводит политика ориентации в основном на интересы государственной машины, население России очень хорошо чувствует на себе.

В отсутствие в России демократических традиций и развитого гражданского общества **укрепление семейных отношений** приобретает все большее значение. Поэтому мы считаем исключительно важным положение Плана Действий по осуществлению Всемирной Декларации о том, что *«Для всестороннего и гармонического развития личности дети должны расти в семейных условиях, в атмосфере счастья, любви и понимания»*.

В семье проявляют себя все содержательные противоречия социальной жизни человека, и они имеют возможность разрешаться на качественно ином уровне, чем уровень государства. Взаимная любовь и поддержка членов семьи делают семью уникальным социальным институтом, когда любая проблема решается с точки зрения максимального учета достоинства и интересов противопоставленной стороны. Гармоничные семейные отношения позволяют разрешить “вечные” противоречия между насилием и свободой, эгоизмом и альтруизмом, духовным и материальным, жизнью и смертью, старым и новым и т.д. Лишь научившись любви дома, человек становится личностью, способной включить в сферу своих забот интересы гражданского общества, т.е. завершить свою позитивную социализацию.

В сегодняшней России семья и семейные отношения подвергаются особой опасности. Проблемы основной массы современных российских семей хорошо известны: низкий материальный достаток, жилищно-бытовая неустроенность, безработица, малодетность, насилие над детьми, дисгармония межличностных отношений, отсутствие взаимоуважения, пьянство. Семья, лишенная государственной патерналистской опеки и жесткого государственного контроля, не обрела самоценности и самодостаточности, в то время как государство, способствуя своей политикой разрушению семьи, ее деградации, с упорством, достойным лучшего применения, пытается сохранить свою патерналистскую позицию, продолжает рассматривать семью как объект управления, принуждения, благодеяния, репрессии. И до тех пор, пока российская семья не станет полноправным субъектом общественной жизни, пока родители не обретут действенные права и реальные возможности растить и воспитывать здоровых детей в атмосфере любви и достатка, - до тех пор семья не станет действительно ответственной перед своими членами и обществом за благополучие растущих в ней детей. Но это возможно лишь в условиях, когда государство осознает себя в отношениях с семьей равноправным партнером, а государственные и общественные институты – призванными служить семье, а не управлять ею. Тем самым реализуется принцип субсидиарности, без последовательного воплощения которого невозможно построение демократического общества.

Изложив наше общее видение ситуации детства и семьи в России, мы считаем необходимым доказательно подтвердить эту оценку конкретными данными, в которых опирались как на официальные источники, так и на свидетельства представителей общественных организаций, принявших участие в составлении данного **НЕЗАВИСИМОГО ДОКЛАДА**. Для того чтобы не повторять по многим позициям официальный Национальный доклад, мы сочли наиболее целесообразным критически рассмотреть его и прокомментировать, а также дополнить содержащиеся в нем положения и факты.

КОММЕНТАРИИ И ДОПОЛНЕНИЯ

К НАЦИОНАЛЬНОМУ ДОКЛАДУ О ПРОГРЕССЕ, ДОСТИГНУТОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ В ХОДЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ ВСЕМИРНОЙ ДЕКЛАРАЦИИ И ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ ВСЕМИРНОЙ ВСТРЕЧИ НА ВЫСШЕМ УРОВНЕ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ

1. Общая оценка Национального доклада.

По поводу формата Доклада: поскольку он должен подводить 10-летний итог деятельности государства по выполнению Всемирной декларации и Плана действий (1990 г.), то было бы логичным следовать тем позициям, которые отражены в указанном Плане действий; тогда было бы достаточно очевидным, в какой мере государство смогло выполнить этот План, под которым оно в свое время подписалось (в частности, тогда пришлось бы признать, что за 10 лет младенческая смертность в России сократилась на 1/10, а не 1/3, материнская смертность – на 7% вместо 50%, предложенных Планом, и т.д. и т.п.). Однако Доклад построен как перечисление многочисленных мероприятий правительства, и нигде не указано, в какой мере удалось выполнить План действий, не произведено анализа причин, по которым не достигнуты те или иные цели Плана, нет конкретных предложений по устранению этих причин. Таким образом, уже по своей структуре Доклад достаточно отчетливо показывает желание его составителей продемонстрировать усилия правительства и по возможности скрыть малую эффективность или даже негативный результат этих усилий.

2. Отсутствие реальных механизмов защиты прав детей.

Уже во Введении утверждение о построении новой государственности на основе «уважения прав человека» (абз. 2) вызывает категорическое возражение, поскольку за прошедшие 10 лет государством не сделано реально ничего для «уважения прав» детей – самой бесправной части российского населения. Достаточно привести пример игнорирования настоятельных и неоднократных рекомендаций Комитета ООН по правам ребенка о необходимости введения в России ювенальной юстиции, игнорирования несмотря на неоднократные же заверения правительства о выполнении этих рекомендаций. Не создано никаких реально действующих механизмов контроля за соблюдением прав детей; эксперимент с региональными уполномоченными по правам детей так и остался локальным экспериментом, поскольку не обеспечен ни законодательно, ни организационно-методически.

3. Отсутствие государственной профилактической работы.

Утверждение о противостоянии государства «новым рискам - беспризорности, росту социального сиротства, распространению наркотиков, насилия по отношению к детям» (Введение, абз. 3), не соответствует действительности, поскольку государство противостоит не рискам, а результатам политики, а именно рисками, т.е. профилактикой беспризорности, социального сиротства, наркомании в детской среде, насилия по отношению к детям реально не занимается ни одна государственная программа; отдельные усилия различных ведомств до сих пор никак не повлияли на негативную динамику положения детства и семьи.

4. Отсутствие сотрудничества с гражданским обществом.

Состав Комиссии по координации работ, связанных с выполнением Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в Российской Федерации (раздел А, абз. 5) ярко демонстрирует, что государство до сих пор не избавилось от иллюзии, что проблемы детства в России можно решить, игнорируя институты гражданского общества (в Комиссию вошел лишь один представитель общественной организации, нет ни одного представителя политических, религиозных организаций).

5. Недостаточность государственной статистики.

Несомненно, ежегодный Государственный доклад о положении детей в РФ (раздел А, абз. 6) является ценным информационным источником, однако в нем не отражаются многие важные сведения. В качестве примера можно привести статистику по детским суицидам, которая была представлена лишь в двух Государственных докладах (1992 г. и 1996 г.). Отсутствуют сведения о детской заболеваемости и смертности в интернатных учреждениях, о количестве детей школьного возраста, не посещающих образовательные учреждения, не имеющих места жительства, подвергающихся насилию в семье и в учреждениях органов внутренних дел, и др.

6. Невыполнение Национального плана действий.

Что касается национального Плана действий (раздел А, абз. 8-12), то в Докладе опять же ни слова не сказано о том, в какой мере удалось его реализовать, нет анализа причин, по которым не достигнуты те или иные цели Плана, нет конкретных предложений по устранению этих причин. В то же время значительная часть даже фигурирующих в Докладе цифр свидетельствует о том, что подавляющее большинство целей, поставленных Планом, не достигнуто. Кроме того, ни в сети Интернет, ни в правовых базах данных, ни в библиотеках этого документа нет, в детских учреждениях и общественных организациях он не известен.

7. Игнорирование правительством рекомендаций Комитета ООН по правам ребенка.

Необходимо отметить, что за 2 года, прошедшие после рассмотрения Второго периодического доклада РФ в Комитете ООН по правам ребенка (раздел А, абз. 15-16), из 68 рекомендаций Комитета можно указать на определенный прогресс в выполнении не более чем 3 из них; остальные по сути до сих пор проигнорированы. Еще раз подчеркнем, что наиболее неприемлемым в этом отношении является игнорирование рекомендаций Комитета о введении в России ювенальной юстиции, хотя еще в 1993 г., после представления Первоначального доклада РФ в Комитет ООН по правам ребенка, правительство РФ взяло на себя соответствующее обязательство. И тем не менее в 2000 г. Правительство РФ, за подписью вице-премьера В. Христенко, дало свой отрицательный ответ на законопроект, которым предлагается ввести в государственную судебную систему само понятие ювенальных судов.

8. Неэффективность процедуры проверки результатов на конец десятилетия.

Что касается *«процедуры проведения проверки результатов на конец десятилетия»* (раздел Б), то здесь наиболее ярко продемонстрирован стиль Доклада: за перечислением массы разнообразных инициатив и мероприятий скрыта суть – отсутствие эффективной процедуры проверки, которая позволила бы российской общественности получить объективные, полноценные и общедоступные данные о достигнутых результатах. Показательно в этом плане, что *«Комиссией по координации работ, связанных с выполнением Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в Российской Федерации, направлены в федеральные министерства и ведомства и субъекты Российской Федерации Заключительные замечания Комитета ООН по правам ребенка для информирования и принятия мер»*, но эти Замечания не были широко опубликованы для информирования тех, кто в первую очередь заинтересован в результатах их выполнения, – российских семей и детей, а также многочисленных общественных организаций, занимающихся проблемами детства.

С другой стороны, в настоящее время практически все общественные организации, работающие с детьми, ощущают блокаду со стороны средств массовой информации (особенно государственных телеканалов), заинтересованных только в получении прибыли. За короткометражный видеоролик, демонстрирующий позитивную, социально значимую деятельность детей и молодежи, выставляются счета от \$30000 и выше. Большинство мероприятий, проводившихся в год десятилетия принятия Конвенции ООН о правах ребенка (особенно Всероссийская конференция в декабре 1999 г.), превратились в научные конференции узкого круга специалистов. Принятые на них документы (обращения, декларации и т.п.) не были доведены до широкой общественности и не повлияли на проводимую президентом и правительством политику в отношении детства и семьи.

9. Провал в решении стратегических задач по защите детства.

Следует со всей ответственностью сказать, что за прошедшее десятилетие не решена хотя бы частично ни одна из указанных в Докладе (раздел В, абз. 2) стратегических задач по защите детства:

- в условиях все большей, явной и скрытой, коммерциализации систем образования и здравоохранения не приходится говорить о беспрепятственном доступе к ним детей из семей с низким материальным достатком, особенно детей из семей, где родители – инвалиды; для детей же с выраженными нарушениями умственного и психоэмоционального развития эта задача даже не начинала решаться. До сих пор в государственной системе не возникло фактически никаких детских садов, никаких школ, принимающих таких детей, специалисты по-прежнему готовятся так, что работать с подобными детьми они не умеют. Даже если этот ребенок негосударственным реабилитационным центром подготовлен к дальнейшему обучению и есть договоренность о его обучении с конкретной специализированной школой, медико-психолого-педагогическая комиссия (МППК) зачастую все равно не дает ему направления в данную школу, а школа без такого направления не может принять ребенка. Удивляет тот факт, что члены МППК пытаются протестировать уровень развития и способности к обучению ребенка, имеющего психоэмоциональные проблемы, в незнакомой, напряженной, не всегда доброжелательной

обстановке. Попытка выяснить образовательный потенциал ребенка с аутизмом в такой обстановке может быть объяснена только профессиональной несостоятельностью либо этической недобросовестностью членов комиссии. В ряде случаев вместо направления ребенка на обучение и поиска для него конкретного образовательного учреждения, МППК активно побуждает родителей сдать проблемного ребенка в интернат. Тем самым нарушаются: Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования (принята Генеральной Ассамблеей ООН 14 декабря 1960 г.), ст. 1.1а); Декларация о правах умственно отсталых лиц от 20 декабря 1971 г., п.п. 1, 2; Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1975 года, п.п. 2, 3, 4, 6, 10; Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., ст. 23, п.3, ст. 28, 29; Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30 сентября 1990 года; Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г. (резолюция 48/96), Правило 6; Конституция РФ (ст. 43, п.п. 1, 2), нормы Закона РФ об образовании (ст. 5, п.6; ст. 18, п.2; ст. 40, п.8; ст. 50, п.10; ст. 52, п. 10, и др.);

- декларируемое приоритетное внимание к проблемам детей-сирот, детей, лишившихся родительского попечения, в реальности оборачивается все нарастающим количеством таких детей при отсутствии системы профилактики социального сиротства и постинтернатной адаптации выпускников интернатных учреждений;

- не создано никаких эффективных механизмов профилактики детской беспризорности, наркомании, насилия над детьми; все действия в этом направлении ограничиваются узковедомственными усилиями при отсутствии общегосударственной реально действующей программы. Одним из основных условий, созданных государством и препятствующих действенной профилактике является отмена налоговых льгот детским общественным организациям на муниципальном, региональном и общероссийском уровнях. И это стало свидетельством целенаправленного уничтожения детской и молодежной социальной инициативы. Предъявление налоговыми службами одинаковых требований как к коммерческим, так и к общественным организациям, значительно затрудняет деятельность последних. Абсурдность современной законодательной базы приводит к тому, что, например, от детской общественной организации требуют заплатить налоги с работы волонтеров, которым оплачиваются только командировочные и другие текущие расходы. Декларируемая в российских законах «государственная поддержка» деятельности детских и благотворительных общественных объединений сводится, в лучшем случае, к разовым минимальным целевым грантам, в сметах которых запрещена статья «заработная плата». Детские организации не имеют средств, чтобы оплачивать хотя бы работу бухгалтера, что еще более усложняет их отношения с налоговыми органами;

- законодательство в области обеспечения прав детей носит преимущественно декларативный характер, а в некоторых аспектах приводит к усугублению положения наиболее рискованных групп детского населения. Декларирование законодательного обеспечения прав по российской традиции не гарантирует его практического исполнения. К примеру, при том что полностью отсутствует инфраструктура помощи детям с тяжелыми нарушениями психического и речевого развития, приняты немногие постановления, призванные компенсировать ее отсутствие путем финансового возмещения родителям затрат на необходимые услуги по образованию и реабилитации ребенка. Все эти постановления реально не работают, и родители оказываются полностью во власти чиновников, в полномочия которых входит «выдать или не выдать» средства. Родители подвергаются унижениям, вынуждены (зачастую вместе с ребенком-инвалидом) месяцами обивать пороги различных учреждений, выстаивать длинные очереди, добывая затребованные чиновниками совершенно не нужные для этого справки. И нередко родители прекращают усилия по получению положенных им по закону компенсаций. Немногим лучше обстоит дело с получением социальных льгот и компенсаций. Так, по данным исследования в С.-Петербурге, 47% семей, имеющих право на жилищную компенсацию, не смогли собрать документы для ее получения.

Другая типичная ситуация: дети, родившиеся у лиц, живущих в психоневрологических интернатах (ПНИ), не имеют возможности жить со своими родителями, т.к. во взрослых ПНИ не разрешается держать детей и никаких учреждений, где родители-инвалиды могли бы жить со своими детьми, в России не существует. В российской системе социальной защиты вообще не предусмотрена ситуация, когда человек, живущий в интернате, заводит семью или рождает ребенка. Поэтому администрация интернатов угрозами и угрозами вынуждает беременных женщин подписать согласие на аборт, может применить физическое насилие. Например, проживающую в ПНИ Любу Можяеву главврач ПНИ заставляла согласиться на аборт при сроке беременности 6,5 мес. Аборта удалось избежать только потому, что ситуация получила широкую огласку и в нее вмешались общественные организации. А другой девушке из того же интерната, тоже на большом сроке беременности, не удалось сохранить ребенка, т.к. у нее не было никаких связей с внешним миром. Если все же у женщины, живущей в ПНИ, родился ребенок и она не хочет с ним расставаться и нет родственников, которые согласны его забрать, на мать оказывают давление,

уговаривая отказаться от ребенка. Так, юрист роддома уговаривала Любу Можаяеву оставить ребенка в роддоме. Обычно в тех случаях, когда избежать рождения ребенка не удастся, роды проводят без оформления документов о родительстве и ребенка забирают от матери навсегда.

10. Малая эффективность социальных учреждений для ребенка и семьи.

Несомненно, большое позитивное значение имеет создание и развитие сети социальных учреждений для помощи семье и детям (раздел В, абз. 6). Но следует признать, что их эффективность до настоящего времени незначительна в силу целого ряда причин, в первую очередь недостаточного профессионального кадрового обеспечения, а также отсутствия эффективных механизмов взаимодействия с учреждениями других ведомств – образования, здравоохранения, с органами опеки и попечительства. К сожалению, основным видом деятельности большинства социальных учреждений остается лишь распределение тех или иных видов материальной поддержки и гуманитарной помощи. До сих пор не существует таких государственных реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями, где ребенок с выраженными нарушениями развития смог бы получить эффективную комплексную помощь. Поэтому в немногие негосударственные учреждения, оказывающие такую помощь, выстраиваются очереди из сотен детей; очереди на прием приходится ждать месяцы и годы. Нам неизвестно, сколько на самом деле существует государственных реабилитационных центров, и нам неизвестно, чем они занимаются, но мы видим, что они совершенно не выполняют своих функций по отношению к детям с выраженными нарушениями развития.

11. Малая эффективность президентской программы «Дети России».

Что касается президентской программы «Дети России» (раздел В, абз. 8), то до 1998 года включительно финансирование всех целевых программ, входящих в эту программу, обеспечивалось в лучшем случае не более чем на 50%. В соответствии с этим о выполнении запланированного речи не могло быть. Цифры финансирования различных целевых программ в области защиты прав детства не дают основания для уверенности в том, что эти средства будут эффективно израсходованы, поскольку до настоящего времени на законодательном уровне (и на практике, естественно, также) не существует механизмов прозрачного и конкурсного расходования средств социальной сферы. Соответствующий законопроект (о государственном социальном заказе), подготовленный представителями НКО и внесенный на рассмотрение Государственной Думы ФС РФ, был отклонен уже в первом чтении в начале 2000 года. Даже при утверждении новых программ, становящихся продолжением Президентской программы «Дети России», средства на профилактические действия оказываются более чем на порядок ниже, чем финансы, выделяемые на приобретение оборудования, компьютерной и оргтехники для государственных реабилитационных структур.

Сам по себе рост затрат на реализацию указанных целевых программ (раздел В, абз. 12-15) не является показателем эффективности расходования средств. При отсутствии законодательно закрепленных и действенных механизмов данные средства в очередной раз будут истрачены бесконтрольно и, значит, с большой степенью вероятности, бессмысленно. Поскольку финансирование по программе «Дети-инвалиды» не является адресным, а распределяется через выбранные «сверху» учреждения, до большей части детей с выраженными нарушениями развития практически ничего не доходит. Так, большинство негосударственных учреждений, где работают квалифицированные специалисты и оказывается помощь многим детям-инвалидам, не сумевшим найти помощи в государственных учреждениях, не имеет доступа к финансированию в рамках программы «Дети-инвалиды».

Государственные программы, которые при разумном распределении средств могли бы стать одним из инструментов развития гражданского общества, в настоящее время в России являются способом закрытого распределения средств. У общественности нет информации о том, куда идут эти средства: нет обсуждения при распределении средств, нет конкурсности, открытости, не публикуются никакие отчеты. Единственным доступным для общественности документом остается акт проверки реализации программы Счетной палатой России, в котором указаны десятки примеров нецелевого использования бюджетных средств. При этом не известно ни одного факта административного или иного наказания чиновников, курирующих данную программу. Предложения общественных организаций выступить соисполнителями реализации программы остаются без ответа. Состоявшиеся, хорошо зарекомендовавшие себя негосударственные организации должны были бы быть естественными претендентами на получение средств, например, на конкурсной основе. Мы связаны с большим количеством организаций в регионах и знаем, что подавляющему большинству из них эти средства не попадают. Поскольку нет открытой информации о том, куда пошли средства государственных программ, и не публикуется никаких отчетов, то об эффективности этих программ говорить не приходится.

12. Беспризорные дети лишены адресной социальной помощи.

Указанная в Докладе «адресность» оказания помощи «*всем*» нуждающимся детям (раздел В, абз. 18) вовсе не обеспечивает помощь детям, оказавшимся беспризорными и безнадзорными, поскольку они никому и никак не смогут доказать низкий уровень доходов своей семьи. Значит, эта «адресность» на них не распространяется. Аналогичное замечание можно сделать относительно того, что «*полное финансирование пособий из федерального бюджета... обеспечит единство предоставления данной социальной гарантии всем детям, имеющим на нее право, независимо от места проживания.*» (раздел В, абз. 20). Уличным детям выделение указанных огромных средств вряд ли что-нибудь обеспечит. Отсутствие механизмов, позволяющих даже точно подсчитать, сколько беспризорных детей в России, и отсутствие социальных профессий, работники которых осуществляли бы взаимодействие с ребенком, оказавшимся на улице в силу сложных жизненных обстоятельств, лишает каких бы то ни было гарантий названные категории и группы детей и подростков. В то же время, выпускники вузов по специальности «социальная работа» в большинстве своем не владеют навыками практической работы. Скверно обстоит дело с получением социальных выплат, в том числе пособий на детей, беженцами и вынужденными переселенцами, - требование о наличии регистрации как условия выплаты, никогда и ни для кого не отменялось, и даже при выполнении этого требования детские пособия - из-за отсутствия средств в местных бюджетах - выплачиваются крайне нерегулярно. В Чечне, где в центральных пунктах производится выплата пенсий, детские пособия не выплачиваются.

13. Некоторые проблемы организации летнего отдыха детей.

Несомненно, следует с удовлетворением признать значительное улучшение в последние годы организации летнего отдыха детей. Но и по данному разделу (раздел В, абз. 21) в Докладе дается неполная информация, что в первую очередь касается участия общественных организаций. Привлечение к этой работе неправительственных организаций сводится к объявлению так называемого «конкурса программ». Участвующие в нем общественные организации не имеют возможности ознакомиться с персональным составом «жюри» конкурса, с итогами его работы, результативностью реализации «выигравших» программ. В случае победы в данном «конкурсе» предварительно объявленные гранты сокращаются в 2 (в 2001 г.) – 4 (2000 г.) раза. Перевод с 2000 г., по решению Правительства РФ, средств фонда социального страхования на региональный уровень привел к ликвидации системы проведения общероссийских детских оздоровительных лагерей, способствовал сепаратизму региональных органов власти, организующих летнюю оздоровительную кампанию только для жителей своего региона, стал заслоном межрегиональному и межнациональному взаимодействию детей, родителей, педагогов.

14. Проблемы эффективности международной помощи в интересах детей.

Особо следует остановиться на представлении в докладе международного сотрудничества и международной помощи в интересах российских детей. С сожалением приходится констатировать, что основные средства в этом направлении идут через государственные органы и ведомства на программы, которые принципиально не меняют сложившуюся ситуацию и, следовательно, объективно способствуют поддержанию государственной системы, которая доказала свою неэффективность в деле защиты прав детей. Подтверждением этому служит выделение приоритетной группы – «*дети под опекой государства (сироты и инвалиды)*» (раздел В, абз. 26). Формулировка показывает, что дети-инвалиды рассматриваются авторами Доклада только как «дети, находящиеся под опекой государства», то есть в интернатах. Основными направлениями «совместной деятельности» выделена, по сути, поддержка содержания детей-инвалидов в интернатах, а не поддержка воспитания их в семье. Отметим, что поддержка воспитания детей-инвалидов в семье в Докладе не фигурирует вовсе.

В качестве еще одного доказательства можно привести утверждение, что «*Российская Федерация с удовлетворением отмечает понимание важности учета интересов детей при проведении программ реформирования социальной политики со стороны Международного банка реконструкции и развития. В настоящее время за счет займа МБПР SPIL реализуется проект по содействию становлению системы пособий на детей*» (раздел В, абз. 27). Однако становление системы пособий на детей – мера не реформационная, а финансово-механическая. Для этого займа не нужно. Тем более что указанный заем просто «проедается», а не расходуется на реформирование. Взаимодействие отдельных иностранных фондов (к примеру, фонда Сороса) с общественными организациями, при всей их ценности для российского общества, носят локальный, недостаточно системный характер. В ряде же случаев, в силу непрофессионализма распорядителей фондов, их усилия приводят к малоэффективной трате громадных средств; наиболее яркий пример этого – деятельность российского представительства Charity Aid Foundation (CAF) в реализации программы Assistance to Russian Orphans (ARO).

15. Отсутствие борьбы с детской проституцией и вовлечением детей в порнобизнес.

Упомянув о визите в Россию специального докладчика ООН по борьбе с детской проституцией и порнографией (раздел В, абз. 35), составители Доклада не сочли возможным признать, что борьба с детской проституцией и порнобизнесом в стране практически не ведется. Почти треть газет открыто публикует предложения сексуальных услуг. Проверка этих публикаций свидетельствует о том, что иногда для этих услуг используются несовершеннолетние. Практически на любом вокзале Москвы при пособничестве сотрудников милиции процветает детская проституция. Вовлечение в занятие проституцией или в порнобизнес несовершеннолетних не рассматривается уголовным законодательством как преступление более тяжкое, чем вовлечение в эту сферу взрослых. Использование несовершеннолетних в порнобизнесе предусматривает наказание до 2 лет лишения свободы, относится к числу преступлений небольшой степени тяжести, редко влечет наказание в виде лишения свободы, а в случае лишения виновного свободы его, как правило, ждет амнистия.

16. Усилия государства не приводят к реальному улучшению положения детей.

В целом раздел В наиболее ярко иллюстрирует высказанную выше мысль о демонстрации в Докладе высокой активности правительства при отсутствии каких-либо указаний на реальные результаты этой активности для конкретного ребенка и конкретной семьи. Там же, где такие конкретные сведения приводятся, они производят удручающее впечатление. К примеру, указанное в абз. 19 повышение пособий на ребенка выглядит просто издевательски, если учесть, что они повысились с \$2 до \$2,5 (цена 1 упаковки памперсов) в месяц при прожиточном минимуме от \$50 до \$100 и выше (в различных регионах). Хотя нельзя не отметить наметившиеся буквально в последний год положительные тенденции в облегчении финансового положения малообеспеченных семей, тем не менее эти тенденции по настоящее время практически не меняют неблагоприятную картину в этой сфере.

17. Дети не знают о своих правах и не имеют возможности подавать жалобы.

Описание в Докладе деятельности по распространению знаний о правах детей (раздел Г А) вновь ярко иллюстрирует избранный составителями стиль – демонстрации активности без анализа ее результатов. В то же время проводимые в регионах (в частности, в Новгородской обл., Краснодарском крае) исследования показывают, что лишь незначительная часть детей хоть что-то знает о своих правах; практически никто из них не знает, куда следует обращаться в случае нарушения их прав. Не существует никакого общедоступного и общеизвестного механизма подачи детьми жалоб. Размещение материалов о правах детей в сети Интернет не играет пока никакой заметной роли, поскольку он доступен лишь ничтожной доле населения в РФ.

18. Недостатки в охране здоровья детей

Несомненно, в охране здоровья детей предприняты значительные шаги, что подробно описано в Докладе (раздел Г-Б). Однако, как и везде, остается неясной результативность этих шагов. При этом не сказано, что за прошедшее десятилетие общая заболеваемость детей выросла на 23% (с 1136,2 до 1393 случаев на 1000 детей), и этот факт никак не объяснен. Опущены и другие важнейшие факты: вследствие регионального сепаратизма и постоянного повышения транспортных тарифов крайне затруднено получение квалифицированной помощи в центральных клинических учреждениях детьми из регионов; прогрессирующее удорожание лекарственных средств и методов лечения, особенно новых, наиболее эффективных, крайне ущербная система медицинского страхования лишают возможности получить современное лечение массу детей из малообеспеченных семей (всякий раз, выписывая лекарство для ребенка, врачу приходится выяснять, в состоянии ли родитель приобрести это лекарство; приходится применять препараты и методы доступные, но менее эффективные и с большим риском побочных явлений и осложнений). Ярким примером сказанному является Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 10 июля 2000 г. № 252/50 «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения», где определены квоты количества больных из субъектов РФ, которым могут быть оказаны указанные виды медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. Так, в год лишь 1639 человек по стране могут рассчитывать на бесплатное лечение по нейрохирургии, 3515 человек - на хирургическую помощь по онкологии, 175- по трансплантации почки, 99- по трансплантации костного мозга, 7602- на лечение от гемофилии. Причем эти цифры охватывают и детей, и взрослых. Внутри квоты на оказание бесплатной помощи по категории заболевания введена квота по каждому региону. Например, для Ненецкого автономного округа квот для оказания медпомощи в области торакальной хирургии, урологии, офтальмологии, челюстно-лицевой хирургии, трансплантации

костного мозга не выделено вообще.

Крайне затруднено получение медицинской помощи семьями вынужденных мигрантов. В большинстве регионов России полисы обязательного медицинского страхования (ОМС) выдаются только гражданам РФ и зарегистрированным мигрантам. Причем, в ряде регионов существуют и дополнительные условия выдачи полисов ОМС. В Москве, например, приезжие могут получить полис ОМС лишь при наличии регистрации на срок **свыше** 6 месяцев, тогда как регистрация в столице, как правило производится на срок, **не более** 6 месяцев. Поэтому, в частности, дети из Чечни, родители которых в большинстве своем не имеют статуса вынужденных переселенцев, практически лишены доступа к бесплатной медицинской помощи. (Эту ситуацию в Москве смягчает разрешение направлять вынужденных мигрантов без статуса и регистрации в некоторые лечебные учреждения Москвы, данное столичным Комитетом здравоохранения неправительственной организации «Гражданское содействие беженцам и вынужденным переселенцам»). Беженцы без статуса могут получить медицинскую помощь только за свой счет и находятся с точки зрения охраны здоровья в наихудшем положении среди мигрантов. Лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (онкологические, туберкулез, диабет, бронхиальная астма, детский церебральный паралич и др.), пользуются в России правом на бесплатное обеспечение лекарствами. Однако, большинство беженцев и вынужденных переселенцев (в том числе - со статусом), не могут реализовать право на льготное обеспечение лекарствами: в Москве - из-за отсутствия регистрации по месту жительства, в провинции - из-за отсутствия средств на финансирование этих льгот в местных бюджетах.

Невозможно не коснуться и медицинских проблем переселенцев из Чечни в лагерях Ингушетии. Больные люди с онкологическими заболеваниями и открытой формой туберкулеза находятся в общих палатках и вагончиках со здоровыми, в том числе и с детьми. Самые распространенные заболевания: кишечные, простуда, бронхит, воспаление легких, сердечные заболевания, нервные и психические заболевания, чесотка, педикулез. Катастрофически не хватает лекарств: антибиотиков, анальгетиков, сердечных и понижающих давление, шприцов, марли, антисептиков. До поликлиники можно добраться только на автобусе, но у переселенцев нет денег на оплату билета. Скорая помощь в лагерь почти не выезжает из-за нехватки машин и бензина. Больницы переполнены исключительно тяжелыми больными, которые лежат в коридорах. Лекарств, перевязочных материалов и шприцов недостаточно и в больницах. Лечение раненых осуществляется бесплатно, но за лекарства и перевязочные материалы родственникам приходится платить. Нет антигангренозной сыворотки, часто из-за этого операцию по ампутации конечностей приходится делать повторно. Медицинской аппаратуры мало, а та, которая есть, грозит выйти из строя. Министерство по чрезвычайным ситуациям перевозит в больницы других городов тяжело раненых и больных, в первую очередь детей. Однако очень остро стоит проблема расселения и питания сопровождающих лиц, которым никто не оказывает помощи, кроме некоторых НПО, но для этого чрезвычайно трудно находить средства.

Не случайно в докладе ничего не сказано и о проблемах психического здоровья детей – это при том, что к выпуску из школы (16-17 лет) только ¼ из них могут быть признаны полностью психически здоровыми; службы охраны психического здоровья детей не существует, специальности детского и подросткового психиатра ликвидированы в официальном списке медицинских специальностей РФ, подготовка специалистов в этой области абсолютно не соответствует современным потребностям. Столь же неслучайно полностью проигнорирована проблема детских суицидов, количество которых растет из года в год, при том что отсутствуют детские кризисные службы. Как уже говорилось, статистика детских суицидов не публикуется, но по данным из регионов эта проблема становится все более острой (к примеру, в Хабаровском крае за один последний год количество детей, покончивших с собой, выросло на 21% - от 140 до 170).

19. Отсутствие профилактики ВИЧ-СПИДА.

Теме заболеваемости ВИЧ-СПИДом посвящен текст раздел Г-Б, абз. 14-18. Вместо того чтобы привести динамическую картину развития и продвижения заболевания, дано несколько отрывочных цифр, отражающих ситуацию в настоящее время. Тем самым, знакомство с текстом не дает возможности определить, какова скорость развития смертельно опасного заболевания, и можно ли признать темпы его распространения более высокими, нежели эпидемический порог. В течение всего указанного текста нет ни слова о соответствующих профилактических усилиях государственных структур; тем более нет даже и упоминания об усилиях негосударственных организаций в данном направлении. Дело в том, что в настоящее время подобной профилактики практически нет (если не считать таковой обследования на ВИЧ-инфекцию только при наличии связанных с ней заболеваний – наркомания, гепатиты В и С и т.п.), а некоторые профилактические программы (например, программа снижения вреда

от употребления наркотиков, раздача одноразовых шприцев) напрямую запрещаются властями целого ряда субъектов РФ, как, в частности, в Москве.

20. Ухудшение процессов беременности и родов.

В Докладе верно отражены негативные процессы в течении беременности и родов у российских женщин, хотя и не указано, с чем они связаны (раздел Г-Г). В частности, никак не упоминается уникальный, очевидно, исключительно российский феномен – так называемое регулирование родов, т.е. искусственное выключение родовой деятельности у женщин, собравшихся рожать в «неудобное» для персонала время (ночью), с последующей искусственной стимуляцией родов. Нарушение естественного течения родов с высокой степенью вероятности ведет к перинатальной патологии новорожденного, повышает риск осложнений для роженицы. Нигде не опубликованы данные по распространенности этого явления, однако врачи, собирая родовой анамнез у матерей своих маленьких пациентов, сталкиваются с такими фактами сплошь и рядом.

21. Обострение проблемы детского сиротства

Проблема детского сиротства остается одной из острейших и неразрешимых в России, в первую очередь, в силу в неспособности власти реформировать антигуманную, неэффективную, затратную, калечащую детей интернатную систему. Все правительственные программы, все колоссальные затрачиваемые средства оборачиваются лишь ухудшением положения детей, лишившихся родительского попечения. Здесь приходится говорить и о статистическом лукавстве Доклада (раздел Г-Д). Действительно, за последние 10 лет абсолютное количество детей-сирот и детей, лишившихся родительского попечения, выросло более чем в 1,5 раза, но при этом детское население России сократилось более чем на 6 млн.; и если в 1991 г. дети-сироты и дети, лишившиеся родительского попечения, составляли 1% детского населения, то в 2000 г. – почти 2%! Т.е. за 10 лет осиротение детей возросло в 2 раза! При этом доля осиротевших детей, устроенных в семью, остается на том же уровне, что и 10 лет назад; все так же 27%-28% из них попадают в интернатные учреждения. Одновременно из года в год растет количество детей, отобранных у родителей; с 1993 по 1999 гг. их доля по отношению к детскому населению выросла в 2,1 раза (с 25896 до 50018 в абсолютных цифрах). И это единственно истинная цена всех деклараций о приоритете семьи и единственно достоверный результат всех усилий государства, о которых столь подробно говорится в Докладе (раздел Г-Д). Данная проблема является наиболее ярким свидетельством бессилия государства, если в решение проблем детства не вовлечено гражданское общество с его многообразными инициативами, не скованными ведомственными рамками и интересами.

По-прежнему отсутствует какая-либо система профилактики социального сиротства, как и система постинтернатной адаптации воспитанников сиротских учреждений. Общественные организации имеют сведения о том, что без жесточайшего контроля со стороны правозащитных организаций и государственных структур право выпускников интернатов на жилище постоянно попирается. Следует также подчеркнуть, что и семьи, взявшие к себе осиротевших детей (приемные, опекунические), лишены какой-либо необходимой поддержки в периоде адаптации, предоставлены сами себе и в то же время недостаточно контролируются органами опеки и попечительства (об этом свидетельствуют, к примеру, данные обследования опекунских семей в Республике Тыва). Отсутствует и какая-либо система подготовки будущих замещающих родителей. Отдельный позитивный опыт некоторых регионов никак не внедряется повсеместно.

22. Недоступность образования массовым контингентам детей.

Тактика декларативного «облагораживания» ситуации при умолчаниях и искажении действительного положения столь же явственно проявилась и в данных Доклада о детском образовании (раздел Г-Е). Специалистам хорошо известно, что, по крайней мере, 10% (не менее 2 млн.) детей школьного возраста нигде не учатся; что ребенок в школе и его родители практически бесправны перед школьной администрацией; что во многих школах процветает практика «выдавливания» неудобных и недостаточно способных, с точки зрения учителей, учеников (типичная ситуация, с которой мы сталкиваемся в своей практике: родителям неугодного ученика предлагают забрать его из школы, а на их протесты отвечают обещанием в следующем учебном году ставить ему по всем предметам одни «двойки»); что школа никак не отвечает за судьбу выброшенного за ее ворота ребенка; что масса детей (38%, по данным бывшего Комитета по делам молодежи РФ) испытывают в школе психологическое и физическое насилие со стороны педагогов; что многолетние декларации о создании при школах попечительских советов так и остаются декларациями.

В государственной системе до сих пор не возникло никаких школ, принимающих детей с выра-

женными нарушениями умственного и психоэмоционального развития. Даже если какая-то государственная школа готова взять такого ребенка на обучение, она не принимает проблемных детей без заключения МППК. А МППК в этом случае чаще всего не дает направления в нужную школу. Унизительная процедура прохождения МППК для такого ребенка обычно заканчивается «отлучением» от обучения в каком бы то ни было государственном образовательном учреждении: ребенка признают «необучаемым» и рекомендуют родителям сдать его в интернат. Единственным выходом для семьи остается искать негосударственную школу, которая примет ребенка, или обучать его дома.

В соответствии с рядом законов и положений, дети-инвалиды, обучающиеся в специализированных негосударственных образовательных учреждениях или в семье (если их не принимают в государственные образовательные учреждения), имеют право на получение денежной компенсации на образование. Государство попросту скрывает от родителей их право на получение такой компенсации. Это сокрытие производится столь тщательно, что о законном праве семьи на получение компенсации не знает и абсолютное большинство чиновников среднего и нижнего звена образовательных ведомств. В результате эти прогрессивные элементы законодательной базы не подкреплены никакими механизмами реализации.

При попытке родителей получить компенсацию на образование ребенка они сталкиваются с искренним непониманием со стороны чиновников, а затем – с глухим раздражением и непреодолимыми препятствиями. Без всякой необходимости родителя с ребенком снова посылают в МППК, которую он уже проходил и в результате которой его уже «отбросила» государственная система образования. Показательно, что сам формат заключения МППК не содержит пункта «рекомендации по обучению ребенка»! Поэтому рекомендация сдать ребенка в интернат вписывается обычно в пункт «лечебные и трудовые рекомендации». Если родитель настаивает на том, чтобы ребенок жил в семье и получал адекватное образование, то его обвиняют в том, что он претендует на обучение «необучаемого»(!) ребенка и тем самым «толкает государство на бессмысленные расходы». На этом страдания семьи не кончаются. Зачастую родителей принуждают надолго положить ребенка в больницу «для уточнения диагноза». Заметим, что закон не требует прохождения МППК, а дает родителю право самому выбирать форму и вид образовательного учреждения для своего ребенка. По закону, для выплаты компенсации на образование достаточно простого желания родителей обучать ребенка-инвалида не в государственном учреждении. Однако реально оформить компенсацию на обучение такого ребенка почти всегда оказывается невозможным. В такой ситуации ребенок чаще всего сидит дома в четырех стенах, и никто за это не отвечает: в России не существует никакого контроля со стороны государства по поводу того, обучается ли где-нибудь ребенок-инвалид или нет.

Взятые на себя Россией обязательства предполагают, что на ребенка с нарушениями развития должно быть потрачено больше средств, чем на здоровых сверстников. На самом же деле складывается обратная ситуация: в то время как на образование здорового ребенка государство тратит весьма большие средства (он ходит в детский сад, в школу, там его учат, кормят и т.п., затем ему дают профессиональное или высшее образование), для ребенка же с нарушениями развития не существует никакой образовательной инфраструктуры – он не может попасть ни в детский сад, ни школу и зачастую не может даже мечтать о той еде, которую бесплатно получают его здоровые сверстники в детских садах и младшей школе. Ребенок-инвалид таким образом оказывается в зоне «двойного наказания»: для него не создано образовательной инфраструктуры, и одновременно (т.к. средства на детей расходуются только через государственные учреждения) семья не имеет возможности получить средства, которые позволили бы ей каким-то иным образом реализовать право ребенка на образование.

Не лучше обстоит дело с образованием детей вынужденных мигрантов. Этих детей не принимают, как правило, ни в детские дома, в ни интернаты, где они смогли бы находиться и обучаться, пока родители ищут временное жилье и работу. Муниципальные образовательные учреждения очень неохотно принимают этих детей на бесплатное обучение или не принимают вовсе. Огромные проблемы обучения детей возникают у жителей Чечни, покинувших ее территорию в связи с возобновлением там военных действий. Министерство образования РФ неоднократно подтверждало незаконность действий местных властей, приносила протесты и Генеральная Прокуратура. Однако это не привело к ощутимому успеху. В Приказе Московского комитета образования № 567 от 21.09.99 сказано: «Прием иногородних детей в образовательные школы и школы-интернаты осуществлять только при наличии регистрационных документов». Приказ относится к детям, бежавшим от обстрелов и бомбардировок новой войны и вышел на следующий день после начала военных действий в Чечне. Правила регистрации в Москве и Московской области в мае 2001 г. признаны Верховным Судом РФ противоречащими законодательству и не подлежащими применению. Тем не менее, приказ продолжает действовать!

Исключительно остра ситуация с соблюдением прав детей, в том числе на образование, среди 13

тысяч турок-месхетинцев в Краснодарском крае. В нарушение Конституции РФ и российских законов, эти люди с 1989 г. полностью поражены во всех правах, (нет гражданства, прописки, пособий, пенсий и т.д.). Есть факты выдворения и отказа детям турок-месхетинцев в нахождении в детских садах (особенно в Крымском районе Краснодарского края). Этим детям не дают паспорта, а вместо свидетельства о рождении выдают не предусмотренные законами справки о рождении, которые не принимаются официальными органами. Турки-месхетинцы не могут зарегистрировать брак, в результате дети записываются по фамилии матери, что оскорбляет национальную гордость этого народа. Якобы в интересах детей в ряде школ края созданы так называемые «турецкие» классы, где обучаются только турки-месхетинцы. Таким образом проводится дискриминация детей по национальному признаку.

23. Катастрофическое положение детей-инвалидов в государственных интернатах.

Что касается детей-инвалидов (раздел Г-Ж, абз. 2-13), то в Докладе умалчивается о катастрофическом положении таких детей, находящихся в домах-интернатах Министерства труда и социального развития РФ. Эти дети лишены, в первую очередь, полноценной медицинской помощи, поскольку дома-интернаты не имеют необходимого персонала, медицинских средств и возможностей, т.к. не относятся к учреждениям здравоохранения. Этим детям не производится необходимая хирургическая коррекция врожденных дефектов костной системы и внутренних органов. Умершим детям не проводится патологоанатомическая диагностика. Дома-интернаты – это по сути детские концлагеря, где содержатся дети-инвалиды без всякой надежды на улучшение здоровья, на развитие и адаптацию. Дети-инвалиды, помещенные в дома-интернаты, законным (!) путем лишаются жилплощади (такая практика объясняется, вероятно, тем, что большая часть этих детей впоследствии погибает и, тем самым, не претендует на свою бывшую жилплощадь). Когда родители сдают ребенка в дом-интернат, за ребенком сохраняется домашняя прописка. Родители в этот период, не забирая ребенка из интерната, могут воспользоваться льготами, предоставляемыми детям-инвалидам, и получить от государства дополнительную жилплощадь. По достижении 18 лет (до недавнего времени - 16 лет) дети выпускаются из дома-интерната. Реально же никого из тех, кто остался жив, не забирают домой, а всех переводят во взрослые интернаты; при этом их, в соответствии с действующим порядком, обязательно выписывают из своих квартир и прописывают в интернат. Инвалиды подписывают соответствующие бумаги, обычно даже не осознавая, какие именно документы они подписали (поскольку детей-инвалидов в интернате ничему систематически не учат и ничего им не объясняют, они не имеют никакого опыта обращения с документами и не понимают, что означают эти документы). Если квартира была не приватизирована или ребенок-инвалид не участвовал в приватизации, он не может прописаться обратно в квартиру без согласия родственников и, следовательно, не имеет никакой жилплощади.

Так, упомянутая выше Люба Можаяева, инвалид II группы, с 6 лет жила в домах-интернатах г. Москвы, а по достижении 16 лет была переведена во взрослый психоневрологический интернат (ПНИ). Вначале Люба была прописана вместе с матерью в коммунальной квартире. Пользуясь льготами, предоставляемыми детям-инвалидам, их семья получила 2-комнатную квартиру. Все это время Любу продолжали держать в интернате. В 1992 г., при переводе во взрослый интернат, Люба была выписана из своей квартиры и прописана в ПНИ, после чего мать Любы приватизировала квартиру. Обо всем этом Люба не была осведомлена. Когда в 2001 г. у Любы родился ребенок, выяснилось, что ни она сама, ни ребенок не имеют никакой жилплощади, а полагающаяся Любе льгота уже использована. Несмотря на то, что Люба Можаяева является дееспособной и формально не имеет никакого поражения в правах, реально оказывается, что она лишена возможности воспитывать своего ребенка.

24. Отсутствие системы реабилитации детей-инвалидов и противодействие государственных структур реализации права ребенка-инвалида на реабилитацию.

Утверждение Доклада, что «с 1998 г. реабилитация детей-инвалидов осуществляется на основе индивидуальных программ, включающих медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Только в 1999 г. учреждениями медико-социальной экспертизы составлено индивидуальных программ реабилитации для 46,2 тыс. детей-инвалидов.» (раздел Г-Ж, абз. 9), опять скрывает истинное положение дел. Из 592 тыс. зарегистрированных в России детей-инвалидов (а по оценкам многих специалистов, детей-инвалидов в нашей стране гораздо больше) составлены индивидуальные программы реабилитации (ИПР) только для 8% детей-инвалидов. Это означает, что для остальных 92% детей-инвалидов реабилитация практически не проводится: в государственных учреждениях просто не знают, что с ними делать. То есть почти 550 тыс. детей, имеющих более тяжелые или множественные нарушения, не могут найти адекватной реабилитационной помощи в государстве.

Какова участь тех немногих детей, которые, не найдя помощи в государственном учреждении,

смогли найти ее в негосударственных реабилитационных учреждениях или у частного специалиста? В соответствии с законами, которые не известны ни родителям, ни чиновникам, семьи этих детей имеют право на компенсацию затрат на оплату реабилитационных услуг. Правила получения этой компенсации устроены еще менее удобно, чем компенсации на образование ребенка-инвалида. Ее можно требовать только по факту уже произведенных затрат на реализацию заранее утвержденной ИПР (при этом никого не волнует, где семья возьмет средства на проведение курса реабилитации). Для утверждения такой программы родители должны обращаться в Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) или в Медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК). В органе медико-социальной экспертизы, где ребенку должны утвердить ИПР, как правило, нет специалистов, имеющих положительный опыт помощи таким детям. Кроме того, члены экспертного органа, как правило, видят ребенка первый раз в жизни или, в лучшем случае, раз в несколько лет, когда происходит плановое переоформление инвалидности. Педагоги и психологи в этих органах практически не представлены. Поэтому родители, отправляясь с ребенком в орган медико-социальной экспертизы, запасаются проектом ИПР, составленным в том негосударственном учреждении, которое успешно занимается с их ребенком. Типичные элементы современной работы с детьми, направленные на развитие у ребенка эмоционально-волевой сферы, пространственных представлений, познавательной сферы, моторики, предметно-игровой деятельности, речи; обучение общению, самообслуживанию, овладению социальными навыками; сопутствующая им психологическая помощь семье, информирование и консультирование родителей, - обычно возмущают членов экспертного органа. Свидетельства родителей о том, что у ребенка в результате занятий уже произошли заметные улучшения, всегда игнорируются. Таким образом, не умея и поэтому считая невозможным помочь ребенку, специалисты экспертного органа отказываются утверждать проект ИПР, успешное осуществление которой уже приносит ребенку ощутимые улучшения. Отсутствие утвержденной ИПР исключает возможность получить компенсационные средства.

Приведем случай (весна 2001 г.), когда во главе одного из московских БМСЭ оказался квалифицированный специалист и порядочный человек, который отважился утвердить проект ИПР, предложенный специалистами негосударственного реабилитационного центра, где успешно занимались с ребенком-инвалидом. На следующем этапе, когда родители обратились в территориальный орган социальной защиты и чиновникам стало ясно, что теперь придется выплатить компенсационные средства, специалиста, утвердившего ИПР, подвергли обструкции: ему пригрозили увольнением и тем, что средства по компенсации на реабилитацию будут взысканы лично с него, поскольку он «разбазаривает государственную казну». Данные родители до сих пор не смогли добиться компенсации, а специалист, утвердивший им ИПР, теперь отказывается утверждать проекты ИПР, рекомендованные другим семьям негосударственными реабилитационными центрами.

25. Отсутствие профилактики детской безнадзорности и реабилитации безнадзорных детей.

В отношении безнадзорных детей (раздел Г-Ж, абз. 14-21) государство стало принимать, хоть и с опозданием, определенные меры, но они остаются крайне малоэффективными, а порой наносят прямой вред детям. Так, в результате введения в действие Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999 г.) значительная часть безнадзорных детей (сбежавших из дому и приехавших в большие города, например, в Москву), не совершающих никаких правонарушений, оказалась вне ведения любых органов государственной власти. Даже центры временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) не вправе по этому закону заниматься несовершеннолетними до тех пор, пока те не нарушили закон! Прокуроры опротестовывали попытки милиции помочь таким детям. Однако сейчас, когда вышло Постановление Правительства РФ № 822 от 26.10.2000г., у милиционеров хотя бы есть возможность отвозить детей туда, откуда они прибежали. Но, очевидно, это не решение проблемы, а возвращение ее в исходную точку. Ребенок бежит из дому, где ему, очевидно, плохо. А государство возвращает ребенка туда же. Даже название действия, которое совершается с ребенком - **перевозка(!!!)**, - свидетельствует об отношении государства к проблемам детей! Ребенка не нужно перевозить (как скот) из одного места в другое, возможно, еще худшее для него, - без анализа ситуации по месту жительства и организации там же соответствующих реабилитационных процессов.

Остаются неясными результаты действующей 3 года государственной целевой программы «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Сколько было до начала программы и сколько стало безнадзорных? Скорее всего (судя по количеству беспризорников и безнадзорных детей на улицах Москвы), детская безнадзорность в России ширится и растет. Ст. 8 упомянутого выше Закона предусматривает распределение обязанностей между 8 государственными органами, работающими с безнадзорными детьми. Однако институт уличных социальных работников, которые

бы выявляли таких детей и работали с ними, не создан. Хотя на 9 железнодорожных вокзалах Москвы находятся более тысячи беспризорных детей, нами не установлено ни одного случая выхода сотрудников органов опеки и органов социальной защиты на вокзалы для работы с этими детьми. Вместе с тем, нами установлены многочисленные случаи нарушения сотрудниками милиции прав беспризорных детей. Так, у детей, которые дышат клеем, отбирают этот клей и мажут этим клеем волосы; известны многочисленные случаи необоснованных избиений беспризорников резиновыми палками, использования в отношении них газовых баллончиков, срезания им подошв ботинок. Гражданку ФРГ Ханну Поллак, которая организовала регулярное кормление беспризорных детей на Курском вокзале Москвы, сотрудники милиции регулярно выгоняли из помещения вокзала, уничтожая предназначенную для детей еду. По жалобам общественных организаций на такое обращение с беспризорными детьми руководство органов милиции начинает преследовать сами общественные организации. Так, после жалобы Комитета за гражданские права начальнику УВД Ярославской области на поведение его сотрудников, которые приехали в состоянии алкогольного опьянения за беспризорными детьми, находившимися в помещении Комитета, и подвергли одного из детей избиению, а сотрудников Комитета оскорблениям, руководство УВД области стало требовать от прокуратуры признать незаконными действия Комитета по оказанию помощи беспризорным детям.

Неясно, на чем основано утверждение о высокой результативности деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, если они возвращают в семьи только 46% процентов безнадзорных детей. По статистике, ведущейся Фондом НАН, примерно 65% безнадзорных, «уличных» детей обитают на улице лишь эпизодически, и их возвращение домой – достаточно реально. Около 10% детей проживают (пока) в основном дома, но исчезают из дома на некоторое время и уже «обустраиваются» на улице. Работа с ними – более трудна, но и с ними реабилитационная работа позволяет добиваться успеха. И только 25% детей воспринимают улицу как «дом родной». Впрочем, и с ними работа не бесполезна. Таким образом, указанная результативность государственной системы – очень низка!

При этом необходимо отметить, что оказание беспризорным и бездомным детям медицинской помощи организовано достаточно хорошо, случаи отказа в оказании такой помощи носят единичный характер.

26. Репрессивный характер отношения к несовершеннолетним российских судебных и правоохранительных органов.

Доклад коснулся лишь одной короткой фразой правонарушений несовершеннолетних (раздел Г-Ж, абз. 22), совершенно не затронув крайне болезненную проблему отправления правосудия в их отношении. Судебная власть, законодатель, органы следствия и прокуратуры полностью игнорируют социальную и возрастную природу детской преступности. Это проявляется в необоснованно частом и длительном назначении несовершеннолетним обвиняемым наказания в виде лишения свободы, необоснованном избрании в качестве меры пресечения заключения под стражу, игнорировании судами влияния наказания, назначаемого несовершеннолетнему, на наилучшую защиту интересов ребенка, его развитие, положение его родственников. Одновременно снижается применение к несовершеннолетним правовых норм, улучшающих их положение. Например, с 1995 по 1998 годы процент несовершеннолетних, осужденных к наказанию ниже низшего предела, снизился с 20,7% до 13,8%. Если в 1998 г. к реальному лишению свободы было осуждено 25% всех несовершеннолетних подсудимых, то к таким видам наказания, как исправительные работы и штраф, соответственно лишь 0,3% и 1%. В настоящее время в России в заключении находятся около 40 тыс. детей. Суды предпочитают применять к несовершеннолетним неоправданно длительные сроки наказания в виде лишения свободы. Так, например в 1998 г. за совершение кражи (преступления, которое подростки совершают наиболее часто) наказание менее 1 г. лишения свободы было назначено лишь 3,8% осужденных, в то время, как наказание от 2 до 5 лет – 71,2%. Хотя законодательство РФ предусматривает возможность освобождения несовершеннолетних от уголовной ответственности в связи с деятельностным раскаянием и примирением с потерпевшим, суды крайне редко используют эти институты освобождения детей от уголовной ответственности. Новым Уголовным Кодексом РФ (1997 г.) исключено применение в отношении несовершеннолетних такого вида наказания, как возложение обязанности загладить причиненный вред. Кроме того, не разрешено назначение несовершеннолетним наказание в виде лишения свободы, отбываемого в колониях-поселениях. Таким образом, для взрослых преступников в стране действует система полуоткрытых тюрем, именуемых колониями-поселениями, в то время как для несовершеннолетних существуют только тюрьмы (колонии) закрытого типа.

Приоритет карательных методов воздействия на юных правонарушителей над методами воспита-

тельного и социального характера проявляется также и в том, что ст. 92 УК РФ не разрешает назначение мер воспитательного характера в виде помещения в закрытое учебно-воспитательное учреждение любых осужденных несовершеннолетних, кроме осужденных за преступления средней тяжести. Таким образом, если подросток украл банку с огурцами или во время драки схватился за палку, то его можно посадить в колонию, а направить в спецшколу или спецПТУ нельзя. Последствием такого подхода стало резкое сокращение количества детей, осужденных к помещению в закрытое учебно-воспитательное заведение, в связи с чем большинство из этих учреждений в настоящее время стоят полупустыми, а уникальные педагогические коллективы реализуют себя далеко не в полной мере. В 1997 г. принудительные меры воспитательного характера с прекращением уголовного дела были назначены 2928 несовершеннолетним, а в 1998 г. - только 2567 несовершеннолетним, то есть примерно 10% несовершеннолетних, совершивших преступления небольшой или средней степени тяжести.

До настоящего времени значительное количество детей отбывает наказание вдали от дома. Воспитательные колонии отсутствуют более чем в 10 субъектах РФ, в том числе и в таких крупных, как Республика Коми. Колоний для девочек всего 3, в связи с чем большинство девочек отбывает наказание за тысячу и более километров от дома. Неудовлетворительно организовано предупреждение и лечение туберкулеза у несовершеннолетних заключенных. Ежегодно туберкулезом в РФ заболевает не менее 500 несовершеннолетних заключенных. Несовершеннолетние, больные открытой формой туберкулеза, из воспитательных колоний переводятся в лечебно-исправительные учреждения, где содержатся вместе со взрослыми осужденными.

Известны многочисленные случаи, когда попадание в заключение ребенка, получающего пенсию по потере кормильца или по инвалидности, влечет прекращение выплаты такой пенсии. Органы социальной защиты относятся к детям, получающим пенсии, по принципу "с глаз долой - из сердца вон" и не считают необходимым пересылать в колонии, где отбывает наказание ребенок, пенсионные дела. Не решается и проблема захвата жилья детей, незаконных сделок с их жильем или фактического лишения их жилья во время нахождения несовершеннолетних осужденных в местах лишения свободы. Лишению детей жилья способствует механизм функционирования института регистрации: при осуждении ребенка к лишению свободы он снимается с регистрации по прежнему месту жительства автоматически, однако для восстановления регистрации после освобождения требуется согласие всех несовершеннолетних членов семьи. Поэтому утрата жилья в связи с автоматическим снятием с регистрации при одновременном восстановлении регистрации в зависимости от усмотрения других лиц, которые часто враждебно настроены к интересам ребенка, носит массовый характер. По нашим примерным оценкам, таким образом оказались лишены жилья не менее 50 тысяч детей-сирот.

До 1.01.97 г. в стране для несовершеннолетних подсудимых существовал институт отсрочки исполнения наказания, которая позволяла в случае необходимости дать юному правонарушителю, уже осужденному условно, еще один шанс. При этом каких-либо научных, экономических, политических доводов для отмены института отсрочки наказания несовершеннолетним осужденным не приводилось. В середине 1990-х годов был отменен прекрасно зарекомендовавший себя институт передачи несовершеннолетнего на поруки трудовому или учебному коллективу и общественным воспитателям. В настоящее время ходатайства перед судом коллективов предприятий, институтов, школ, которые чаще всего знают подсудимого на протяжении многих лет и готовы контролировать его поведение при условном осуждении, судами, как правило, отвергаются либо игнорируются.

Контроль за поведением детей, осужденных к условному наказанию, и работа по их исправлению ведется Подразделением по делам несовершеннолетних милиции общественной безопасности, то есть подразделением, основной работой которого является раскрытие преступлений и борьба с преступностью. Отсутствие специальной службы по работе с несовершеннолетними правонарушителями, осужденными без лишения свободы, использование в работе с условно осужденными подростками в основном карательных, а не социальных методов является главной причиной высокого уровня рецидива среди условно осужденных подростков.

С сентября 2000 г. Президент РФ прекратил подписание Указов о помиловании (последний подобный прецедент в России был 300 лет назад). В связи с этим возможности быть помилованными уже лишились 1,5 тысячи подростков, отбывших значительную часть наказания, чьи дела были представлены Президенту для решения вопроса о помиловании.

В последнее время в некоторых регионах общественным организациям стало труднее попадать в воспитательные колонии и камеры СИЗО для содержания несовершеннолетних. Так, Управление исполнения наказаний Московской области в 1999 г. в одностороннем порядке прекратило сотрудничество с Комитетом за гражданские права, социальные работники которого в течение 5 лет помогали сотням воспитанников Можайской и Икшанской воспитательных колоний.

Таким образом, система назначения и исполнения наказания несовершеннолетним правонарушителям в РФ игнорирует особенности поведения и развития несовершеннолетних, неоправданно жестока, неэффективна, не соблюдает международные стандарты и не достигает целей наказания, определенных ст. 43 УК РФ, - исправление осужденного, недопущение совершения новых преступлений, восстановление социальной справедливости.

27. Отсутствие реальной борьбы с детским алкоголизмом и наркоманией.

Проблема детской наркомании и алкоголизма (раздел Г-Ж, абз. 23-25) практически никак не решается, несмотря на ее катастрофически нарастающую остроту. В частности, по сути отсутствует детская наркологическая служба, не готовятся специалисты по детской наркологии. В обществе и в органах власти по-прежнему преобладает репрессивный подход к борьбе с наркоманией (на недавних, в мае 2000 г., парламентских слушаниях по проблеме детской наркомании целый ряд депутатов Государственной Думы требовал узаконить расстрел для распространителей наркотиков, одновременно не предложив никаких реальных мер для профилактики детской наркомании, для организации помощи детям, приобщившимся к употреблению психоактивных веществ). Не случайно Доклад ограничился на эту тему лишь несколькими общими фразами. Характерным примером «борьбы» с подростковой наркоманией является подбрасывание наркотиков несовершеннолетним, осуществление провокаций, когда действующие по инициативе милиции лица убеждают несовершеннолетних наркоманов продать или передать им наркотики. Будучи задержанными сотрудниками милиции, юные «наркоторговцы» стоят перед выбором - либо стать соучастниками таких же провокаций в отношении своих товарищей, либо получить от 7 до 10 лет лишения свободы.

28. Проблемы ребенка и семьи коренных малочисленных народов.

Особенно ярко стремление составителей Национального доклада путем умолчаний обойти острые проблемы детства проявило себя в описании положения детей коренных малочисленных народов Севера (раздел Г-Ж, абз.27). Фактически для детей этих народов, особенно живущих (кочующих) в местах традиционной жизнедеятельности, пустым звуком являются слова об *«обеспечении доступности каждому ребенку базовых социальных благ в условиях отдаленного проживания и экстремальных природно-климатических условий»*. Полная инсинуация - утверждения о создании в местах традиционного обитания малочисленных народов Севера сети телемедицины и новых мобильных и дистанционных форм образования. Особенно трагично для аборигенов Севера, в том числе женщин и детей, катастрофическое снижение доступности к медицинскому обслуживанию и оздоровительным технологиям. Например, в Чукотском автономном округе было отказано в госпитализации беременной женщине из тундры в связи с отсутствием у нее страхового полиса; в итоге мать и дитя погибли. Теперь в порядке вещей, что беременные и роженицы преодолевают сотни километров тундры и тайги, чтобы добраться до больницы и обратно. Младенческая смертность у этих народов в 2-4 раза выше, чем в среднем по России. Дети коренных малочисленных народов болеют в 2-3 раза чаще, чем их сверстники в средней полосе России, они растут беззубыми, с ослабленным зрением. Особенно угрожающей является заболеваемость туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. Однако прививочная и прочая профилактическая работа ушла в прошлое. Вообще, точных и достоверных данных по состоянию здоровья детей малочисленных народов Севера нет, так как в прежние годы они были засекречены, а в настоящее время централизованный сбор и анализ данных прекращен. Особую опасность представляют факторы разрушения и загрязнения природной среды - ведь природа Севера накапливает вредные факторы как северного, так и южного «происхождения», а народы Севера продолжают жить и питаться в природной среде. Это ведет к накоплению вредных химических веществ в организме и передаче их от матери детям. В итоге содержание вредных веществ в организме новорожденных аборигенов Севера в 2-10 раз больше, чем в южных районах. Эти неблагоприятные факторы природной среды, в частности высокие концентрации искусственных радионуклидов, положительно коррелируют с количеством мертворожденных, частотой катаракт, психических расстройств и умственной отсталости.

Массовый и принудительный отрыв детей аборигенов от родителей, содержание их в интернатах и резкая смена характера традиционного питания привели к нарушению трансмиссии этнической культуры, разрыву внутрисемейных связей, нарушению функционирования важных структур организма. В северных селах обеспеченность зданиями школ в два и более раз ниже общероссийского уровня, а проблема альтернативных, малокомплектных и тундровых школ не решена вообще. Около половины существующих зданий учреждений образования не соответствует современным нормам и климатическим условиям. Школы не адаптированы к региональной и этнической специфике, нет необходимой литературы.

Коренные малочисленные народы Севера и другие этнические и территориальные группы уже вступили на путь, ведущий к вымиранию. Возможно, недалек тот день, когда с лица Земли исчезнут самые малочисленные этносы, такие как кереки, чулымцы, история существования которых насчитывает века, тысячелетия.

29. Отсутствие практической программы действий правительства по защите детства и семьи.

И, наконец, наиболее удручающее впечатление своей декларативностью производит план дальнейших действий (раздел Е), в котором не содержится ни одного конкретного предложения по поводу того, как в настоящее время государство может решить острейшие проблемы детства и семьи в России.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ мы выдвигаем конкретные предложения, для реализации которых не нужны сколько-нибудь значительные инвестиции, реализация которых возможна уже в настоящее время, в существующих российских условиях при наличии политической воли и осознания того, что:

- *от решения проблем семьи и детства зависит само существование России как государства;*
- *без поддержки детей, подростков и молодежи, без особого внимания семье общество обречено на физическую, интеллектуальную и нравственную деградацию;*
- *без инвестиций в образование и развитие подрастающих поколений Россия превратится в государство с отсталой сырьевой экономикой.*

НАШИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Создать правовую и социально-технологическую основу ювенальной юстиции.

Воссоздать в России ювенальные суды, предусмотрев для этого, прежде всего, комплекс образовательных программ, направленных на повышение квалификации и специализации ныне действующих судей, рассматривающих дела с участием несовершеннолетних. Придать деятельности судов не карательный, а восстановительный характер при рассмотрении дел несовершеннолетних с применением мер социализирующего, профилактического и развивающего характера. Создать систему социальной работы с детьми по месту жительства. Разработать и внедрить в социальную практику новые социальные профессии для работы с детьми: уличные социальные работники, социальные работники для работы в семьях, социальные работники в ювенальных судах (при ювенальных судьях), социальные работники реабилитационных программ. Обеспечить насыщение работы с детьми некарательными, социально-реабилитационными, профилактическими и развивающими программными действиями.

2. Разработать и принять правовые нормы, обеспечивающие создание и внедрение в России системы взаимодействия органов власти Российской Федерации с негосударственными некоммерческими организациями, в том числе – действующими в интересах детей.

Разработать и принять Федеральный закон РФ «Об основах системы взаимодействия органов власти Российской Федерации с негосударственными некоммерческими организациями», в котором были бы регламентированы такие современные социальные технологии, как грантовые конкурсы, социальный заказ, «прозрачный бюджет», ярмарки социальных проектов, фонды местного сообщества, общественные советы и другие.

Дополнить Бюджетный кодекс нормой о возможности передачи бюджетных средств негосударственным некоммерческим организациям, реализующим на публичной конкурсной основе государственный социальный заказ.

Предусмотреть в Налоговом законодательстве нормы, учитывающие специфику некоммерческой деятельности, в том числе при реализации негосударственными некоммерческими организациями государственного социального заказа.

3. Принять Федеральный Закон о Федеральном уполномоченном по правам ребенка и общественном наблюдении за соблюдением прав детей.

За последние 15 лет службы Уполномоченного по правам детей в том или ином виде созданы в более чем 30 странах, и представляется очевидным, что без создания такого специального «рупора» интересов 34 миллионов детей России наша страна не сможет реализовать на практике принципы Конвенции о правах ребенка. Необходимо указать на важный положительный шаг в этом направлении: с начала 1998 г. в 6 регионах России действуют Уполномоченные по правам ребенка, однако их дея-

тельность недостаточно эффективна, поскольку не обеспечена законодательно и организационно-методически. В частности, они не обладают действенным инструментом для контроля за соблюдением прав детей. Как инструмент активного выявления нарушений прав ребенка в детских учреждениях законом должен быть установлен институт общественных наблюдателей. Две традиционные системы контроля за соблюдением прав детей в детских учреждениях - вышестоящими органами, т.е. по исполнительной вертикали, и прокурорский надзор - доказали свою неспособность обеспечить действенную защиту прав детей, предотвратить насилие, унижающее обращение и т.п. Эффективным способом контроля за соблюдением прав воспитанника детского учреждения может быть осуществление этого контроля общественными наблюдателями, наделенными правом входить в учреждение без предупреждения, правом общения с воспитанниками без свидетелей, правом доступа к документации и т.п. Предлагаемая система общественного контроля за соблюдением прав детей позволит ускорить включение гражданского общества во взаимодействие с государством в лице Федерального уполномоченного по правам детей.

4. Прикрепить реабилитационные и образовательные средства к семье ребенка-инвалида.

Средства, выделяемые государством для развития и образования ребенка-инвалида, должны распределяться не через длинные цепочки чиновников, а прикрепляться непосредственно к семье. Средства должны быть направлены в виде своего рода «ваучеров»: т.е. в виде, в котором их можно израсходовать только на образование и реабилитацию ребенка, направив в выбранную организацию или конкретному сертифицированному специалисту для работы с ребенком. В последние несколько лет этот организационно-финансовый механизм широко обсуждается под разными названиями – реабилитационно-образовательный полис, именные финансовые обязательства и т.п., но суть его одна: выделяемые государством на проблемного ребенка средства должны быть «привязаны» к семье этого ребенка и именно семья должна быть распорядителем этих средств. Родители сами должны осуществить выбор организации, в которую они направят эти средства. Тем самым семья не будет тратить огромные силы, чтобы добиться поступления к ней этих средств (как происходит сейчас), а будет только заботиться о том, чтобы разумным образом расходовать их. Это высвободит энергию целого сегмента гражданского общества и позволит быстро создать необходимую инфраструктуру эффективной помощи этим детям и реализации их фундаментальных прав. Таким образом запускаются все активные механизмы, свойственные гражданскому обществу: собственная активность родителей и их забота о будущем ребенка, активность профессионалов и других деятелей некоммерческого сектора, которые готовы в его рамках создавать необходимые организации. В такой ситуации начнет положительно развиваться и государственная реабилитационная система, оказавшись в конкурентных условиях.

5. Вернуть Комплексной Федеральной целевой Программе «Дети России» статус Президентской. Разработать и принять указанную Программу на период 2003-2007 годы, предусмотрев в ней систему конкурсов, проводимых для выявления и реализации соответствующих инновационных инициатив профильных негосударственных некоммерческих организаций.

6. Разработать и реализовать новую самостоятельную Федеральную программу «Дети Севера», предусматривающую эффективные меры по защите прав и законных интересов детей коренных малочисленных народов Севера и обеспечивающую действенное участие общественности этих народов в разработке, реализации и контроле за финансированием и осуществлением Программы.

7. Провести прокурорское расследование по непредоставлению гражданства детям турок-месхетинцев в Краснодарском крае.

ОРГАНИЗАЦИИ И ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛИ, УЧАСТВОВАВШИЕ В СОСТАВЛЕНИИ «НЕЗАВИСИМОГО ДОКЛАДА»

Комиссия по семье и детству Общественно-политического объединения «Яблоко»

117342, Москва, ул. Обручева, д. 34/63, оф. 213; тел. (095) 334-4641 доб. 105, 106;

эл. адрес: deti@yabloko.ru

Леонид Шавельзон, председатель; Анатолий Северный, сопредседатель

Ассоциация детских психиатров и психологов

123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, оф. 23; тел./факс (095) 251-4306;

эл. адрес: acpp@online.ru**Анатолий Северный, президент****Российский благотворительный Фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (Фонд НАН)**

117449, Москва, ул. Шверника, д. 10-а; тел. (095) 126-3475, 126-0451, 126-5524; факс: 126-1064;

эл. адрес: nan@nan.ru**Олег Зыков, президент; Нодари Хананашвили, руководитель юридической службы****Благотворительная общественная организация «Центр лечебной педагогики»**

117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б; тел./факс (095) 131-0683, 133-8447, 138-0616;

эл. адрес: ccpmain@online.ru**Роман Дименштейн, председатель Правления****Благотворительная правозащитная организация «Комитет за гражданские права»**

127562, Москва, ул. Санникова, д. 7, оф. 21; тел./факс (095) 478-9515;

эл. адрес: komitet@cityline.ru**Андрей Бабушкин, председатель****Благотворительная организация помощи беженцам и вынужденным переселенцам «Гражданское содействие»**

103030, Москва, ул. Долгоруковская, д. 33, стр. 6; тел. (095) 973-5474; факс 251-5319;

эл. адрес: ccaserver@mtu.ru; sgannush@mtu.ru**Анна Вершок, заместитель председателя****Общероссийская общественная организация «Детские и молодежные социальные инициативы» - ДИМСИ**

129278, Москва, ул. Павла Корчагина, д. 7а, оф. 42; тел. (095) 283-8734, факс 114-2289;

эл. адрес: dimsi-ngo@mtu-net.ru**Сергей Тетерский, президент****Ассоциация коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ.**

117415, Москва, просп. Вернадского, д. 37, корп. 2, оф. 527; тел./факс: (095) 930-4468; 938-9527;

эл. адрес: raipon@online.ru; udege@online.ru**Лариса Абрютина, вице-президент****Новороссийский городской общественный фонд «Школа Мира»**

353901, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Мира, д. 14/4; тел./факс (8617) 610-610;

эл. адрес: sp-found@nvrsk.net**Вадим Карастелев, исполнительный директор****Хабаровское отделение Общероссийского общественного движения «За права человека»**

680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, д. 34, оф. 8; тел./факс (4212) 216-649;

эл. адрес: bechtold@mail.ru**Александр Бехтольд, исполнительный директор**

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ИНФОРМАЦИЯ

С. А. Игумнов

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ (Москва, 25-28.09.2001 г.)

Академия управления при Президенте Республики Беларусь, Белорусская медицинская академия последипломного образования. Минск.

25-28 сентября 2001 года в Москве состоялся Конгресс по детской психиатрии, собравший около 800 специалистов, работающих в области охраны психического здоровья детей – психиатров, психотерапевтов, психологов, коррекционных и социальных педагогов.

Инициаторами организации и проведения Конгресса выступили Ассоциация детских психиатров и психологов (президент А.А. Северный), Российское общество психиатров (председатель В.Н. Краснов), кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (зав. кафедрой проф. Ю.С. Шевченко) при поддержке Министерств здравоохранения и образования РФ.

В работе Конгресса приняли активное участие представители стран СНГ (Российской Федерации, Республики Беларусь, Украины, Армении, Казахстана, Кыргызстана), стран Балтии и ряда стран дальнего зарубежья (Великобритании, Венгрии, Германии, Индии, Италии, США, Финляндии).

Среди основных задач, поставленных организаторами Конгресса, были:

- разработать единые (в рамках СНГ) концептуальные подходы и организационные мероприятия в области детской психиатрии, психологии и социальной педагогики;
- наладить межведомственное и межгосударственное взаимодействие в данной области;
- дать импульс к проведению научных исследований в области детской психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, коррекционной и социальной педагогики на современном методическом уровне.

Широчайший спектр проблем, освещенных участниками Конгресса, наглядно иллюстрируется многообразием секций, на которых были представлены в виде устных выступлений и тезисов 342 сообщения.

На секции «Психолого-педагогические проблемы семьи в современном Российском социуме» большой интерес вызвали доклады, посвященные социально-психологическим особенностям неблагополучной семьи (Л.Н. Рыбакова и соавт.), особенностям семейных отношений у подростков с аддитивным поведением (А.В. Худяков), проблемам социально-психологической защищенности детей-сирот (Г.В. Семья; Н.Ю. Шагинян-Нидем).

Секция «Психопатология и патопсихология раннего возраста» характеризовалась чрезвычайным разнообразием представленных докладов. Особый интерес был проявлен аудиторией к таким темам как «Современные подходы к проблеме детского и атипичного аутизма» (В.М. Башина, Н.В. Симашкова), «Медико-генетическое консультирование при планировании семьи» (И.А. Козлова, В.А. Орлова), «Систематизация психических расстройств у детей и подростков» (Ю.С. Шевченко). Живой эмоциональный отклик вызвал доклад А.И. Ковалева и Л.Б. Воронковой из г. Волгодонска «Острое стрессовое воздействие на беременных женщин как фактор, приводящий к возникновению предрасположенности нервно-психических расстройств», содержащий анализ состояния здоровья детей, матери которых в период беременности подверглись террористическому нападению.

В докладе С.Ю. Слоневской и соавт. «Факторы снижения эффективности превентологических программ» (НИИ наркологии МЗ РФ), представленном на секции «Наркомания и ВИЧ-инфицирование у детей: проблемы профилактики, коррекции и реабилитации» указано, что употребление психоактивных веществ в России приобрело характер эпидемии. По данным авторов, в стране насчитывается около 2,5 млн. лиц, страдающих наркоманиями. В представленном на данной секции докладе Г.М. Энтина и Е.Г. Энтиной «Построение лечебно-реабилитационной программы для больных наркоманией подростково-юношеского возраста» предложена программа длительного амбулаторного лечения и реабилитации больных героиновой наркоманией с использованием опосредованной стресс-психотерапии.

Интерес специалистов вызвали доклады, посвященные регионально-специфическим наркологическим проблемам: «Употребление психоактивных грибов-псилоцибинов в Карелии подростками 15-16 лет» (Т.В. Подгорный), нефармакологическим формам аддитивного поведения: «Интернет-зависимость – новая форма аддитивного поведения у подростков» (А.Ф. Шайдулина) и транскультуральным исследованиям в сфере наркологии: «Транскультуральное исследование аддитивного опыта подростков Карелии и Финляндии» (М.М. Буркин и соавт.). Живую дискуссию вызвали вопросы, по-

ставленные в докладе Н.В. Александровой: «ВИЧ-инфицированные дети и подростки: эмоциональное отвержение или защита?»).

Секция «Ребенок-родители-помогающий специалист как триединство лечебной педагогики» была посвящена ряду актуальных проблем: «Психическое здоровье детей и технологии дошкольной педагогики» (А.Н. Корнев), «Школьная дизадаптация детей и подростков, страдающих психическими расстройствами» (А.Г. Головина, О.П. Шмакова), «Консультирование семей с дизадаптированными детьми» (О.В. Голубь, Г.М. Иванова). Вопросы оказания оптимальной специализированной помощи детям, пострадавшим в результате террористических актов, были освещены в сообщении Е.В. Чевской (г. Волгодонск) «Взаимодействие школьных психологов с детской психиатрической службой в условиях чрезвычайных ситуаций».

На секции «Организация психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам» одно из центральных мест занял доклад Н.Е. Буториной и Г.Г. Буторина «Резидуально-органический психосиндром и многоосевая классификационная система с позиций детской и подростковой психиатрии», затрагивающий актуальную проблему интеграции диагностических критериев МКБ-10 и традиционных представлений отечественной психиатрической школы. Ряд докладов специалистов из стран СНГ также был посвящен вопросу квалификации отдельных форм психической патологии у детей в соответствии с МКБ-10 (М.Г. Деялтовская и С.А. Игумнов, Республика Беларусь; Т.М. Кадырова, Республика Кыргызстан).

В докладе «Актуальные вопросы детской психотерапии в Республике Беларусь» М.Г. Деялтовской и С.А. Игумновым были представлены результаты проспективного обследования группы из 250 детей в возрасте от 6 до 12 лет, проживающих в сельских районах. Основными формами проявлений психических и поведенческих расстройств (квалифицированных в соответствии с МКБ-10) в обследуемой группе были: эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F93) - 7,6%, специфические расстройства развития речи (F80) - 8,4%, школьных навыков (F81) - 7,2%, гиперкинетические расстройства (F90) - 4,4%, расстройства социального функционирования (F94) - 3,6%, тикозные расстройства (F95) - 4,8% и умственная отсталость (F70) - 2,0%. Общий показатель распространенности психических и поведенческих расстройств (включая сочетанные формы) в возрасте 10-12 лет составил 24,8%. Столь значительные показатели являются, в первую очередь, эффектом впервые примененных в массовом масштабе скрининговых методов, обнаруживших «подводную часть айсберга», не отраженную ранее официальной статистикой, и свидетельствуют о настоятельной необходимости дальнейшего совершенствования детской психиатрической и психотерапевтической службы.

На секции были освещены проблемы развития детской психиатрической и психотерапевтической службы различных регионов России: Чувашской республики (А.В. Голенков и соавт.), Красноярского края (И.Г. Гагаркина и соавт.), Нижегородской области (Т.Н. Дмитриева), Чукотского автономного округа (Т.В. Годовых и соавт.). Проблема «Йодная недостаточность и умственная отсталость среди населения Брянской области» представлена в докладе В.В. Дорохова и И.А. Зайцева.

Доклад Н.М. Иовчук и В.В. Зарецкого «Система повышения социально-психологической компетенции детей-сирот в интернатном учреждении» был посвящен определению стратегии и тактики социально-реабилитационной работы с названной категорией лиц.

Проявлением специального внимания детских психиатров к затяжным чрезвычайным ситуациям явился доклад Е.В. Кореня и В.М. Волошина «Некоторые подходы к проблеме психического здоровья у детей в зоне затяжного вооруженного конфликта (Чечня)».

На секции «Психотерапевтическая и психокоррекционная работа с психически больным ребенком и его семьей» были заслушаны доклады, посвященные семейной реабилитации детей с нервно-психическими расстройствами (И.Г. Гагаркина), психокоррекции детско-родительских отношений (Г.А. Адашинская, И.А. Скворцов), психологической и психотерапевтической помощи больным тяжелой соматической патологией (О.В. Борисовская; Н.А. Горлач) и с отдельными формами психических расстройств: шизотипическим расстройством личности (В.В. Дементьев), малопрогредиентной шизофренией (О.Ю. Казьмина, Е.Б. Чемякова), фобическими расстройствами (О.Н. Кузьмичева, О.Ю. Найденышев), эндогенными депрессиями (Е.Б. Чемякова и соавт.), заиканием (Е.Н. Садовникова), элективным мутизмом (Н.К. Кирилина, Ю.С. Шевченко, И.В. Добридень), энкопрезом (О.А. Астахова, Ю.С. Шевченко). Основные принципы психотерапевтической работы с детьми и подростками, имеющими нарушения общения и другие эмоциональные проблемы, изложены в докладах Р.П. Дименштейна и А.В. Киселевой, Е.Л. Николаева, П.П. Пыrkова и О.П. Гавриловой, Н.П. Захарова и др.

Наиболее значимыми среди докладов, заслушанных на секции «Эмоциональные и поведенческие расстройства у детей», представляются сообщения Ю.Ф. Антропова «Проявления агрессии при невро-

тической депрессии у детей и подростков», М.М. Буркина и соавт. «Детская безнадзорность и протистия», Н.Е. Буториной «Клиника и динамика непсихотических форм резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте», Э.А. Бухаровой и В.Д. Менделевича «Особенности самооценки и образа «Я» у девушек с нарушениями пищевого поведения», Н.К. Сухотиной «Влияние макросоциальных факторов на психическое здоровье детей и подростков». Актуальной проблеме дифференциации поведенческих девиаций и психических расстройств посвящен обобщающий доклад В.Д. Менделевича «Неадаптивные поведенческие паттерны в детском и подростковом возрасте: расстройства или девиации?». На секции были представлены доклады зарубежных коллег: «Детские и подростковые суициды путем самосожжения» (К.М. Рамакришнан и соавт., Индия–Великобритания, и «Развитие эмоциональных реакций у депривированных детей» (Й. Рускус и Л. Радзевичине, Литва).

Секционное заседание «Психосоматические и соматопсихические расстройства в детстве» было отмечено докладами Ю.Ф. Антропова «Особенности возникновения психосоматических заболеваний у детей и подростков» и М.А. Цивилько, М.В. Коркиной «Нервная анорексия», в которых были обобщены результаты многолетних клинических исследований авторов. Значительный интерес профессиональной аудитории вызвали также доклады А.М. Алексеевой «Влияние семейного воспитания на коммуникативный стиль поведения ребенка-инвалида», Л.Р. Ахмадеевой «Личностные характеристики больных наследственными нервно-мышечными заболеваниями и членов их семей», Н.А. Богданова «Особенности психосексуального развития детей с дерматитами», Т.Н. Дмитриевой и А.Г. Литвинова «Оценка качества жизни подростков с психосоматическими расстройствами», О.Ф. Макаровой «Алекситимия у подростков и методы ее психологической коррекции при соматических заболеваниях в условиях РЦ «Детские Дюны»». На секции были представлены результаты комплексных клинико-нейрофизиологических исследований – в докладах В.А. Балабановой, Ю.Ф. Антропова «Клинико-психопатологическая и нейрофизиологическая характеристика психосоматических расстройств у детей и подростков», а также С.А. Игумнова и соавт. «Биоэлектрическая активность головного мозга детей, подвергшихся антенатальному облучению в связи с аварией на Чернобыльской АЭС». В последнем докладе было убедительно показано, что выявленные изменения биоэлектрической активности головного мозга проявляют отчетливую возрастную зависимость; их частота у детей, подвергшихся антенатальному облучению, не отличается существенно от таковой у детей контрольной группы.

Ряд интересных сообщений был сделан гостями из дальнего зарубежья. Итальянские коллеги Л. Музетти и М. Музетти представили доклад «Соматизированные расстройства в педиатрическом стационаре», доктор Э. Ривлин (Великобритания) посвятила свое выступление психологическим проблемам и помощи детям и подросткам, получившим ожоги; М. Синячкин, В. Гербер и А. Ротенберг (Германия) привлекли внимание аудитории к психосоциальным и биологическим аспектам ювенильной мигрени.

Основное внимание участников секции «Лечение нервно-психических расстройств у детей и подростков» привлекли доклады В.М. Волошина и соавт. «Применение сертралина в детско-подростковой психиатрической практике», Л.Ю. Даниловой «Опыт клинического применения пароксетина (паксил) и сертралина (золофта) при терапии депрессий в подростковом возрасте», А.В. Надеждина и соавт. «Клопиксол как эффективное средство коррекции поведенческих нарушений у несовершеннолетних героинового наркома» и другие сообщения, содержащие анализ результатов применения современных психофармакологических средств у детей и подростков. Во многом это связано с тем, что традиционная осторожность в отношении применения новых препаратов у детей и подростков привела к парадоксальному явлению: широкому использованию субъективно тяжело переносимых трициклических антидепрессантов, нейролептиков с выраженными экстрапирамидными побочными эффектами и т.п. Наряду с этим, практически отсутствует опыт клинического применения малотоксичных и редко дающих побочные эффекты антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и «атипичных» нейролептиков.

Большой интерес участников секции «Современные воспитательные технологии в контексте социальной культуры и культуры здоровья» вызвал доклад В.П. Добриденя и Ю.С. Шевченко «Методика онтогенетически-ориентированной реконструктивно-кондуктивной психотерапии». Психотерапевтическая работа, проводимая в рамках данной методики, строится по деятельностному принципу, базирующемуся на основных закономерностях функционального и онтогенетического развития и на концепции ведущей деятельности. В дошкольном и младшем школьном возрасте центром психотерапевтической работы является процесс формирования сюжетно-ролевой игры как ведущего вида деятельности. Направляемая опытным психотерапевтом игровая деятельность детей на данном возрастном этапе является универсальной формой коррекции, обеспечивая широкие возможности формирования

различных форм психической деятельности. Программа групповой психотерапии патогенетической направленности учитывает особенности процессов групповой динамики в детско-подростковом возрасте и направлена на познавательную, эмоциональную, поведенческую, психосоматическую, социальную и духовную сферы ребенка и подростка. Она базируется на основных принципах, сформулированных отечественной школой детско-подростковой психотерапии, и предполагает: привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи; равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста; постоянную обратную связь психотерапевта и членов группы в форме дискуссий, диалогов и письменных отчетов; сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической и социально-психологической проблематикой каждого ребенка.

Информационная культура как основа профессионализма современного педагога явилась темой выступления Н.Ю. Синягиной и П.И. Колыхалова.

«Нарушения психологического развития и нейропсихология детского возраста. Патология речи и нейрореабилитация» явились темой отдельного секционного заседания. Среди значительного количества представленных докладов особое внимание специалистов было обращено на сообщения В.М. Шкловского и соавт. «Некоторые патогенетические механизмы нарушения поведения детей со специфическим расстройством речи», Е.И. Баздырева «Клинико-физиологические особенности формирования логофобического синдрома» и Л.И. Вассермана, Е.И. Ананьевой «Адаптация теста интеллектуального потенциала». Последняя методика представляет интерес для специалистов в области профотбора и профориентации, а также адекватна для оценки эффективности психофармакотерапии и успешности восстановительного лечения у больных неврологического профиля.

В спектре проблем, рассмотренных участниками Конгресса, оказались «Социально психологические аспекты развития и адаптации проблемного ребенка». На данном секционном заседании прозвучали доклады: «Социальный аспект детей, больных эпилепсией» (А.И. Болдырев), «Эпилепсия у леворуких и амбидекстральных подростков» (Е.Г. Чуприкова, А.П. Чуприков, Украина), «Социальная адаптация подростков с формирующимся шизоидным расстройством личности» (Д.Ю. Борисова) и другие доклады, возможности анализа которых ограничены рамками данной обзорной статьи.

Свидетельством живого интереса властных структур России к данному Конгрессу была его организация на базе Российской Академии государственной службы при Президенте Российской Федерации.

В решении, принятом участниками Конгресса, указано на необходимость развития межгосударственных связей стран СНГ; обмена опытом и взаимообогащения в области охраны психического здоровья детей и подростков; развития позитивного опыта проведения межведомственных и межпрофессиональных научно-практических и обучающих конференций и семинаров специалистов, работающих в сфере помощи детям и подросткам с нарушениями развития и с психической патологией. Намечены практические шаги по подготовке следующего Международного конгресса по проблемам психического здоровья детей и подростков в одной из стран СНГ.

По единодушному мнению организаторов прошедшего Конгресса, наилучшим местом для проведения II Международного конгресса по психологии, психиатрии и социальной педагогике детства и семьи «Душевное здоровье – детям XXI века» была бы столица Республики Беларусь – город Минск.

Этот форум позволил бы преодолеть разобщение специалистов, имеющих общие научно-методические корни, единство концептуальных подходов, сходные проблемы в организации служб охраны психического здоровья детей и подростков, и наметить дальнейшие пути развития научных исследований в масштабах СНГ.

Углубление профессионального взаимодействия отвечает кардинальным целям укрепления союзнических отношений России и Беларуси, сближения стран СНГ. Забота о психическом здоровье детей и подростков – это забота о будущем наших стран и народов.

КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

По просьбе Президента Европейского общества детской и подростковой психиатрии (ESCAP) проф. Филиппа Жамэ, сообщаем, что XII Конгресс ESCAP состоится 28.09.-01.10.03 г. в Париже. Вся информация о Конгрессе с 01.09.2002 г. будет размещена на сайте <http://www.escap2003.com>; дополнительную информацию можно получить в Ассоциации детских психиатров и психологов, обратившись через электронную почту по адресу: <acpp@online.ru>.