

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2002 (2), № 3

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н. В. Римашевская Л. Ф. Кремнева ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	7
Т. Н. Кальманович СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ И ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ.....	14
О. А. Суетина ЖИЗНЕННЫЕ СОБЫТИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	23
И. В. Шадрина ПРОБЛЕМЫ ДИЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВИДИМЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА.....	28
Л. Е. Никитина БАЗОВЫЕ ИДЕИ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ В ИСТОРИЧЕСКОМ И СОВРЕМЕННОМ КОНТЕКСТАХ.....	31

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

А. А. Северный ПРИМЕНЕНИЕ ПАКСИЛА (ПАРОКСЕТИНА) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ).....	37
Н. К. Кириллина, Ю. С. Шевченко ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА.....	42
Е. О. Смирнова, О. В. Гударева ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ 5-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ....	50
Т. М. Сорокина РОЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ УЧИТЕЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	57

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Пауль Натоп СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА. ТЕОРИЯ ВОСПИТАНИЯ ВОЛИ НА ОСНОВЕ ОБЩНОСТИ.....	62
---	----

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е. Г. Дозорцева ДЕВОЧКИ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЬНИЦЫ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ...	68
О. Г. Трофимов ЗАНЯТИЯ ВОСТОЧНЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ.....	70

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Ю. С. Шевченко, Н. К. Кириллина, И. В. Добридень ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА.....	72
П.В. Безменов, Р.И. Безменова, Г.М. Ланцева РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ.....	84

РЕЦЕНЗИИ

Е. О. Черкашин РЕЦЕНЗИЯ НА РУКОПИСЬ А.В. МУДРИКА «СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА».....	87
---	----

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Н. Б. Морозова СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (ЛЕКЦИЯ 1).....	88
И. К. Шац СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	92
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ	101

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

ПРОЕКТ ПРИКАЗА «О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ».....	115
Е. В. Корень О РАБОТЕ ТРЕТЬЕГО ЕВРОПЕЙСКОГО СЕМИНАРА ПО ПРОБЛЕМАМ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (29.09–04.10.2002, ПАДУЯ-КАМПОСАМПЬЕРО, ИТАЛИЯ).....	124
КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ.....	126

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

- 1) электронной почтой **вложенным файлом в формате Word. rtf** на адрес: <acpp@online.ru> либо
- 2) почтой **на диске и с бумажной распечаткой** по адресу: 123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н.М. Иовчук.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н. В. Римашевская Л. Ф. Кремнева

ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный центр психического здоровья РАМН. Москва.

В последние годы особое внимание клиницистов-психиатров привлечено к проспективному исследованию раннего психического онтогенеза, что позволяет проследить прогностическую роль генетических, экзогенно-церебральных и психосоциальных факторов. Актуальность исследований материнства уже не нуждается в дополнительном обосновании. Проблемами материнства занимаются разнообразные специалисты, при этом выделяются два основных направления исследований: материнство как обеспечение условий для развития ребенка и материнство как часть личностной сферы женщины [34]. Рассматриваются физиологические и психофизиологические аспекты материнства. Указывается на связь гормонального фона с обеспечением эмоциональных особенностей материнско-детских отношений [11], подчеркивается значение личностных особенностей женщины и значение для нее беременности. Большое внимание уделяется изучению эмоциональных состояний беременных, формированию «доминанты материнства» во время беременности, ее влиянию на формирование материнского поведения [6, 46].

Беременность, особенно первая, нередко сопровождается кризисными переживаниями [16, 7, 27]. Особенности коммуникативного опыта женщины в ее раннем детстве являются важным показателем ее психологической готовности к материнству [16, 18]. Многими исследователями подчеркивается необходимость оказания эмоциональной помощи и проведение подготовки матери к встрече с «реальным», а не «воображаемым» ребенком [45], а также «снятия страха беременной женщины перед ребенком» [42]. Беременность признается как безусловно важный этап в развитии взаимной привязанности матери и ребенка, в становлении материнского поведения, когда формируется отношение женщины к еще не родившемуся ребенку [16, 7, 34]. Характер переживаний женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку на этапе беременности является ярким показателем готовности к материнству и наряду с ее установками на стратегию воспитания может служить основанием для прогноза последующего материнского поведения [16].

Рядом исследователей подчеркивается важность организации послеродового взаимодействия матери и младенца на становление материнско-детской взаимосвязи [16, 28, 29, 32, 33], особенно в течение первых 36 часов после родов. Мать рассматривается как «среда» для ребенка, а ребенок – как «объект» для матери. Распространен диадический подход в исследовании материнско-детского взаимодействия [1, 16, 29, 30].

За последние годы отмечен всплеск внимания исследователей к проблемам девиантного материнства, под которым понимаются и проблемы нарушения материнско-детских отношений у внешне благополучных матерей, влекущие за собой различные отклонения в психологическом и психическом здоровье детей [12, 36]. Моральное давление общества заставляет многих женщин вынашивать нежелательную беременность, что приводит к рождению недоношенных детей, родовым травмам, а после рождения на биологические последствия накладывается психогенное отношение к сознательно или неосознанно отвергаемому ребенку [41, 37].

Психологами выявлены факторы риска неготовности к материнству начиная с этапа беременности [16]. У беременной женщины изменяется иерархия мотивов. На первый план выступает мотив материнства, образ ребенка по мере приближения к родам становится все более аморфным, эмоционально насыщается и конкретизируется образ реальной домашней ситуации после родов. В поведенческом плане у матери возникает повышенная сенситивность при взаимодействии с еще не родившимся ребенком (реакция на шевеление, ласка, пение и т.д.).

Изучалось взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска по нарушениям психического развития [19, 20, 22]. Авторами подчеркивается, что мать предоставляет младенцу сенсорно-перцептивный опыт, поэтому нарушение взаимодействия с матерью является для младенца не только социальной депривацией, но и сенсорным дефицитом, не только риском отставания в социально-эмоциональном развитии, но и риском нарушения психического здоровья. Дезорганизация, асинхронность взаимного поведения и ритма матери и младенца, нарушение модулирования стимуляции и подстраивания под уровень возбуждения наблюдаются и в тех случаях, когда мать эмоционально недоступна и неотзывчива, например, при

депрессии [43,44], шизофрении или других ведущих к отдаленности от ребенка состояниях. Выявлено рассогласование между потребностями самого ребенка и их удовлетворением матерью, когда ребенок вынужден подстраиваться под стимуляцию, предпочитаемую матерью.

Не меньшее значение придается профилактике психических расстройств начиная с младенческого возраста [3, 4, 14,15]. Главное внимание уделялось развитию «активности» (способности овладеть внутренней и внешней средой, а затем контролировать ее) и «компетентности» (возможность справляться с разнообразными ситуациями, в том числе и с адекватными по возрасту стрессорами). При этом наиважнейшая роль отдавалась нормализации системы «мать–дитя», которая начинает функционировать уже на этапе беременности, развиваясь на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Однако, остается неясным, каковы механизмы взаимодействия психосоциальной среды с биологическими предпосылками? Может ли женщина, психически больная или с личностной патологией, иметь правильное материнское поведение? Какие типы материнского поведения встречаются, и связаны ли они с психическим здоровьем женщин? В каком возрасте и как проявляются первые признаки психической, в том числе личностной патологии, связанной с неправильным материнским поведением? Эти вопросы заставили нас обратиться к изучению материнского поведения и его последствий [17, 24-26].

В работе использовались следующие ключевые понятия:

«Правильное материнское поведение» (Д.В. Винникотт [9]) – создание матерью такой микросреды, которая максимально оптимизирует физическое и психическое развитие ребенка. Нормальное материнское поведение должно обязательно включать в себя следующие составляющие: 1) наличие грудного вскармливания не менее, чем до 1 года; 2) безотказное приспособление матерью своей жизни к нуждам ребенка; 3) полная концентрация на ребенке с сенситивным пониманием потребностей ребенка («сужение сознания»); 4) полное и своевременное удовлетворение физиологических и базовых психологических потребностей ребенка (в любви, безопасности, познании) и формирование у него надежной привязанности.

«Привязанность» (Д.Н. Оудсхорн [21]) – прочные эмоциональные связи между ребенком и одним или более взрослыми [1, 2]. Определяется по степени огорчения малыша после ухода матери, поведению его после ее возвращения в присутствии незнакомых взрослых или игрушек, а также по количеству взглядов, вокализаций, обращений ребенка к матери и их взаимодействию в ситуациях психологического эксперимента (может быть выявлена у детей 8-11 месяцев).

По M.D.S. Ainsworth [38-40], «надежная привязанность» (безопасная привязанность) формируется у детей, воспитывающихся в семье, при высоком уровне психической активности младенца и адекватном поведении матери (поддержке его инициативы), а также тонкой эмоциональной подстройке друг к другу (эмпатии) матери и ребенка в процессе взаимодействия. Определяется по огорчению ребенка после ухода матери, быстрым успокоением при ее появлении, спокойным взаимодействием с посторонними в присутствии матери, взглядам, улыбкам, вокализациям, обращенным к матери в процессе игры, хорошей инициативностью ребенка при общении с экспериментатором и игрушками.

«Тревожная привязанность» (тревожно-амбивалентная привязанность) формируется в условиях семейного воспитания при непоследовательном поведении матери, тревоги ее по поводу различных инициатив ребенка или его соматического здоровья. Проявляется в крайне выраженной тревоге ребенка после ухода матери, плаче, истерике, которые не прекращаются и после ее прихода. Иногда ребенок проявляет агрессивность к матери, бьет ее, отказывается от общения с посторонним взрослым, или это общение кратковременно, прерывается периодами повторного плача и тревоги даже на руках у матери.

«Индиферентная привязанность» (избегающая небезопасная привязанность) формируется при несогласованных взаимодействиях матери с ребенком, при неумении взрослого поддерживать инициативу ребенка и превалировании собственной инициативы взрослого, не выражающего эмоционального положительного отклика действиям ребенка, преобладании «запретительных» форм воспитания. Проявляется в безразличном отношении ребенка к уходу матери, отсутствии страха перед посторонними взрослыми, низким уровнем инициативного и ответного поведения, как взрослого, так и ребенка.

Гипотеза исследования заключалась в том, что при неправильном материнском поведении могут возникать различные отклонения в психическом здоровье ребенка. При этом нарушения материнского поведения определяются различными факторами микро- и макросоциального характера, заблуждениями и предрассудками, личностными особенностями матери, а также ее возможными психическими заболеваниями.

Целью исследования было изучение клинико-психологических механизмов формирования материнского поведения и взаимодействия материнского поведения и психического развития детей первых трех лет жизни

у психически здоровых женщин и женщин с различной психической патологией, начиная с беременности.

Работа проводилась в отделе по изучению психической патологии у детей раннего возраста (рук. докт. мед. наук Г.В. Козловская), на базе женской консультации № 3 Центрального округа г. Москвы и на дому.

Было обследовано 28 беременных женщин (каждая пятая из вставших на учет в женскую консультацию как желающая родить ребенка) и 26 их родившихся детей. Критериями включения были: 1) согласие женщин на исследование, 2) отсутствие тяжелых соматических (в том числе гинекологических) заболеваний. Две женщины были исключены из исследования (1 – из-за преждевременных родов мертвым ребенком при нежеланной беременности, 1 – из-за немотивированного отказа от обследования ребенка). Все женщины были достаточно хорошо образованы: 10 женщин имели высшее образование, 16 – незаконченное высшее или среднее образование. Средний возраст их составил 28 ± 7 лет. У троих из них уже было по одному ребенку, а у четвертой предыдущий ребенок умер в младенческом возрасте от инфекции и плохого ухода. Все женщины к моменту первого обследования (кроме больной шизофренией) работали. 14 женщин на момент первого обследования состояли в официальном браке, 5 – в гражданском, 7 женщин родили вне брака.

Диагностика психического здоровья женщин проводилась клиническим психопатологическим методом в соответствии с МКБ–10. Дополнительно использовались психологические исследования: ММРІ, тест Люшера, рисуночные тесты для диагностики личностных особенностей и актуального психического состояния, а также методика «ценностных ориентации» М. Рокича. Для каждого из трех триместров беременности были разработаны специальные опросники для выявления готовности к материнству, динамики формирования когнитивного и эмоционального аспектов будущего материнского поведения. В качестве поведенческого аспекта готовности к материнству служили реальные действия женщины по подготовке к появлению младенца в доме, а также особенности реагирования женщины на шевеление плода.

Родившийся ребенок проспективно исследовался клиническим, патопсихологическим (в том числе, методом психологического эксперимента), неврологическим методами. Для наблюдения за ребенком и матерью в системе «мать–дитя» использовался этологический метод (наблюдение за поведением в свободном общении).

Оценка психического развития ребенка с учетом психических расстройств и неврологического состояния проводилась по критериям, разработанным в НЦПЗ РАМН.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходя из схемы правильного материнского поведения и оптимального воспитания, были выделены следующие типы матерей в зависимости от материнского поведения: 1. Надежная мать. 2. Тревожная мать. 3. Депривирующая мать. 4. Отстранившаяся от воспитания (полностью или частично).

Надежная мать создает у младенца чувство безопасности, доверия к людям и миру, ощущение, что он любим, благодаря полному приспособлению к потребностям младенца (осуществляет «правильное материнское поведение» - см. определение).

Тревожная мать обычно наполнена гипертрофированным чувством ответственности и опасениями сделать что-либо неправильно, фиксирована на соматическом здоровье ребенка в ущерб психическому, склонна к ограничению контактов ребенка и провоцированию у младенца формирования «тревожной» привязанности.

Депривирующая мать не удовлетворяет в разной степени потребности ребенка и создает условия психической депривации вследствие фиксированности на своих проблемах и/или вследствие личностных особенностей (эмоционально нечуткая, эгоцентричная и/или находящаяся в болезненном состоянии - депрессии, гипомании и др.).

Отстранившаяся от воспитания мать стремится полностью или хотя бы частично переложить заботы о ребенке на родственников или няню (в том числе, «деловые женщины»).

Наблюдавшиеся женщины, в результате ретроспективного анализа их психического состояния во время беременности и в последующем, разделены на три группы (табл. 1).

Из всех женщин к категории «надежных» можно было отнести только 4 матерей (15%) из всех. Анализ системы ценностных ориентации этих женщин свидетельствовал об их направленности на воспитание ребенка и на семью.

«Тревожные» матери выявились только в категории больных женщин (4 - 15%). Эти женщины страдали невротами и циклотимией и в структуре их психопатологических расстройств тревожные занимали ведущее место. «Тревожных» матерей не было в группе здоровых и среди женщин с личностными расстройствами.

Группа «депривирующих» матерей составила 15 (59%) всех обследованных женщин. Она состояла из половины всех здоровых женщин (5), половины всех больных (5), и всех женщин с личностными нарушениями (5).

Табл. 1.

Психическое здоровье наблюдавшихся женщин.

	Психически здоровы	Психические заболевания			Личностные расстройства			Итого
		Циклотимия	Шизофрения (1 гр. инв.)	Невротические расст-ва	Шизоидные	Истерические	Неустойчивые	
		5	1	5	2	2	1	
Всего	10	11			5			26

Все «отстранившиеся от воспитания» матери относились к группе здоровых «деловых» женщин (3 - 11%). Эти матери тяготились кормлением грудью, т.к. из-за этого чувствовали себя привязанными к дому, очень рано прекращали грудное вскармливание (в 2-3 мес.) и стремились работать хотя бы на дому, посвящая этому много времени и мысленно целиком сосредоточась только на работе. Ребенком они занимались отрывочно, главным образом стремились, «чтобы он не мешал», перепоручая воспитание домочадцам или няням, которые, как правило, удовлетворяли лишь вегетативные потребности ребенка. Система «мать-дитя» в такой ситуации отсутствовала, существовала лишь неполноценная система «няня-ребенок».

Картина тенденций психического развития детей в зависимости от генетических, экзогенно-органических факторов и факторов нарушенного материнского поведения показана в табл. 2.

Табл. 2.

Тенденции динамики психического онтогенеза в зависимости от генетических, экзогенно-органических и факторов нарушенного материнского поведения.

	Генетические факторы	Экзогенно-органические факторы	Нарушения материнского поведения
1	Системность расстройств, т.е. сочетание психических расстройств с неврологическими маркерами и соматическими жалобами	Несистемность расстройств	Несистемность расстройств
2	Ранние проявления нарушений (до 3 мес.) – эмоциональный симптомокомплекс и способ взаимодействия со взрослым	Регрессиентность неврологических и вегетативных расстройств (ВВД, ППНРВ), задержек моторного развития	Своевременное развитие эмоциональных симптомокомплексов до 3-х мес., их обеднение ко второму полугодию жизни
3	Невролог. Маркеры	Неврологическая симптоматика	
4	«Тревожная» привязанность или индифферентная (при грубой эмоциональной дефицитарности)		Формирование индифферентной или (у больных матерей) тревожной привязанности
5	Дизонтогенез с диссоциацией и дефицитарностью, а также фазные психические расстройства	Может быть дизонтогенез по типу задержанного	Депривационный синдром Истерические реакции Отсутствуют спонтанные фазы
6	Формирование личностной патологии с преобладанием диссоциации и дефицитарности	Возможно формирование личностной патологии возбудимого типа	Возможно формирование личностной патологии - тормозимого типа - истерического типа - «дефицитарного» типа без диссоциации

Прежде всего, обращал на себя внимание высокий процент патологии родов у женщин из всех групп. Только у одной (из группы здоровых) были неосложненные самостоятельные роды. Во всех других случаях роды были либо со стимуляцией, либо стремительные. Однако ни в одном случае у детей не отмечалось грубой органической патологии. Ни один ребенок не получил оценку по шкале Апгар меньше 7-8 баллов, поэтому у них у всех впоследствии отмечалась лишь легкая степень минимальной мозговой дисфункции.

Динамика экзогенно-органической патологии во всех случаях имела регрессиентный характер. В основ-

ном это были вегетативно-висцеральные дисфункции, повышение нервно-рефлекторной возбудимости, негрубые, редуцирующиеся задержки моторного развития. Лишь в двух случаях на 2 году жизни у детей отмечались церебрастенические проявления с негрубыми аффективными расстройствами в виде дисфорий с гневом и агрессией, направленных на окружающих, а также гипердинамический синдром. Дизонтогенезы с диссоциацией и дефицитарностью, а также фазные психические расстройства (аффективные, вегетативно-висцеральные или реакции с регрессом достигнутых навыков) отмечались только в группах от матерей, также имевших фазные психические расстройства. При этом генетически обусловленные дизонтогенезы имели более ранние проявления. Уже в первые 3 месяца жизни у детей запаздывало формирование эмоциональных симптомокомплексов и способов взаимодействия со взрослым. Кроме того, эти дизонтогенезы были СИСТЕМНЫМИ, т.е. сочетались и со специфическими неврологическими маркерами [10]. При нарушениях материнского поведения картина была иная.

Если у детей от «НАДЕЖНЫХ МАТЕРЕЙ» каких-либо отклонений в психическом развитии не отмечалось, а привязанность детей можно было характеризовать как «надежную», то развитие детей от «ТРЕВОЖНЫХ МАТЕРЕЙ» уже отличалось своеобразием. До 6 месяцев их психическое развитие шло практически своевременно, в 2 случаях с равномерным опережением. Во 2-м полугодии жизни происходило обеднение эмоциональных симптомокомплексов и способов взаимодействия со взрослым в сторону преобладания тревожных аффективных реакций, тормозимость, зависимость от взрослого. К концу 2-го полугодия жизни дети переставали опережать сверстников в развитии. У них формировался «тревожный» тип привязанности, а к 1,5 годам у них определялась отчетливая задержка психического развития. У детей «тревожных» матерей формировалось также истероформное поведение. Последнее у детей раннего возраста характеризуется двумя типами проявлений: астеническими и гиперстеническими. Истероформное поведение детей от «тревожных» матерей отличали астенические проявления. Дети обижались, с помощью жестов и мимики подчеркнуто демонстрировали свое недовольство. Если этого оказывалось недостаточно – молча становились в угол, выразительно глядя на мать. У этих детей легко возникали аффект-респираторные приступы. В 1,5 года дети «тревожных» матерей все еще демонстрировали выраженный страх посторонних, эмоциональную лабильность и начальные проявления ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ТОРМОЗИМОГО ТИПА. У трех «тревожных» матерей отмечались и послеродовые депрессии. У их детей кроме указанных особенностей развития отмечались грубые психосоматические проявления (тяжелый экссудативный диатез, обструктивный синдром), которые редуцировались параллельно с улучшением психического состояния матери. У детей от матерей с послеродовыми депрессиями отмечались фазные вегетативно-висцеральные дисфункции, а также низкие показатели психического развития.

Дети от «ДЕПРИВИРУЮЩИХ МАТЕРЕЙ» также отличались истерическими формами поведения, причем у детей от здоровых матерей они носили гиперстенический характер. Дети громко кричали, дрались, топали ногами, падали на пол, извивались, «делали назло». У детей «депривирующих» матерей отмечались проявления депривационного синдрома в виде психосоматических расстройств (задержка весо-ростовых показателей), проявлений повышенного внимания к посторонним, назойливости, педагогической запущенности с трудностями обучения в силу неумения совместной деятельности. Сам депривационный характер воспитания провоцировал детей на истероформное поведение, оттачивал механизмы привлечения внимания к себе, что впоследствии, вероятно, будет способствовать формированию ИСТЕРИЧЕСКОЙ ЭГОЦЕНТРИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ.

Ведущим в картине развития «ОТСТРАНИВШИХСЯ ОТ ВОСПИТАНИЯ МАТЕРЕЙ» был грубый депривационный синдром. Первые 3 месяца развивавшиеся нормально, уже к концу первого полугодия жизни дети худели, психическое развитие их замедлялось, эмоциональные реакции сглаживались, обеднялось их взаимодействие со взрослым, появлялось сосание пальцев, яктации, интерес к взрослым значительно падал. К году дети становились пассивными, апатичными с бедной невыразительной мимикой, слабой улыбкой. Они плохо ходили или не ходили вовсе, речевая активность была снижена, страха перед посторонними они либо не проявляли, либо активно уходили от контакта при появлении «нового воспитателя». Обычно к году появлялись выраженные истерические реакции. Если детям что-то не давали или отбирали, они падали на пол, капризничали, били взрослых, щипались, обычно добиваясь своего. У них обнаруживался повышенный интерес к еде, уже в 1,5 года они делали «тайники», куда прятали еду, периодически беспорядочно ели, имели нарушения веса в ту и другую сторону. К матери, окружающим взрослым ни за чем не обращались, язык жестов был крайне примитивным, в основном, «указательный жест», сопровождающийся нытьем. Познавательная активность была слабой, для всего требовалась дополнительная стимуляция, сенсорное развитие проходило с

задержкой. Личностные особенности характеризовались НЕДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ОТНОШЕНИЕМ К ОКРУЖАЮЩИМ, эмоциональной дефицитарностью, истерическими и избегающими формами поведения, индифферентной привязанностью.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Особенности развития детей от матерей с нарушением материнского поведения часто встречаются в практике детского психиатра. Важно отметить, что неправильное материнское поведение является формообразующим фактором психического онтогенеза, вступая в интерференцию [20] с конституциональными эндогенными диатезами, может усиливать их проявления, вызывать невротические и личностные расстройства. Неправильное материнское поведение может настолько «культивировать» биологические предпосылки и экзогенно-органические вредности, что может стать даже шизофренотическим фактором для ребенка с шизотипическим диатезом, что подтверждают как зарубежные исследования, так и работы отечественных психиатров [13]. Первые признаки возможной личностной патологии проявляются уже в 8-12 мес., когда формируется привязанность. Безусловно, в этом возрасте эти признаки еще не являются фатальными, так как материнское поведение может меняться. Например, среди психически здоровых женщин с неготовностью к материнству в течение первых месяцев после родов к середине первого года жизни материнское поведение стало вполне гармоничным и они могли быть отнесены к категории надежных матерей, что несколько противоречит данным психологов [15, 17]. У больных циклотимией материнское поведение обычно находится в зависимости от состояния аффекта. Гипоманиакальному аффекту соответствует облегченная оценка ситуации, неспособность адекватно удовлетворять потребности ребенка. При наличии субдепрессивного аффекта еще до родов формируется отрицательный личностный смысл рождения ребенка. У больной шизофренией из-за свойственного этому заболеванию нарушения способности к критическому осмыслению ситуации было принято решение о сохранении беременности, хотя она не способна ни обеспечить адекватного ухода за ребенком, ни материально его обеспечить. Для больных неврозами наиболее характерными нарушениями являются либо неуверенность в будущей роли матери, либо жесткая структурированность себя как матери. Женщины с личностными нарушениями истерического типа либо быстро пресыщаются рутинной работой, либо переоценивают свои достижения и достижения ребенка. Женщинам с неустойчивой психопатией свойственно т.н. «полевое поведение», решение о сохранении беременности иногда принимается «референтной группой», а родившегося ребенка они намереваются отдать на воспитание родителям или считают, что «они и так вырастут». Женщины с шизоидным радикалом обнаруживают эгоцентрическую направленность интересов. Вообще, женщины из патологических групп чаще всего осуществляют депривующее материнское поведение. Несмотря на достаточно высокий общий образовательный уровень обследованных женщин, и больные и здоровые в своем материнском поведении нередко находились под властью «общепринятых» суеверий и предрассудков. Кроме того, на первом году жизни ребенка истерические и депривационные [22] расстройства матерью и педиатрами не фиксировались, с поведением матери никак не связывались, а жалобы матерей на поведение детей появлялись лишь в конце второго, начале третьего года жизни.

ВЫВОДЫ

1. Правильное материнское поведение не является прерогативой только психически здоровых женщин.
2. Неправильное материнское поведение является формообразующим фактором психического онтогенеза, вступая в интерференцию с конституциональными эндогенными диатезами, может усиливать их проявления, вызывать невротические и личностные расстройства.
3. ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕННОГО МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ:
 - нежелательность беременности;
 - отсутствие ребенка в числе приоритетных ценностей женщины;
 - наличие психического заболевания или личностных расстройств у женщины;
 - низкий культурный уровень в сочетании с предрассудками и заблуждениями, некомпетентность и ригидность матери в вопросах воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Зависимость типа привязанности ребенка ко взрослому от особенностей их взаимодействия // Психол. журн., 1999, т.20, №1, с. 39-48.
2. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Привязанность, образ себя и особенности взаимодействия ребенка со взрослым в раннем детстве - Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений. – М. 1999, с. 6-8.
3. Баженова О.В., Козловская Г.В. О профилактике психической патологии в раннем возрасте // Журн.

невропатол. и психиатр., 1993, № 3, с. 35-37.

4. Баженова О.В., Козловская Г.В. Теоретические проблемы первичной профилактики психических расстройств в раннем детском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия, 1992., № 2, с. 70-74.

5. Баз Л.Л. Психическое развитие детей первого года жизни от матерей, страдающих депрессией. – Проблемы младенчества: нейро–психолого–педагогическая оценка. развития и ранняя коррекция отклонений. – М. 1999, с. 23-26.

6. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Росс. психол. общ., 1996. т. 2, вып. 4, с. 69-70.

7. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Предпосылки девиантного материнского поведения // Психол. журн., 2000, т. 21, № 2, с. 79-87.

8. Брутман В.И., Родионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психологии, 1997, № 6, с. 38-47.

9. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. М.:ТОО «Класс», 1998.

10. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении. – М., 1995. Дисс. докт. мед.наук

11. Гормональная регуляция размножения у млекопитающих (пер. с англ.). Под ред. К. Остин., Р. Шорт – М. 1987.

12. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М., Медицина. 1982.

13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. –М., Медицина. 1979, с. 10-27.

14. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста /клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации. – М., 1995. Дисс. докт. мед. наук.

15. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журн. неврол. и психиатр., 1995, № 5, с. 48-51.

16. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка. Синапс, 1994, № 5, с. 35-42.

17. Кремнева Л.Ф. Римашевская Н.В. Воспитание детей первого года жизни. – Материалы конгресса по детской психиатрии (2001, Москва). – М., 2001, с. 38–39.

18. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии, 2000, № 5, с. 18-27.

19. Мухамедрахимов Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска.//Вопросы психол., 1998, № 2, с.18-33.

20. Мухамедрахимов Р.Ж., Пальмов О.И., Микшина Е.П., Зигле Л.А. Программа ранней помощи для младенцев группы риска в дошкольных учреждениях системы образования. - Проблемы младенчества: нейро–психолого–педагогическая коррекция отклонений. – М., 1999, с. 89-91.

21. Медико-психологические аспекты современной перинатологии. Материалы конференции (СПб, 1997) – М., 2001.

22. Оудсхорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. – М., 1993.

23. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей–сирот / возрастной и динамический аспекты. Дисс. канд. мед. наук, М., 1996.

24. Римашевская Н.В. Психические расстройства и особенности развития детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении. – Дисс. канд. мед. наук, М, 1989 .

25. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Особенности психического развития детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения. – Материалы XIII съезда психиатров России (Москва, 10-13 октября). – М. –2000, с. 138.

26. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Психическое здоровье беременных женщин и их младенцев. Сб. Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М. 1999, с. 61-62.

27. Родионова М.С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка. – Дисс. канд. психол. наук – М. 1997.

28. Скобло Г.В., Баландина Т.А. Послеродовые депрессии у матерей и их связь с психическим здоровьем младенца. – Проблемы младенчества: нейро–психолого–педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений – М. 1999, с.125-128.

29. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальн. и клин. психиатр., 1992, № 2, с. 75-78.

- 30 Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации. – Дисс. канд. психол. наук – М. – 1998.
31. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового. – СПб – 1999.
32. Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать-дитя». – М., «Агар», 2000.
33. Филиппова Г.Г. Мотивационная основа материнского поведения: филогенетический аспект // Социально-когнитивное развитие ребенка в раннем детстве. – М. – 1995, с. 63-64.
34. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии, № 2, 2001, с. 22-26.
35. Циркин С.Ю., Козловская Г.В., Скобло Г.В., Северный А.А. Влияние послеродовых материнских депрессий на состояние психического здоровья детей и методические подходы к исследованию. V съезд психиатров и наркологов Пермской области. Пермь. 1994, с. 48-49.
36. Шевченко Ю.С., Добридень И.В., Кирилина Н.К. Элективный мутизм: клинико-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы // Материалы III регион. научно-практич. конференции «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы». –Томск, 2000, с. 108-113.
37. Шевченко Ю.С., Шагинян Н.Ю., Бармин В.В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребенка // Социальн. и клинич. психиатр., 2001, № 3, с. 94 – 105.
38. Ainsworth M.D.S. Attachment: Retrospect and prospect // Parkes C.M., Stevenson W., Hinde I (et al). The place of attachment in human behaviour. N.Y. 1982.
39. Ainsworth M.D.S. Attachment beyond infancy // Amer. Psychol. 1989, № 44, p. 709-716.
40. Ainsworth M.D.S. Patterns of infant-mover attachment as related to maternal care // Magnusson D., Allen V. (et al). Human development: An interactional perspective. N.Y.: Academic Press, 1983.
41. Blomberg S. Influents of Maternal Distress during Pregnancy on Postnatal Development /Acta psychiatr. Scand. 1980, 62, 5, p. 405-417.
- Brenes J.A. A pregnant woman's fear of her baby / Psychosomatic. 2000, 41,6, p. 531-534.
42. Marselli D. et al. Une mere deprimee observe son bebe. Etud 144e sur la recherche d'indices compartementaux differentiateurs de meres deprimees et de mere temoins dans la periode neonatale. – La psychiatrie de l'enfant. 2000.V 18, 2, p. 541-587.
43. Shereshefsky P.M. et al. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. N.Y. – 1973.
44. Tourette C. et al. Des interactions comportementales dans la premiere annee aux interactions verbales a 3 ans: Les dyades mere deprimee – bebe sedistingent-elles des autres? – La psychiatrie de l'enfant. 2000, V 18, 2, p. 509-541.

Т. Н. Кальманович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ И ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ

Московский НИИ психиатрии МЗ РФ. Москва.

Целью нашего исследования является изучение особенностей экономической социализации подростков с психическими расстройствами пограничного уровня и выявление психологических факторов, влияющих на успешность и характер их экономической социализации (на примере коммерческой деятельности – КД - подростков).

Экономическая социализация подростка понимается нами как значимое для подростка деятельностное функционирование в экономической сфере, связанное с его личными стремлениями и интересами, при помощи которого он включается в систему социальных отношений, стимулирующих усвоение определенных знаний и навыков. Данное деятельностное функционирование создает условия для становления, проявления и развития личности подростка, для осмысления им окружающей действительности, для осознания себя в этом процессе, для полноценного удовлетворения важной в подростковом возрасте потребности в общении со сверстниками и другими людьми, а также способствует воспроизводству нового полученного расширяющегося опыта и новых, значительно больших, личностных возможностей. Экономическая социализация представляет

собой динамически изменяющуюся сложную структуру, включающую сферы конкретной экономической (коммерческой) деятельности подростка, его многопланового общения на базе данной деятельности и развитие его самосознания в результате этой деятельности.

Таким образом, КД подростков нами рассматривается не только в конкретном понимании как «любая деятельность, направленная на получение дохода или иных личных выгод» [12], а в более широком аспекте - как механизм социализации, как механизм урегулирования и разрешения противоречий между возможностями личности и сложившимися условиями в его жизни. Можно предположить, что отношение к собственной КД, являющееся одной из важнейших составляющих процесса экономической социализации, во многом обусловлено успешностью подростка в данной деятельности.

Объективными показателями успешности КД могут являться экономические успехи, способность идти на риск для достижения целей в своем бизнесе, а также упорство, настойчивость, с которыми КД осуществляется. Экономические успехи нами измерялись получаемой прибылью, высоким уровнем «заработка» подростка (факт высокого «заработка» подтверждался родителями); способность рисковать измерялась фактами, когда подросток шел на риск, подвергаясь опасности или имея возможность проиграть в своем бизнесе и оказаться в невыгодном положении; упорство и настойчивость оценивались как тенденция длительно заниматься «бизнесом», как стабильность интереса, несмотря на многие сложности, препятствия, проигрыши.

Субъективно-психологическими критериями успешности подростка в его КД могут служить: степень удовлетворенности собственной деятельностью и получаемой прибылью, признание своей деятельности и ее результатов успешными; удовлетворенность отношениями с другими людьми, складывающимися в процессе КД, деловым и личным общением; удовлетворенность собою, гордость за себя и свои достижения в КД.

В исследовании личностных качеств современных российских предпринимателей [4] как одно из наиболее значимых качеств успешных взрослых представителей бизнеса выделена коммуникабельность. В КД подростков проявления хороших коммуникативных навыков также важны и предполагают умение расположить к себе потенциального покупателя, пользователя или клиента (в дальнейшем эту категорию людей будем называть одним словом «клиент») и вызвать к себе доверие, несмотря на возраст, то есть предполагают умение установить контакт с клиентом, правильно понять его потребности и интересы и быть понятым самому, умение предложить клиенту то, что может соответствовать его запросам, и суметь убедить, что предлагаемое - как раз то, что тому необходимо, а также умение избегать конфликтов при этом.

Отношения подростка с клиентом, являющиеся ядром его коммерческой деятельности, могут быть как конструктивными, так и конфликтными. Причинами конфликта чаще являются попытки подростка воздействовать на другого неконструктивными способами (например, попытки манипулировать клиентом, «переиграть», перехитрить его), неадекватность его стиля общения (зависимого, иначе «пристройка снизу», или агрессивного, напористого, иначе «пристройка сверху»), ценностные противоречия (индивидуалистическое стремление подростка «разбогатеть любой ценой» и, естественно, за счет интересов клиента), неадекватное представление подростка о ролевых позициях - собственной и клиента (когда клиент воспринимается «лохом», и подросток позволяет себе как мелкие мошенничества, так и более серьезные правовые проступки). Кроме того, подросток, в силу возраста, личностных особенностей, состояния психического здоровья не всегда может справиться с внутренним напряжением, возникшим в стрессовой ситуации, или агрессивностью по отношению к клиенту, не всегда может правильно продумать собственные действия в сложных ситуациях. Все это повышает возможность возникновения конфликта и негативным образом влияет на эффективность общения и взаимодействия подростка с клиентом и на его успех в КД. Случаи «провала» и разочарования имеют для многих подростков и позитивный эффект: заставляют пересмотреть собственную позицию, делают необходимым изменить свои отношения к другим и более конструктивным образом строить свои поведенческие стратегии для достижения успеха в КД.

То есть, во взаимовлиянии подростка со многими клиентами развиваются, по-новому раскрываются его индивидуальные способности и возможности, «шлифуются» соответствующие навыки, его конкретная «деятельность организуется и обогащается» [1], а также формируется новое отношение к самому себе.

Основным содержанием отношения подростка к себе, к своему «Я» становится его оценка себя как человека, умеющего достичь успеха в предпринимаемой им деятельности, оценка своих достижений в данной деятельности. Высокая самооценка влечет требование признания себя как самостоятельной личности и как «бизнесмена», то есть уже как специалиста и профессионала в соответствии со своими представлениями о некоем эталоне представителя бизнеса.

Исследования показывают [2], что в представлениях учащихся старших классов города Москвы совре-

менный отечественный предприниматель - это молодой мужчина, имеющий собственное дело, руководитель, богатый и элегантно одетый, воспитанный и образованный, справедливый, честный и законопослушный, человек, имеющий широкие и разнообразные интересы, а также великий труженик, полезный для общества. Этот идеализированный и привлекательный образ бизнесмена, безусловно, мотивирует подростка к стремлению жить на уровне такого эталона. Авторы исследований отмечают, что каждый второй учащийся 11-го класса хотел бы заняться предпринимательской деятельностью, а каждый четвертый - завести собственное дело; также зафиксирован рост популярности среди выпускников профессий, обеспечивающих путь к предпринимательству и «быстрым», большим деньгам: экономист, бухгалтер, торговые представители, менеджеры по маркетингу [2, 6].

Можно выделить приоритетные качества, способствующие успешности экономической деятельности и созданию некоторого эталона успешного предпринимателя. Кроме коммуникабельности, это - профессиональная компетентность, готовность идти на риск, активность и настойчивость в достижении целей, обостренное чувство нового и тяга к творческому поиску неординарных решений, стремление к успеху [4, 5, 9, 11, 13, 14, 15, 16]. Исследователи в обобщенном социально-психологическом портрете предпринимателя выделяют и отрицательные качества, такие как стремление к легкой наживе, нечестность и неразборчивость в средствах («прибыль любой ценой»), безжалостное отношение к людям, кичливость своим богатством [6, 10, 15].

Стремление к материальному успеху становится ориентиром поведения для молодых и, конечно, для подростков [10]; почти пятая часть опрошенных старшеклассников положительно относится к стремлению нажить состояние «любой ценой» [6]. В то же время представление подростка о себе как о бизнесмене - «результат не только усвоения оценок значимых других и социального сравнения, но и самоатрибуции на основе объективных результатов **своей** (выделено нами - Т.К.) деятельности. Причем, по своим успехам или неудачам в определенной деятельности индивид судит не только о своей подготовленности и компетентности, но и о своих способностях к данной деятельности» [7].

Таким образом, в результате КД и взаимодействий с другими «Я» подростка получает мощный стимул к развитию, а его самооценка, формирующаяся в этом процессе, становится внутренним психологическим фактором, в свою очередь, стимулирующим и определяющим характер экономической деятельности и общения, уровень притязаний и те цели, к реализации которых подросток считает себя способным. Производным от самооценки является самоуважение как мера принятия или непринятия индивидом самого себя. А уровень самоуважения тесно связан с такими социально-психологическими показателями деятельности личности, как степень социальной активности, самостоятельности, позитивного отношения к другим людям [8].

Подросток часто оказывается перед необходимостью выбора между противоречивыми системами ценностей и норм: с одной стороны - нормы, в том числе правовые, и требования, воспитываемые школой и семьей и официально адресуемые индивиду обществом, с другой - реально действующие нормы и условия рынка, подростковой среды и группы сверстников-единомышленников. В подростковой среде одновременно существует множество неоднозначных, иногда взаимоисключающих представлений и оценок, норм и ценностей, которые связываются с доминирующим в настоящее время стремлением к экономической активности и к высокому уровню материальной обеспеченности, тем более что не всегда имеются возможности достижения этих целей в соответствии с законом. В противоречивых условиях социализации личности в подростковых группах вырабатываются собственные ценностно-нормативные модели и стандарты поведения, интенсивно формируются собственные рыночные нормы или нормы «рыночного человека» с нивелированием таких ценностей, как совесть, честность, ответственность, доброта и других подобных, и, часто, с демонстрированием выраженной агрессивности и стремления получить материальную выгоду любой ценой путем ущемления интересов других людей.

Наличие этого множества противоречий вызывает необходимость избирательного момента во взаимоотношениях подростка, его самоопределения и личностного выбора в деятельности и общении, что может способствовать или его продвижению по пути взросления и позитивного профессионального совершенствования, или вступлению в группировку антисоциального характера с негативно социализирующей деятельностью, или уходу из сферы КД. Кроме того, наличие различных ценностных систем в сознании подростка служит источником постоянной фрустрации, внутреннего конфликта, порождающего тревогу и негативным образом влияющего на нервно-психическое состояние и здоровье подростка. КД подростка - это ситуации постоянного личностного выбора, риска, стресса.

Таким образом, очевидно, успешность экономической социализации подростка зависит не только от определенных знаний и навыков ведения коммерции, но во многом от особенностей его личности, формирую-

щейся в результате собственной деятельности, от его отношений к собственной деятельности, к значимому социальному окружению и к себе, а также от состояния психического здоровья, наличия или отсутствия психических расстройств и характера патологии.

Наше исследование осуществлялось на основе сопоставления экономической социализации (КД) двух групп подростков мужского пола, в возрасте 15-17 лет, имеющих опыт КД; всего - 81 человек.

Первую, основную, группу составили 47 подростков с психическими нарушениями пограничного уровня и без выраженного снижения личности различной нозологической принадлежности, находящихся на амбулаторном или стационарном лечении в Городском медико-педагогическом лечебно-реабилитационном подростковом центре при Городской клинической психиатрической больнице № 15, а также на лечении в подростковом стационарном отделении ГКПБ № 15 г. Москвы. У данных подростков были диагностированы следующие нозологические формы: психические расстройства резидуально-органической природы - 23 больных, патохарактерологические реакции и формирования личности - 6, психопатии - 4, шизофрения - 6, аффективные психозы - 6, психическое недоразвитие - 1, эпилепсия - 1 больной. КД разных нозологических групп больных по своим психологическим характеристикам не отличалась и, поэтому эти подростки рассматриваются нами в единой группе, названной - «*Больные*».

Другую, контрольную, группу составили 34 подростка, учащиеся выпускных классов с экономической специализацией средней общеобразовательной школы № 1032 г. Москвы. Критерием отбора в данную группу для нас стал тот факт, что учащийся не обращался и не собирался обращаться к врачу или психологу по поводу психических расстройств, а также не обнаружил каких бы то ни было отклонений в поведении. Данных подростков мы рассматриваем как группу - «*Здоровые*».

Группы «*Больные*» и «*Здоровые*» отличаются предисторией «вступления» в КД.

Особенностью большинства детей из группы «*Больные*» в начале их «коммерческой карьеры» была выраженность синдрома школьной дизадаптации, которая могла быть связана с обострением психического заболевания в пубертатном периоде, с заострением преморбидных черт личности, с ослаблением адаптационной психической деятельности, со снижением фрустрационной толерантности, с различными нарушениями в системе отношений личности. Распространенная в учебных заведениях методика негативного стимулирования делает невозможным пребывание такого ребенка в школе, лишает его спокойствия, уверенности в себе, порождает обиду, чувство несправедливости, формирует чувство собственной неполноценности. Большинство подростков этой группы были отчислены из учебных заведений или самостоятельно прекратили посещать школу, ПТУ, техникум.

Подростки из группы «*Здоровые*» отличались достаточно высоким уровнем социальной и школьной адаптированности: довольно успешным освоением школьного учебного материала, благополучным переходом из класса в класс, сравнительной бесконфликтностью.

Группы «*Больные*» и «*Здоровые*» имеют различия по преобладающим в каждой из них психологическим механизмам включения подростков в рыночные отношения.

Группа «*Больные*». Отчисленные из школы дети оказываются «на улице», предоставленные сами себе, и попадают в компанию таких же неудачников. Особенности первых шагов в КД чаще всего обусловлены специфической подростковой реакцией группирования со сверстниками. В группе сверстников действуют такие социально-психологические механизмы вовлечения в КД, как заражение общим интересом и отношением к КД, общим воодушевлением и энергией, как внушение, предрасполагающее к определенным шагам в экономическом поле, и как подражание массовому экономическому поведению, распространившемуся в молодежной среде, и наиболее успешным в КД лидерам. Групповые формы поведения подростков облегчают им ориентировку в новой социальной среде «рынка», в новом социальном окружении повышенного риска и в новой деятельности, целью которой становится коммерческий успех и стремление разбогатеть как можно быстрее и любыми способами. Принадлежность к «стае» помогает обрести свой собственный «предмет общения», заручиться поддержкой «других», почувствовать уверенность в своих силах, в себе и уважение со стороны сверстников. Причем, определенным группам, возникшим на основе общего интереса к КД, необходимо строго соответствовать в материальном плане, внешнем «прикиде», так как «безденежье» грозит отлучением от группы, а «выпасть» из определенной компании «по причине денежной «отсталости» гораздо страшнее, чем вылететь из школы за умственную неполноценность» [3]. В дальнейшем подросток может пройти через систему различных групп сверстников или людей более старшего возраста, постепенно расширяя свои связи общения и опыт познания окружающего мира, в том числе понимания межличностных и экономических отношений. КД подростков этой группы чаще независима от прямого влияния и контроля со стороны родителей. Средний

возраст начала КД для подростков этой группы - 12,8 лет.

Группа «Здоровые». Экономическая социализация в этой группе осуществляется в процессе школьной учебно-практической программы, в совместной экономической деятельности класса, направляемой преподавателями. Кроме того, многие подростки этой группы имеют некоторый опыт собственной КД вне школы, подрабатывая в частных торговых заведениях, фирмах или на рынке. Основным механизмом вовлечения ребенка этой группы в экономическую деятельность являются убеждения учителей, родителей, значимых людей в необходимости получения подобных знаний и опыта. Целью приобщения подростка к определенной экономической деятельности в данной группе явилось следующее: в первую очередь, в связи с распространением в молодежной и детско-подростковой среде такого массового явления как КД, необходимо было найти для подобного интереса подростка более цивилизованные формы этой активности; во-вторых, подростка ориентировали на получение навыков будущей профессии; в-третьих, подросток приобретал возможность иметь собственные деньги на свои текущие расходы. Средний возраст начала внешкольной КД у подростков этой группы - 13,4 лет.

Итак, в *группе «Больные»* подростки включались в КД несколько раньше - в 12,8 лет, в то время, как в *группе «Здоровые»* - в 13,4 лет; 78,7 % подростков из группы «Больные» начинали ее без какой-либо помощи со стороны родительского поколения, а объединившись с друзьями или сверстниками, в *группе «Здоровые»* подобным образом начинали КД лишь 21,7 %, а остальные «пристраивались» родителями, и инициатива приобщения данных подростков к экономической деятельности принадлежала их родителям. В сравниваемых группах преобладали разные механизмы вовлечения подростков в КД. *Группа «Больные»* также отличается большой масштабностью целей и большей независимостью от влияния родителей.

Следующие отличия касаются содержательной стороны КД, наиболее полно отражающей потребности и ориентации подростка в его деятельности. Особенности КД подростков определялись при различных по характеру видах этой деятельности. Результаты анализа отражены в табл. 1.

Группа «Больные». Всего было названо 245 различных видов экономической деятельности, которыми подростки этой группы занимались. Среди названных видов преобладает всевозможная торговля и мелкая коммерция (23%), от продажи газет, каких-либо билетов, продуктов питания до продажи подержанных цыплят и сложной собственноручно отремонтированной радиотехники или видеотехники. Из 47 человек пятнадцать занимались организаторской, интеллектуально-творческой деятельностью, оказывали серьезные посреднические услуги (16%). Многим подросткам приходится заниматься тяжелым, грязным, неквалифицированным трудом в частных организациях (15%). Особое внимание стоит обратить на то, что пятую часть названных видов деятельности подростков этой группы можно отнести к асоциальному и противоправному «бизнесу» (21%): мошенничество, кражи с целью реализации на рынке, «непорядочное» поведение с партнерами и клиентами, рэкет.

Группа «Здоровые». Было названо 64 вида экономической деятельности, которыми подростки данной группы занимались вне школы. Треть названных видов КД относится к разнообразным неквалифицированным работам в частных магазинах, фирмах (31%).

Подрабатывают школьники в сфере услуг (19%), чаще выполняя поручения в качестве курьера, и мелкой коммерцией (19%). Экономическая деятельность *группы «Здоровые»* отличается тем, что, помимо КД, которую школьники осуществляют вне школы, они являются учащимися классов с экономической специализацией и подвергаются целенаправленному, организованному процессу экономического школьного образования. Кроме теоретических занятий, проводились учебно-практические занятия в форме ролевых игр. Школьная экономическая социализация охватывала всех учащихся старших классов, так как оценка, полученная по предмету «Экономика», выставлялась а аттестат об общем среднем образовании. Опыт «школьной» КД получили все 34 человека.

Таким образом, можно сказать, что в *группе «Больные»* предпочтение отдается собственному бизнесу, а в *группе «Здоровые»* - различным неквалифицированным работам в частном секторе. Кроме того, в *группе «Больные»* высок удельный вес асоциальных видов КД, в то время как в *группе «Здоровые»* он - в семь раз меньше (3%).

Таблица 1.

Частота называемых подростками видов коммерческой деятельности (в %)

ГРУППЫ		БОЛЬНЫЕ - 47 ЧЕЛ.	ЗДОРОВЫЕ - 34 ЧЕЛ.
№ п/п	Название видов КД	Количество видов КД	
		245	64 (вне школы)
1	Сдача бутылок, меди, квартиры	3 %	3 %
2	Изготовление и продажа собственных вещей, продажа собственных коллекций, игрушек, растений	4 %	3 %
3	Услуги: ■ мытье автомашин ■ охрана коммерческих палаток, магазинов, машин ■ курьерские работы ■ обслуживание пенсионеров, званых обедов, банкетов ■ выкапывание ям, окраска гаражей ■ доставка бесплатных газет	11 %	19 %
4	Малоквалифицированная работа в частном секторе: ■ сельско-хозяйственные работы ■ погрузо-разгрузочные ■ ремонтно-строительные ■ сантехнические ■ слесарные ■ подсобные (разнорабочий, дворник, сторож, уборщик, кладовщик)	15 %	31 %
5	Квалифицированная работа в частном секторе: ■ продавец, пом. Продавца ■ бармен, повар ■ печатание на компьютере	7 %	9 %
6	Самостоятельная коммерция: ■ одежда, обувь ■ продукты питания ■ алкогольные и безалкогольные напитки ■ парфюмерия, косметика ■ радио- и видеотехника, детали компьютера, приставки, кассеты и т.п. ■ лекарство ■ газеты, схемы, карты, канцтовары ■ цыплята, голуби ■ многое другое	23 %	19 %
7	Интеллектуально-творческая и организаторская деятельность: ■ организация труда подростков и взрослых ■ посреднические услуги ■ квалифицированная работа (менеджер, агент, снабженец и т.п.) ■ артистическая карьера ■ и другое	16 %	13 %
8	Воровство в собственной семье для реализации вещей на рынке	5 %	-
9	Мошенничество	5 %	1,5 %
10	Мелкие правовые проступки	11 %	1,5 %
11	Школьная коммерческая деятельность	-	100 %

КД подростков группы «Больные» отличается большим многообразием видов деятельности, которые они осваивают, большей сложностью решаемых задач и поставленных перед собой целей. На конкретных примерах можно проследить тенденцию к расширению и усложнению «каталога» деятельности (от примитивного сбора и сдачи бутылок до творческих, организационных, посреднических форм), тенденцию к овладению многообразием опыта непосредственных связей и взаимоотношений со сверстниками-единомышленниками и с экономическим миром взрослых. Подростки этой группы отличаются более частой сменой видов, форм, ха-

рактера своей КД. Они пробуют себя в самых разных сферах и иногда одновременно выполняют разные виды коммерческих работ. В среднем каждый подросток этой группы сменил по 5,2 видов КД. Называли от одного до одиннадцати видов подобной деятельности, которые удалось «перепробовать» каждому. Смена видов деятельности влечет расширение круга общения и переход в новые группы членства.

Группа «Здоровые». Подростки этой группы отличаются постоянством своей деятельности. Диапазон их КД вне школы не слишком широк: называли от нуля до максимум шести видов деятельности, которыми занимался один человек. Среднее значение на каждого, кто входит в эту группу - 1,9 вида; если учесть «школьную» КД, в которой участвовали все - по 2,9 вида, что все равно в два раза меньше, чем в *группе «Больные»*.

Группы отличаются интенсивностью участия в КД, длительностью времени, которое затрачивает подросток на свой бизнес. Продолжительность «рабочего» времени подростка из *группы «Больные»* никем не регулируется. Подростки все свое время способны посвящать коммерции - без выходных, с утра до вечера, а при необходимости и собственном желании - и в ночное время. В *группе «Здоровые»* время, посвященное «бизнесу», ограничено.

Подростки *группы «Больные»* отличаются большей степенью проявления самостоятельности, инициативы и независимости в достижении своих целей, в планировании собственной деятельности, в поиске и постановке коммерческих задач, в принятии решений. Они предприимчивы и самостоятельны в расходовании денежных сумм (часто - значительных), во вложении их в «дело». Они самостоятельно осваивают новые реальные рыночные отношения и вступают во взаимодействия с людьми, иногда в рискованных, проблемных ситуациях при отсутствии стабильных межгрупповых и межличностных отношений, при отсутствии действенной поддержки со стороны старшего поколения, родителей, в большинстве своем не имеющих опыта подобных экономических взаимоотношений. Родители подростков этой группы чаще не поддерживают деятельность своих детей, а то пытаются и противостоять ей.

В *группе «Здоровые»* экономическое поведение вне школы в большой степени определяется рамками определенных правил тех структур, где они подрабатывают. Преподаватели школы и взрослые, под чьей защитой работает подросток из этой группы, облегчают для него принятие каких-то экономических решений, обучают этому, обеспечивают контролирующие функции.

Таким образом, в *группе «Больные»*, в отличие от *группы «Здоровые»*, личность и ее экономическое поведение формируются в условиях необходимости проявлять большую инициативу, постоянно делать самостоятельный выбор, прилагать серьезные усилия в конкуренции с кем-то, то есть в ситуациях гораздо менее спокойных и устойчивых межличностных и деловых отношений.

Между группами имеются различия в поведенческих тактиках и стратегиях для достижения успеха.

Подростки *группы «Больные»* в своем большинстве предприимчивы и мобильны, они довольно быстро переориентируются при кардинальных сменах ситуаций, достаточно легко воспринимают и принимают резкие смены «правил игры». Неудачи и случаи «провала» в результате собственных необдуманных действий или «злого умысла» конкурентов не разочаровывают надолго и настолько, чтобы отказаться от дальнейшей КД. Большинство из них способно легко идти на риск. Готовность рисковать имеет особую ценность в подростковом возрасте и в подростковой среде, а если это к тому же связано со значимой деятельностью, возможностью быстрого экономического успеха и больших денег, то они способны, не раздумывая, рисковать. Собственное экономическое поведение «выстраивается» с ориентацией на стратегию «разбогатеть как можно быстрее», без особой щепетильности в выборе средств и путей в достижении этой цели. В стремлении достичь успеха они склонны полагаться только на свои собственные силы.

Экономическую поведенческую стратегию достижения успеха в *группе «Здоровые»* можно условно называть стратегией «ориентации на будущее». Ведущей деятельностью для данных подростков является не КД, а учебная деятельность и подготовка к продолжению образования в ВУЗе. То, что наряду с занятиями в школе и на подготовительных курсах, они подрабатывают, вызвано больше желанием иметь какие-то личные деньги на текущие расходы и попыткой определить свое место в экономическом пространстве. КД вне школы дала некоторые практические навыки коммерции, коммерческих взаимоотношений, обогатила жизненный опыт. Школа дополнила этот стихийно возникший интерес, спровоцированный происходящими в обществе процессами. В итоге, подростки этой группы предпочитают быстрому успеху в КД настоящего периода успех будущей перспективы, отдаленной во времени и связанной с приобретением востребованной в обществе и высокодоходной (для многих - экономической) профессии. И приоритеты экономического поведения в основном определяются этим рациональным решением.

Между группами имеются различия во взаимоотношении подростка с клиентом, являющимся одним из

основных составляющих КД.

Большинство клиентов, с которыми приходится вступать в контакт подросткам из *группы «Больные»* - взрослые люди, старше и опытнее подростков-коммерсантов, и подростку приходится прилагать дополнительные усилия, чтобы быть воспринятым «на равных», вызвать доверие к своей компетенции и настроить клиента на сотрудничество именно с собою, хотя и младшим по возрасту. В многочисленных ситуациях «купли-продажи», «торга» подросток овладевает разнообразными переговорными стратегиями, получает навыки компромиссных, согласованных решений. Желание экономического успеха заставляет подростка считаться не только со своими интересами, но и с позицией клиента.

Контакты с клиентами у подростков группы *«Здоровые»* - менее широки и разнообразны.

Не равнозначен социально-экономический статус подростков обеих групп в системе их межличностных отношений.

Более высокий статус успешного подростка из *группы «Больные»* определяется экономической активностью, денежной независимостью, обширностью связей, уважительным отношением в «профессиональной» среде (у ровесников и взрослых). Очень быстро они вырастают из роли «мальчика на побегушках» и начинают зарабатывать серьезные суммы денег, так как слишком велико стремление занять достойное положение в референтном окружении, высока потребность в самоутверждении и желание доказать свое право на равное сотрудничество со взрослыми. Отвергнутые своим социальным окружением в школьный период жизненного пути, они «жаждут» компенсации за пережитое унижение, признания их незаурядности, восстановления и повышения авторитета их личности и для этого в КД делают многое. Определенная часть детей претендует на еще более высокий социально-экономический статус в будущем (встать во главе фирмы, магазина, иметь свое серьезное дело), но до некоторого времени мало кто из них задумывается о несоответствии этих притязаний и своего низкого образовательного и культурного уровня.

У большинства школьников из *группы «Здоровые»* отсутствует собственный независимый экономический статус, они зависимы от родительского поколения.

Таким образом, разнообразная КД превращает детей *группы «Больные»* «из социальных иждивенцев, маргиналов в активных и экономически независимых людей» [3].

Одно из важных отличий рассматриваемых групп друг от друга - степень эмоциональной вовлеченности в сферу отношений КД, которая свидетельствует о значимости этих отношений.

Группу «Больные» характеризует сильная и устойчивая эмоционально-мотивационная «заряженность» на осуществление КД. Данная деятельность вызывает у них повышенный интерес и не оставляет их равнодушными. При решении серьезных взрослых задач, сложность которых со временем возрастает, они получают большие материальные и моральные выгоды, чем по праву гордятся. Кроме того, в КД присутствуют элементы азартной игры и опасности, что является привлекательным в подростковом возрасте. КД и общение на ее основе продуцируют спектр ярких эмоций и острых переживаний, таких как состояние приятного «боевого» возбуждения - в предвкушении и в процессе деятельности, радость самоутверждения - в итоге успешных экономических операций, счастье реабилитации в собственных глазах - в результате уважения со стороны окружающих. КД приносит и множество неприятных переживаний и ощущений, но мотив достижения успеха, видимо, оказывается более сильным и привлекательным. Сфера отношений КД приобретает для подростков этой группы личностный смысл, и в этой деятельности их трудно остановить. При конфликтах с родителями, пытающимися ограничить детей в этой деятельности, оградить от ее негативных влияний, подростки часто уходят из семьи.

В *группе «Здоровые»* подростки к собственной КД относятся спокойнее, рациональнее, практичнее. Они больше нацелены на приобретение перспективных «профессиональных» навыков и умений, на ориентировку в будущей профессии.

Важным является то, что экономическая социализация психически больных подростков становится для них реабилитационным фактором. В процессе экономической социализации подростков из *группы «Больные»* (на примере их КД) имеется много положительного. Это - расширение и усложнение «каталога» деятельности, детерминирующего развитие связей общения и развитие самосознания, приобретение жизненного опыта, усвоение социальных ролей в системе социально-экономических отношений, самоутверждение, нахождение своего места в референтной социальной среде, профессиональное формирование и самоопределение, а следовательно, что особенно важно для психически больного ребенка - расширение объема компенсирующих, реабилитирующих, социализирующих влияний. Но, с другой стороны, выявляется и немало отрицательного - большой объем декомпенсирующих влияний: физические и психические «сверхнагрузки», стрессовые пере-

живания, неумение справиться с внутренним эмоциональным напряжением и тревогой, расслабиться - все это непросто для неокрепшего организма юноши и ведет к неадекватным эмоциональным проявлениям, к неадекватному поведению, к злоупотреблению алкоголем или наркотиками с целью «разрядки», к ухудшению общего соматического здоровья, к обострению психического заболевания, к состоянию психической дизадаптации и, следовательно, к обращению за помощью к психиатру или психологу. Другим негативным моментом является то, что подростковый бизнес включает в себя асоциальные и криминальные формы.

В *группе «Здоровые»* крайне негативных форм КД выявлено не было. Наверное, это можно объяснить тем, что за данными подростками осуществляется больший контроль со стороны семьи и школы.

Рассмотрев различия в организации и условиях экономической деятельности больных и здоровых подростков, мы можем выделить **две модели экономической социализации.**

Согласно ***первой модели***, характерной для успешных в КД здоровых подростков, экономическая социализация в значительной степени организована педагогами и родителями. Эта модель включает школьное экономическое теоретическое и практическое обучение, а также самостоятельный опыт КД. Внешкольная деятельность данных подростков контролируется, а часто и осуществляется при непосредственном участии родителей. Таким образом экономическая социализация подростка - это **управляемый процесс**, осуществляемый достаточно **организованно**, в основном, в рамках таких институтов социализации, как «школа» и «семья», с помощью и **под контролем** преподавателей и родителей, то есть формирующаяся личность находится в довольно жесткой стимульной и ролевой структуре.

Другая модель характерна для успешных в КД подростков с психическими расстройствами пограничного уровня и представляет **спонтанную, безнормативную, неконтролируемую самостоятельную экономическую деятельность** в рамках таких институтов социализации как «реальный рынок» и «улица», которые в условиях общественной нестабильности расширяют возможности личности для ее разнообразного проявления (как позитивного, так и негативного).

В процессе экономической социализации подростков с психическими расстройствами пограничного уровня, при успешно-позитивном характере экономической деятельности, наблюдавшемся у 49% подростков, можно выделить **три этапа**.

На ***первом этапе – кризисном, или этапе школьной дизадаптации*** - подросток оказывается в конфликтной ситуации, создавшейся в следствии тех или иных причин, в большей степени обусловленных нервно-психическим заболеванием и сниженным уровнем деятельности адаптивных систем, а также проявлением преморбидных черт личности. В результате, подросток уходит из знакомой и понятной для него социальной среды, лишаясь занимаемой определенной социальной позиции и статуса в социуме, униженный в этом конфликте, с желанием компенсации, и оказывается предоставлен самому себе и «улице». На этом этапе происходит разрыв в цепочке социальных и психологических отношений.

Второй этап - переходный - это период, когда происходит перемена жизненного стереотипа, и подросток должен овладеть новой ситуацией, освоиться с новым положением в его жизни, возможно, уже без школы. Это - начало его КД, период вхождения в нецивилизованные, довольно агрессивные условия рынка и конкуренции, период ориентации в новой социальной среде и приспособления к новым социальным отношениям. Это - этап первоначального выбора какого-то вида КД, способа его реализации и начало опробования собственных сил и возможностей. На этом этапе начинается приобретение специальных знаний, необходимых для успешной КД (знания о ценах, о сделках, о прибыли и тому подобное). Этот этап связан с освобождением от школьных норм и ценностей и со знакомством с иными нормами, ценностями, правилами нового социального окружения. В этот период проявляются тенденции к группированию, возникают поиски нового социального статуса, усиливается мотивация достижения.

Третий этап - восстановление личного и социального статуса. На этом этапе происходит овладение подростком одним или несколькими видами КД, достижение определенных успехов в экономической деятельности. На этом этапе происходит усвоение норм, правил, требований, предъявляемых рынком, сподвижниками, конкурентами, рэкетом, усвоение ценностей референтной группы сверстников-единомышленников, приобретение и накопление жизненного опыта, разнообразного опыта общения с людьми, овладение сложными социальными отношениями, реализация личностью собственных возможностей в реальной деятельности и общении, происходит самоопределение и становление собственной идентичности. Данный этап может быть определен как ***реабилитация личности и ее социального статуса***, как **восстановление** нарушенного процесса социализации. На данном этапе КД для подростка обретает новый личностный смысл и может стать основанием для дальнейшего перестраивания процесса социализации в связи со стремлением подростка к раз-

витию в профессиональном продвижении.

Особенности экономической социализации подростков позволяют рассматривать их КД как **механизм социализации**, по-разному разворачивающийся в разных группах подростков.

Особенности экономической социализации определенной части подростков с психическими нарушениями пограничного уровня позволяют рассматривать их позитивную КД как **фактор их социальной реабилитации**, вовлекающий в сложный процесс профессионального самоопределения, дающий возможность почувствовать свою полноценность, позволяющий изменить собственный социальный статус, удовлетворить потребность в самоутверждении и признании другими людьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высш. учеб. заведений. М.: Аспект Пресс, 1996. С. 81.
2. Балабанов С.С., Воронин Г.Л., Французова Л.Я. Имидж предпринимателя у педагогов и учащихся. // Социологические исследования. 1993. № 2. С. 8-12.
3. Бреева Е.Б. Политика, дети и рынок. // Социологические исследования. 1993. № 2. С.26-33.
4. Жуков Ю.В. Типология предпринимателей: социологический аспект. Автореферат дисс. на соискание уч. степени к. экон. н. СПб., СПб. Ун-т Экономики и Финансов, 1996. С. 19.
5. Задорожнюк И.Е. Инновационное предпринимательство // Социологические исследования. 1991. № 3. С.132-142
6. Ковалева Т.В., Степанова О.К. Подростки «смутного времени» (К проблеме социализации старшеклассников) // Социологические исследования. 1998. № 8. С. 57-64
7. Кон И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984. С. 239
8. Кон И.С. Психология старшеклассника. М.: Просвещение, 1980. С. 70.
9. Корнилова Т.В., Булыгина В.Г., Корнилов А.П. Личностные предпосылки успешности деятельности брокера. // Психологический журнал. 1993. № 1. С. 90-99.
10. Родионова Г.А. Ценностные ориентации управляющих приватизированных предприятий.// Социологические исследования. 1994. № 2. С. 111-114.
11. Рощин С.К. Психология успешного предпринимательства в США. // Психологический журнал. 1993. Т.14. № 5. С. 98-109.
12. Словарь иностранных слов. М.: Русский язык, 1986.
13. Смольков В.Г. Предпринимательство как особый вид деятельности. // Социологические исследования. 1994. № 2. С. 15-22.
14. Хизрич Р., Питерс М. Предпринимательство или как завести собственное дело и добиться успеха. М.: Прогресс-Универс, 1993.
15. Червяков В.В., Чередниченко В.А., Шапиро В.Д. Россияне о предпринимательстве и предпринимателях. // Социологические исследования. 1992. № 10. С.44-52.
16. Швальбе Б., Швальбе Х. Личность, карьера, успех. Психология бизнеса. М.: Прогресс, 1993.

О. А. Суетина

ЖИЗНЕННЫЕ СОБЫТИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Научный центр охраны психического здоровья РАМН. Отдел по изучению проблем подростковой психиатрии. Москва.

В исследованиях, посвященных изучению психогенной патологии, значительное место отводится определению стрессогенных ситуаций в различных сферах жизни человека: в трудовой деятельности (ролевая неопределенность, служебные конфликты, перегрузка, потеря работы и т.п.), в семье (непонимание супругов, отсутствие взаимопонимания с детьми, феномен «опустевшего гнезда»), а также в области личностных интересов (поиск смысла жизни, «кризис среднего возраста» и т.п.). Однако, единая, общепринятая систематика психотравмирующих воздействий по настоящее время не разработана.

Применительно к детско-подростковому контингенту, в литературе наиболее часто выделяются следующие группы стрессовых событий:

1. Стрессовые события, возникающие внезапно, имеющие высокую субъективную значимость, нарушающие привычный повседневный уклад без угрозы для жизни индивида. Наиболее важные из них: смерть или уход из семьи одного из родителей, семейный конфликт [4, 6, 11], конфликты с учителями и сверстниками, трудности адаптации в новом коллективе [5, 7].

2. Стрессовые события катастрофического характера, представляющие реальную угрозу для жизни: техногенные, экологические катастрофы, военные действия, в которых «пассивно участвует» ребенок или подросток [2, 8].

3. Хронические психотравмирующие ситуации в семье (алкоголизм родителей, жестокое обращение, экономическое неблагополучие [13] или микросоциальном окружении).

Несмотря на то, что жизненные события являются важным фактором, детерминирующим развитие психогений, очевидно, что не каждое из них следует расценивать как психотравмирующее и неизбежно влекущее за собой возникновение той или иной патологической реакции. Александровский Ю.А. и соавт. [3] указывают на наличие индивидуального для каждого человека «адаптационного барьера», выполняющего охранительно-приспособительную и защитную функцию. В литературе имеются данные о первостепенной важности «психологических детерминант» вызывающих, усиливающих или преодолевающих негативные явления. Широко обсуждается роль «копинг-механизмов», определяющих устойчивое к повседневным стрессам поведение [1, 12].

Таким образом, факторами, способствующими возникновению реакций, признаются не только параметры стрессовых событий (интенсивность, частота, продолжительность воздействия, социальная значимость), но и личностные, психофизиологические особенности конкретного индивида, а также возраст, пол, состояние здоровья на момент действия стрессора [9].

Настоящая работа посвящена сравнительному анализу событий повседневной жизни, инициирующих разной степени выраженности психогенные расстройства у здоровых подростков и их сверстников, наблюдаемых в ПНД по поводу различной психической патологии. Цель работы – определить психогенную значимость тех или иных жизненных событий и частоту возникновения реакций у указанных контингентов.

Обследованы две группы подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Первую составили 200 психически здоровых подростков, проходивших диспансеризацию в общесоматической поликлинике, обращавшихся в ПНД за справками, не состоявших ранее под наблюдением у психиатра и при осмотре не обнаруживших психических расстройств. Во вторую группу включены пациенты подросткового кабинета ПНД № 21 с различной психической патологией. Из обследования исключались больные с глубокой умственной отсталостью различного генеза.

Табл. 1.

Распределение психических заболеваний у подростков, наблюдаемых в ПНД.

Диагностические рубрики по МКБ-10	Число больных
Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06.4, F06.5, F06.6, F06.7)	192
Умственная отсталость легкая (F70)	31
Расстройство личности (F07.0, F60.1, F60.3, F60.4, F60.5,)	28
Невротические расстройства (F4)	39
Биполярное аффективное расстройство (F31)	5
Нервная анорексия (F50.0)	3
Шизофрения (F20)	13
Шизотипическое расстройство (F21)	3
Итого	314

Обследование здоровых подростков проводилось посредством интервью с использованием модифицированного перечня жизненных событий J. Madders (1987) (цит. по [14]), включающего в себя 26 событий повседневной жизни и 4 события катастрофического, жизнеугрожающего характера. Респондентам предлагалось отметить: **а)** пережитое ими событие, указать наличие или отсутствие реакции, возраст на момент возникновения реакции, ее характер и длительность, **б)** выделить 5 наиболее значимых для них событий. Помимо этого, подростки могли указать не перечисленное в перечне, но имевшее для них стрессогенный характер событие. Подростки, наблюдавшиеся в ПНД № 21, обследованы клинико-катамнестическим методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. **Психически здоровые подростки.** В этой группе устанавливалась частота встречаемости тех или иных жизненных событий и их стрессогенность. Длительные (продолжительностью не менее месяца) реакции подвергались дополнительному анализу (см. табл. 2).

Табл. 2.

Частота встречаемости событий повседневной жизни и длительных психогенных реакций у здоровых подростков.

Жизненное событие	Здоровые подростки (N=200)			
	Перенесли жизненное событие (из числа обследованных*)		Отмечали длительную психогенную реакцию (из числа перенесших жизненное событие)	
	Абс.	%	Абс.	%
Школьные коллизии	178	87%	8	4,4%
Семейные конфликты	158	79%	5	3,1%
Смерть близкого родственника	19	9,5%	9	47,3%
Тяжелая болезнь близкого родственника	37	18,5%	3	8,1%
Собственное тяжелое заболевание	12	6%	1	8,3%
Перемена места жительства	72	36%	2	2,7%
Разрыв любовных отношений	21	11,5%	3	14,2%

*В жизни каждого подростка, как правило, имели место несколько событий из перечня (N-число обследованных подростков).

Результаты опроса показали, что наиболее распространенными у здоровых подростков оказались сложности межличностного взаимодействия, прежде всего связанные со школьной средой. Как видно из табл. 2, у 87% опрошенных подростков имели место ссоры с одноклассниками и конфликты с учителями. Часто встречались и семейные неприятности, о наличии которых сообщили 79% респондентов. Как правило, подростков больше беспокоили их собственные разногласия с одним из родителей, нежели ссоры и непонимание между родителями.

Большинство реакций на эти события оказались непродолжительными (2-10 дней), подростки испытывали «обиду», «досаду», «беспокойство», говорили о «невозможности доказать свою правоту», «желании отомстить». Необходимо отметить, что опрашиваемые нередко демонстрировали конструктивный подход к возникшей ситуации, предпринимая те или иные действия для ее разрешения, например, пытались помириться с матерью, извинялись перед друзьями. Лишь у 8 человек школьные конфликты и у 5 человек семейные - стали причиной психогенных расстройств, продолжительностью более месяца.

19 (9,5%) из опрошенных подростков пережили в подростковом возрасте смерть одного из родителей или другого близкого родственника. В описании своей реакции на это событие подростки использовали такие образные характеристики, как «транс», «шок», «ужас», «страх», «сильнейший стресс». Многие выделяли эти слова жирным шрифтом, подчеркивали их и обводили, что также косвенно могло свидетельствовать о высокой эмоциональной значимости пережитого. Возникающие психогении характеризовались снижением настроения, потерей аппетита, слезливостью, воспоминаниями об умершем. Некоторые отмечали страх за себя и близких: «боялась умереть», «боялся, что умрет мать». Продолжительность расстройств более месяца отмечалась у 9 подростков, в том числе в двух случаях симптоматика сохранялась более полугода. Лишь у двоих, из тех, кто пережил смерть близких, отсутствовала какая-либо реакция на это событие. Всего у здоровых подростков была выявлена 31 психогенная реакция продолжительностью более месяца. Таким образом, распространенность длительных психогений в обследованной подростковой группе составляет 15,5%.

Частота встречаемости других жизненных событий выглядела следующим образом: у 29% опрошенных отмечалось непризнание окружающими личных достижений, у 21% - ситуации сильного испуга, у 14% - рождение брата или сестры, у 5% - юридические проблемы и потери крупных денежных сумм. Указанные жизненные события ни у одного из обследованных подростков не стали причиной длительных (более месяца) психогенных расстройств. События катастрофического характера (нахождение в зоне военных действий, землетрясение, пожар, разбойное нападение с угрозой для жизни) в данной группе не встречались.

Следует отметить, что отдельные события из предложенного перечня расценивались некоторыми респон-

дентами как «позитивные» стрессоры. К ним отнесены: перемена места жительства, рождение брата (сестры), появление отчима (мачехи), переход в новую школу. В этих случаях, вслед за произошедшим, подростки испытывали «радость», «восторг», «приятное удивление».

Для определения субъективной значимости тех или иных жизненных событий подросткам предлагалось выбрать 5 жизненных событий, которые, по их мнению, явились бы наиболее психотравмирующими. Подавляющее большинство подростков в качестве потенциально психотравмирующих, указали смерть и утрату близких людей. Так, 89% опрошенных определили как наиболее значимые смерть отца или матери, 87% - смерть близкого родственника, 66% - смерть подруги или друга. Такая иерархия жизненных ценностей указывает не только на отношение к этим фактам как к трагическим, но и на страх перед смертью, столь характерный для этого возраста. Можно полагать, что потеря «значимого другого» воспринимается подростком как угроза собственному моральному и материальному благополучию, как неминуемый крах устойчивого жизненного стереотипа.

Далее по значимости следуют собственная тяжелая болезнь или болезнь родственников - у 32% опрошенных, разрыв любовных отношений - у 29%, непризнание окружающими личных достижений - у 26,5%, школьные и семейные проблемы - у 18%. События катастрофического характера определили как значимые для их психического состояния всего 9,5%.

На определение значимости того или иного события у подростков существенно влияли возраст, пол, приближенность ситуации к реальной жизни, наличие собственного опыта. Так, если часть подростков 14 лет относили к значимым такие факторы, как укус собаки, развод родителей, рождение брата или сестры, то более старшие по возрасту полагали, что подобные события не могут оказаться для них психотравмирующими. 16-17-летние включали в число наиболее значимых разрыв любовных отношений, крупные долги и юридические проблемы, что по-видимому, связано со «стремлением быть и считаться взрослым», которое Мухина В.С. [10] относит к одной из форм проявления самосознания подростка.

К потенциально психотравмирующим событиям только девушки отнесли такие ситуации, как попытка изнасилования, приобретенный физический дефект, нежелательная беременность, аборт. В тоже время, среди значимых преимущественно юноши упоминали события катастрофического характера, что, вероятно, связано со сферой «традиционных мужских» интересов, определяемых ситуациями, сопряженными с опасностью и риском.

Табл. 3.

Сопоставление частоты длительных психогений, возникающих в ответ на сходное жизненное событие у подросткового контингента ПНД и у здоровых подростков.

Жизненное событие	Здоровые подростки (31 наблюдение - 100%)		Подростковый контингент ПНД (75 наблюдений - 100%)	
	Абс.	%	Абс.	%
Школьные коллизии	8	25,8%	28	37,3%
Семейные конфликты	5	16,2%	18	24%
Смерть близкого родственника	9	29%	14	18,7%
Тяжелая болезнь родственника	3	9,7%	2	2,7%
Собственная тяжелая болезнь	1	3,2%	2	2,7%
Перемена места жительства	2	6,5%	3	4%
Разрыв любовных отношений	3	9,6%	3	4%
Судебная ситуация	--		1	1,3%
Нахождение в зоне землетрясения	--		1	1,3%
Провал на экзамене	--		1	1,3%
Прочие	--		2	2,7%
Итого:	31	100%	75	100%

Несмотря на объективно высокую психологическую травматичность военных действий, землетрясений, катастроф, большинство подростков не определяли их в число значимых, что, по-видимому, обусловлено удаленностью данных ситуаций от реальной жизни подростков, отсутствием собственного опыта, психической и социальной незрелостью, невозможностью переработки и использования опыта других людей, а также заметно увеличивающейся в последние годы толерантностью к восприятию такого рода событий. Немалая

роль в формировании «эффекта привыкания», несомненно, принадлежит ежедневно просматриваемым по ТВ военным действиям, сценам насилия и смерти.

Возрастание субъективной значимости события при приближении его к повседневной жизни можно наблюдать на примере подростков, опрашиваемых накануне экзаменов. Для них «провал на экзамене» по своей значимости стоял в одном ряду с такими событиями, как смерть или болезнь близких.

2. Подростковый контингент ПНД № 21 (314 человек). Выявлено 75 человек, переживших психогенные реакции продолжительностью не менее месяца, что составляет 23,8% от общего числа подростков этой группы. Таким образом, их распространенность среди подростков, наблюдавшихся в ПНД, почти в два раза превышала этот показатель в группе здоровых обследуемых. Показатели частоты возникновения длительных (не менее месяца) психогений в ответ на действие одного и того же стрессора были сопоставлены в группах здоровых и подростков с психической патологией (см. табл. 3).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что жизненные события, ставшие наиболее частой причиной развития длительных психогений у подростков с психической патологией, отличны от таковых у их здоровых сверстников. Если в группе здоровых подростков наиболее часто длительные психогении вызывались смертью близких родственников, то в группе подростков с психической патологией на первом месте среди причин продолжительных реакций стали школьные и семейные конфликты, т.е. события с непосредственным участием в них подростка, требующие от него душевного напряжения и психологической устойчивости. Набор жизненных событий, явившихся стрессогенными для подростков с психической патологией, также отличим от такового у здоровых. Помимо событий, послуживших причиной психогений в обеих группах, выявлены ситуации, которые носили характер стрессогенных только у пациентов ПНД. Если такие жизненные события, как «провал на экзамене», «нахождение в зоне землетрясения», «судебная ситуация» могли бы явиться потенциально стрессогенными и для здоровых, то «ужасающий рассказ» или «террористический акт в Америке» выступили в роли психотравмирующих только во второй группе и исключительно у больных с выраженными изменениями в эмоциональной сфере. Так, у одного из подростков более полугодом отмечались тревога, расстройство сна, страх быть заживо закопанным, возникшие после рассказа учителя о Н.В. Гоголе, якобы погребенном в состоянии летаргического сна. У другого больного чрезмерная чувствительность и сопереживание пострадавшим во время террористического акта в Америке сочетались с выраженной холодностью, жестокостью по отношению к близким родственникам.

Таким образом, обследование показало, что наличие у подростков психической патологии является одним из важных факторов, определяющих их повышенную реактивную лабильность, а также изменяющих восприятие, оценку и переработку жизненных событий и расширяющих круг потенциальных стрессоров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков А.В., Перрец М., Планшеро Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // Журнал Обозр. психиатр. и мед. психол. – 1998. - № 2 - с. 65-67.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 1993. - 398 с.
3. Александровский Ю.А., Петраков Б.Д., Басов А.М. Методические рекомендации по изучению пограничных нервно- психических расстройств. – М., 1996. - 116 с.
4. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. -М.: Просвещение, 1988.-207 с.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: анализ, этиология и патогенез. -Л.: Медицина, 1988.-247 с.
6. Королев В.В. Психические отклонения у подростков- правонарушителей. - М.: Медицина, 1992.-208 с.
7. Крылов Д.Н. Проблемы социальной дизадаптации детей-подростков и принципы ее профилактики. -М., 1993.-с. 117-129.
8. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. - М.: Политиздат, 1989.-304 с.
9. Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и нагрузкам. - М.: Медицина, 1993.-256 с.
10. Мухина В.С. Возрастная психология. -М.: Академия. 1997.-430 с.
11. Нечаева А.М. Правонарушения в сфере личных семейных отношений. -М.: Наука, 1991.-238 с.
12. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков. -М.: Генезис, 2001.-215 с.
13. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1989.- 192 с.
14. Трошина К.А. Как справиться с детским стрессом // Журнал Школа и здоровье. - М., 1996. №2.- с.95-107.

ПРОБЛЕМЫ ДИЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВИДИМЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. Челябинск.

Известно, что отсутствие привычных социальных контактов, необходимых ребенку для нормального психического развития, способствует возникновению состояния социальной депривации, клинические особенности которой мало изучены. При обсуждении проблемы детской инвалидности и дизадаптации практически не приходилось сталкиваться с таковой, обусловленной наличием уродующих косметических дефектов видимых частей тела. Видимо, «отсутствие» проблемы связано с тем, что изуродованные дети и подростки просто «спрятались», испытывая комплекс Квазимодо.

Вполне понятно, что любые физические недостатки, в том числе косметические, ставят человека при общении с другими людьми в неблагоприятные условия. Наличие дефекта и осознание того, что он привлекает внимание окружающих, становится фактором фрустрации, неблагоприятно влияющим на формирование личности. Многочисленными исследованиями в области травматологии доказано, что наиболее грубые дефекты внешности формируются после ожогов. Сегодня эта проблема становится особенно значимой, так как вследствие ухудшения жизни населения имеется тенденция к росту детско-подросткового ожогового травматизма. Также возрастает число разнообразных техногенных катастроф, стихийных бедствий, военных действий и террористических актов. При этом доля пострадавших детей и подростков составляет 22%-25% от общей структуры санитарных потерь. Приведенные сведения доказывают, что проблема последствий ожоговой болезни у детей и подростков по своему медицинскому, социальному и общечеловеческому значению является одной из актуальных. Несмотря на это в нашей стране дети и подростки с послеожоговыми дефектами не получают необходимую помощь в полном объеме. Как правило, оказание помощи пострадавшим заканчивается после заживления ожоговых ран. В последующем они остаются наедине со своей трагедией.

Данная работа является фрагментом исследования нервно-психических расстройств периода отдаленных последствий ожоговой болезни. Поэтому следует пояснить, что относится к понятию «период отдаленных последствий». Под этим понятием подразумевался отрезок времени спустя 3-5 лет после перенесенной термической травмы.

Исследование 326 детей и подростков, перенесших ожоговую болезнь, показало, что у 52,8% обследованных сформировались различные уродующие дефекты видимых частей тела. При этом у 35,8% пострадавших выявлены психогенные патологические формирования, становление которых началось еще в постреконвалесцентном периоде. Проводя клиническую оценку диагностированным патохарактерологическим проявлениям у больных с выраженными уродующими дефектами видимых частей тела, мы не посчитали возможным отнести этот процесс к чисто патологическому развитию. Это связано с тем, что особую значимость в развитии всего психопатологического процесса в периоде отдаленных последствий ожоговой болезни приобретает нарушение социальных контактов, обусловленное осознанием пострадавшими своих уродующих дефектов и физической неполноценности. Учитывая тот факт, что не только сам пострадавший самоизолируется от общества, но и общество, в свою очередь, неохотно принимает изуродованного человека, мы посчитали целесообразным называть выявленное расстройство психогенным патологическим депривационным формированием. В рамки этого расстройства вполне гармонично вписался дисморфофобический комплекс, начало становления, которого пришлось на постреконвалесцентный период ожоговой болезни. «Страх телесной деформации» (Morselli E, цит. по [1]), включающий болезненную идею мнимого или необоснованно преувеличенного телесного дефекта, возможно, недостаточно подходящий термин для лиц с послеожоговыми дефектами. Однако было признано целесообразным использование именно термина «дисморфофобия». Это частично обосновывалось тем, что дисморфофобический синдром включает не только идеи отношения окружающих к конкретной личности, но и как следствие этого – сниженный фон настроения самой личности [2]. Спорным для использования данного термина также являлось то, что эти пострадавшие на самом деле имели уродующие дефекты видимых частей тела. Однако работы некоторых зарубежных авторов подтверждают тот факт, что дисморфофобический синдром может включать не одну лишь идею физического дефекта, а истинное наличие такового. Так, в этих работах описан комплекс Торсита – имя одного из героев народного эпоса [3]. В этот комплекс входят дисморфофобические расстройства при наличии у личности истинного физического дефекта. В нашей предыдущей работе такой комплекс был назван комплексом Квазимодо.

Таким образом, переживания пострадавших вписываются именно в рамки дисморфофобического син-

дрома. При этом стойкие переживания своего дефекта определяли изолирующее поведение подростков: они избегали общения не только с незнакомыми, но и с близкими, особенно сверстниками. Во время вынужденного общения все свое внимание они направляли на попытки скрыть дефект. В пользу дисморфофобического синдрома говорит и тот факт, что описанное поведение было более характерно для пострадавших с менее уродующими дефектами. При этом наиболее изуродованные подростки производили впечатление смирившихся. Они практически не предпринимали попыток хоть как-то улучшить свою внешность, а просто избегали мира людей, даже в своих семьях.

В клинической картине при наличии дисморфофобического синдрома имели место все его составляющие. Подростки с «симптомом зеркала» [1] много времени уделяли попыткам камуфлирования своих косметических дефектов или, наоборот, полностью отвергали зеркало. Другие категорически отказывались фотографироваться даже при необходимости, например, перед возможной пластической операцией. Это расценивалось как симптом фотографии [6]. Прослеживался и «симптом улитки» [2], при котором подростки с целью маскировки дефектов видимых частей тела, носили одежду типа «Пьеро»: длинные рукава с расстегнутыми манжетами, большие шарфы и поднятые воротники, закрывающие лицо. При малейшем сигнале опасности, в виде появления посторонних, они моментально, как улитки, «втягивались» в одежду.

Наблюдение показало, что у всех обследованных с патологическим депривационным формированием сохранялись проявления астении, проявляющиеся утомляемостью и тенденцией к избеганию малейших напряжений. На фоне астении у пострадавших достаточно четко прослеживались различные страхи и опасения. Из-за своих опасений больные не соглашались ни на какие перемены, даже выгодные с моральной или материальной позиций. У них также имели место постоянные сомнения в правильности своих действий, что вело к отказу от намеченных целей. По мере взросления у пострадавших формировался страх «изгнания» из учебного заведения или с работы. Такие страхи подростки объясняли тем, что их внешность неприятна окружающим и при первой возможности от них «постараются избавиться», то есть имел место сверхценный комплекс.

Наблюдение показало, что сохранение тревожности и астенических проявлений обуславливалось не только неадекватными требованиями к пострадавшим, но и постоянной неудовлетворенностью своим положением, изуродованной внешностью и непрекращающейся по этому поводу негативной реакцией.

У всех пострадавших с уродующими дефектами выявлены разнообразные висцеро-вегетативные проявления с нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и т.д. Как правило, вегетативные расстройства имели место в тех частях тела, которые подверглись термическому поражению. Это проявлялось нестерпимым зудом, ощущением жжения, болью, повышением как общей, так и местной температуры. У пострадавших с ожогами дыхательных путей наблюдались приступы бронхоспазмов.

С целью изучения взаимосвязи восприятия своего дефекта личностью и ее окружением был проведен эксперимент, состоящий из трех этапов. На первом этапе пострадавшему предлагалось рассмотреть ряд фотографий людей с косметическими дефектами, сюда входили и его фотографии. Испытуемый должен был разложить их по степени убывания дефектов. Эта оценка сравнивалась с объективной. Результаты данного этапа эксперимента были следующими: большинство подростков, независимо от пола и возраста, склонны к переоценке как своего дефекта, так и чужого (61,5%); среднюю оценку дало меньшее количество обследуемых (35,9%); незначительное число подростков недооценивало свой дефект, но переоценивало чужой (2,6%). Полученные различия статистически достоверны ($p < 0,001$). На втором этапе испытуемые объединялись в психотерапевтическую группу. При этом задачей исследования являлось изучение социоаффективного образа группы. Участникам группы предлагалось оценить по 5-балльной шкале степень выраженности своего дефекта и каждого члена группы. Затем определялась средняя оценка группой степени выраженности дефекта у каждого из ее участников. Эта оценка сравнивалась с объективной степенью дефекта. Все пострадавшие оценили чужие дефекты как более уродующие. Однако субъективная оценка своих дефектов также превышала объективную. На третьем этапе оценивался социометрический статус каждого члена группы: первый выбор оценивался в 5 баллов, второй – 3 балла, остальные – 1 баллом со знаком плюс (+) или минус (-). Положительный статус вычислялся как частное от деления количества набранных очков на число максимально возможных. Отрицательный статус вычислялся по той же схеме. К «лидерам» были отнесены подростки с наиболее высоким положительным статусом. К «отверженным» отнесли тех, у кого положительный статус не был выше отрицательного. В статусе «изолированных» оказались те подростки, по отношению к которым более половины группы не выразило своего отношения.

Анализ результатов показал, что группа на первых занятиях к статусу «отверженных» и «изолированных»

относила того индивидуума, внешность которого была наиболее изуродованной. По мере привыкания друг к другу, в том числе и к внешним дефектам, оценка группы менялась. Таким образом, даже в кругу «соратников по несчастью» имело место первоначальное отвержение изуродованной личности и лишь по мере привыкания к его необычному облику происходила оценка такого пострадавшего в соответствии с его личными качествами.

Естественно предположить, что при высоком уровне социальной адаптации реакции на дефект конкретной личности нивелируются, а при низком – наоборот, переоцениваются. Однако наши катamnестические наблюдения за пострадавшими от ожогов подростками показали, что у большинства из них уровень социальной адаптации в обычной социальной среде оставался низким, несмотря на то что в условиях групповой психотерапии им удавалось завоевать позиции лидеров. Это, видимо, можно объяснить тем, что уродующие дефекты у них возникли в том возрасте, когда адаптация в социальной среде сложна даже для здоровых. Поэтому органичное вхождение в социально-бытовую среду, имея изуродованную внешность, крайне затруднительно, а порой и просто невозможно.

Известно, что неприятие ребенка сверстниками и педагогами способствует развитию у него нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний. На основании этого был предпринят анализ взаимоотношения педагогов и воспитателей с изуродованными детьми. Следует оговориться, что дошкольно-школьные учреждения посещают дети и подростки с дефектами внешности, которые по 5-балльной системе можно оценить максимально в 2-3 балла. Эксперимент выявил, что большинство из них (67,8%) относятся к «нелюбимым». Причем, эти же обследованные «изолировались» и их сверстниками. Сопоставление адекватности адаптации в дошкольно-школьных учреждениях и динамики состояния здоровья пострадавших показало, что «непринятые» в 87,5% случаев «расплачивались» ценой здоровья. В 93,3% случаев это проявлялось декомпенсацией нервно-психических нарушений, а в 61,7% еще и висцеро-вегетативными расстройствами. Часть пострадавших не смогла адаптироваться к школе даже «заплатив» дорогой ценой - здоровьем. Это проявлялось отсутствием каких-либо успехов в социальной адаптации, а также низкой познавательной активностью. В течение всего учебного года у них присутствовала психоэмоциональная и физическая утомляемость. Это приводило к полному истощению и без того слабых ресурсов организма, способствуя, в свою очередь, последующей декомпенсации состояния здоровья.

Таким образом, взвешивая значимость негативного восприятия индивидом своего дефекта, а также реакцию социального окружения были сделаны следующие выводы:

1. Сквозь призму сложившегося отношения к личности происходит преломление интериндивидуальных связей, а также определяется уровень его социальной адаптации.
2. Именно социальная среда, даже в детском обществе, играет решающую роль в формировании человеческих отношений.
3. Дезорганизация системы личностных отношений у пострадавших влечет за собой трудности при получении образования, выборе профессии, сильно затрудняет, а порой и полностью исключает всякую общественную деятельность.
4. Дети и подростки, перенесшие ожоговую болезнь и имеющие послеожоговые дефекты видимых частей тела, нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи, в том числе в периоде отдаленных последствий.

5. К основным мероприятиям по профилактике заболеваемости и нарушений адаптации у детей и подростков с косметическими дефектами видимых частей тела следует отнести следующие:

- проведение реконструктивных операций в течение первого года после получения травмы;
- доведение реконструкции внешнего облика до нормального восприятия его самим пострадавшим и социальным окружением;
- раннее проведение психолого-психотерапевтических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию проблем адаптации пострадавших;
- активное выявление детей и подростков с косметическими дефектами, находящихся в условиях социальной депривации и оказание им адекватной помощи, в том числе по проведению реконструктивных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М., 1982.
2. Шадрина И.В. Клиника и динамика психических расстройств при ожоговой болезни в детском и подростковом возрасте: Автореф. канд. дис. - М., 1991.
3. Stutte H. Kinder- und Jugendpsychiatrie.- In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II: Klinische Psychiatrie // Berlin, Goettingen. – 1960.

БАЗОВЫЕ ИДЕИ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ В ИСТОРИЧЕСКОМ И СОВРЕМЕННОМ КОНТЕКСТАХ

Институт педагогики социальной работы РАО. Москва.

Социальная педагогика - явление в нашей стране одновременно и новое, и старое. Относительно современный метатермин «социальная работа», исторически существуя в терминах «нищелюбие», «благотворительность», «меценатство», «попечение о бедных», «вспомоществование» и др., вбирает в себя весь спектр социальной помощи, социальной поддержки, социальной защиты, социального обеспечения, осуществляемых всеми секторами общества: властными структурами, местным самоуправлением, коммерческими и неправительственными организациями, а также частными лицами. В то же самое время социально-педагогический компонент на протяжении всей истории социальной работы в России то смутно, то отчетливо просматривается в совокупных усилиях общества и государства, направленных, прежде всего, на снижение степени социальной напряженности в классово и социально неоднородном общественном устройстве и на «смягчение нравов», преимущественно в непривилегированных социальных слоях и группах. Социальная работа в России исторически являлась как средством социально-политического регулирования общественной жизни, так и средством социального воспитания субъектов и объектов социальной работы. Педагогический процесс в России долгие века основывался на традициях, менталитете и здравом смысле вне какой-либо теории или светской идеологии в качестве фундаментальной основы.

Первая попытка проведения социально-педагогического эксперимента в России принадлежит И.А. Бецкому и А.А. Барсову, создавшим воспитательные дома для сирот обоего пола, из которых надлежало воспитать «новую породу людей». Результаты эксперимента были, как известно, плачевными. Идея изолирования детей от социальной среды, оказывающей негативное влияние на воспитательный процесс, оказалась ошибочной, ибо замкнутая социально-педагогическая среда оказалась не менее уродливой, чем открытая. Идея «закрытости» воспитательной среды как наилучшего условия для «чистоты» воспитательного процесса, тем не менее, оказалась живучей, и даже великий К.Д. Ушинский в своей известной работе «Три элемента школы» [6], сравнивая современные ему западноевропейские школы по трем элементам (административный, учебный и воспитательный), отдавал предпочтение английской как наиболее закрытой. Основоположник научной педагогики в России К.Д. Ушинский позже подчеркивал большую роль в обеспечении целостности обучения и воспитания «непреднамеренных воспитателей» - природы, семьи, школы, общества, народа, религии, языка, истории. Однако, именно в результате эксперимента И.И. Бецкого последующим поколениям педагогов стало ясно, что главная педагогическая проблема - это соотношение направлений и содержания воспитания с тенденциями общественного развития. Решение этой проблемы осуществлялось в контексте конкретно-исторической ситуации при рассмотрении вопросов об эффективности воспитания и ответственности за его результаты как семьи, так и государственных институтов социализации. Проанализировав ситуацию столкновения нравственных основ воспитания и направления движения общества, Н.И. Пирогов [5] выделяет три возможных пути разрешения этого противоречия: «Или согласовать нравственно-религиозные основы воспитания с настоящим направлением общества. Или переменить направления общества. Или, наконец, приготовить нас воспитанием к внутренней борьбе, неминуемой и роковой, доставив нам все способы и всю энергию выдержать неравный бой... Следовать первым путем не значило бы ли исказить то, что нам осталось на земле святого, высокого и чистого? Изменить направление общества есть дело Промысла и времени. Остается третий путь. Это путь воспитания человека, путь, делающий из нас людей. Именно на это должно быть направлено прежде всего общее человеческое образование».

Земское просветительство и массовая благотворительность имели четко выраженный социально-педагогический характер. Довольно продолжительное время социальная педагогика трактовалась в русле идей педагогики ненасилия или свободного воспитания. Наиболее законченное воплощение идеи педагогики ненасилия получили в педагогических воззрениях и яснополянском эксперименте Л.Н. Толстого. В России начала XX века проводилось довольно много социально-педагогических экспериментов в различных областях педагогической практики: К.Н. Вентцель - Дом свободного воспитания, Е.Н. Орлова - детские летние колонии, колония семейного типа Терновских в Харькове, первые детские общественные объединения, воспитательное учреждение «Сетлемент», дневной приют для приходящих детей, общество «Детский труд и отдых» в Москве, летняя трудовая колония «Бодрая жизнь» в Калужской губернии С.Т. Шацкого. Проект опытной станции, воплотивший в себе все оправдавшие себя находки, был написан С.Т. Шацким в 1912 г., а реализован в виде

показательных станций Наркомпроса уже после Октябрьской революции. По сути, именно у С.Т. Шацкого концепция педагогики среды, адекватная уровню развития научной педагогики начала XX века, нашла свое наиболее полное воплощение [7, 8].

Важное значение для становления социальной педагогики как отрасли научного педагогического знания имело переводное издание в России книги Пауля Наторпа «Социальная педагогика» [3] в 1911 г. Идея достижения социального мира педагогическими средствами в философии П. Наторпа была особенно актуальна в годы, проникнутые ощущением грядущих социальных потрясений. Именно этот гуманистический, эволюционистский подход оказался чуждым силам, неотвратимо ведущим Россию к революционному переустройству. Для победившей стороны требовалось определиться в педагогической доктрине. Перед системой образования были поставлены задачи воспитания социалистической личности. В.И. Ленин, А.В. Луначарский, Н.К. Крупская, М.В. Калинин, другие политические деятели разработали основные положения новой педагогической парадигмы. Были сформулированы принципы коммунистического воспитания, определены назначение школы и структура системы образования, выработана идеология, в которой общечеловеческие морально-этические нормы и ценности заменены коммунистической моралью. Однако сам процесс выработки новой парадигмы проходил в оживленных педагогических дискуссиях.

Один из основных дискуссионных вопросов - о соотношении роли школы и социальной среды в коммунистическом воспитании. Известные педагоги М.В. Крупенина и В.Н. Шульгин выдвинули идею объединения школы и среды в социальном воспитании [2]. В реализации этой идеи В.Н. Шульгиным были выдвинуты три задачи: изучение среды ребенка, обучение и воспитание человека, который сможет изменить среду, превращение школы в центр преобразования окружающей среды [9]. М.В. Крупенина считала, что именно среда оказывает решающее воздействие на личность, поэтому реальная жизнь ребенка должна носить характер организованного педагогического процесса. Совершенно очевидно, что эти задачи носят объективно социально-педагогический характер. Однако именно в это время социальная педагогика получает официальный статус «буржуазной науки», идеи М.В. Крупениной и В.Н. Шульгина объявляются «антиленинской теорией отмирания школы». «Детская болезнь левизны» в педагогике, представленная концепцией растворения школы в социальной среде, пришлось не ко времени, запоздала - начался период укрепления административных начал, период чисток от «чуждого элемента».

В тридцатые годы в отечественной педагогической науке воцарился не социально-педагогический, а классовый подход, как более точно соответствующий целям построения социализма в условиях «перманентного обострения классовой борьбы». Действительно, по сравнению с классовым, социально-педагогический подход выглядит аморфным и идеологически неопределенным. Понятие «социальная среда» не содержало априори четко выделяемого коммунистического компонента. В социально-педагогических трудах ее предлагалось изучать, учитывать ее факторы и условия и осторожно преобразовывать. Это подразумевало социальную терапию в практической педагогике, а власти требовались хирурги.

Интересна история нового рождения социальной педагогики в России. Во второй половине 80-х годов многим деятелям педагогической науки, практики, управления образованием стало понятно, что бурные процессы так называемой «перестройки», а иначе говоря ненасильственной смены общественно-политической и экономической системы в России, приведут к разложению монолитной и консервативной образовательной системы, совершенно лишенной маневренности, полностью зависящей от государственного финансирования, опирающейся в своей практической деятельности на предметные методики и теорию коммунистического воспитания, с номенклатурой педагогических должностей, не обеспечивающей всех потребностей воспитания и образования, особенно в части социально-педагогических проблем. Деградировала в значительной мере семья как институт социализации, школа объективно не могла в полной мере компенсировать семейные пробелы в воспитании, деятельность служб опеки и попечительства носила преимущественно репрессивный характер. Появлялось все больше детей, проблемы которых не вписывались в круг функций образовательных учреждений, а педагогические работники не были подготовлены к их решению.

Идея разработки, научного и методического обоснования новой педагогической должности, призванной решать проблемы детей за пределами собственно учебных занятий, была реализована ВНИКом «Школа-микрорайон»: на его ста экспериментальных площадках был развернут социально-педагогический эксперимент, одним из направлений которого была отработка параметров новой профессии «социальный педагог». В 1991 г. система образования получила «своего» социального работника не только по содержанию деятельности, но и по названию. Научный коллектив ВНИКа в 1992 г. составил основной костяк Центра социальной педагогики РАО, затем Института педагогики социальной работы РАО. Переименование отражало борьбу

двух тенденций: разработку фундаментальных и прикладных аспектов социальной педагогики как отрасли общей педагогики, претендующей на роль базовой науки для всей социальной практики (социальная педагогика), и распространение и укрепление западных концепций, опыта, моделей и технологий социальной работы, в том числе и в сфере работы с детьми и молодежью (педагогика социальной работы).

Ученые разных научных школ по-разному определяют сущностные потребности возникновения и развития социальной педагогики. Можно выделить и обобщить называемые в различных источниках потребности общественно-исторической практики как детерминанты возникновения и развития социальной педагогики (научные и практические предпосылки):

- Выделение в научной педагогике (наряду со школой и семьей) «третьего педагогического пространства», или «поля» – социума и осознание его педагогического потенциала. (Западная Европа - вторая половина XIX в.; Россия - начало XX в.).

- Появление новых типов и видов образовательных учреждений и служб с особым, преимущественно социально-коррекционным, уклоном в работе. (Западная Европа, Россия - вторая половина XIX в.).

- Выделение разделов единой педагогической науки и их оформление в относительно самостоятельные научные дисциплины в русле общенаучной тенденции, в том числе социальной педагогики (Западная Европа и Россия - начало XX в.).

- Потребность в педагогическом оснащении сферы социальной работы с детьми и молодежью (Западная Европа и Россия – начало XX в.).

- Организация специальных учебных заведений по обучению профессиональной социальной работе и, как следствие, разработка педагогического (дидактического, методического, школоведческого, психолого-педагогического) аспекта профессионального образования. (Западная Европа - начало XX в., Россия - 90-е гг. XX в.).

- Расширение «клиентской базы» социальной работы и выявление недостаточности классических технологий собственно социальной работы для решения увеличивающегося круга задач, обращение к социальной педагогике. (Западная Европа и Россия - 90-е гг. XX в.).

- Появление новой профессии «социальный педагог» (Западная Европа, Россия - 90-е гг. XX в.).

Результаты проведенного анализа позволили сделать следующие выводы:

Хронологически первые научные предпосылки социальной педагогики возникли в Европе во второй половине XIX в., что приводит к выводу об опережающем развитии научного знания в области социальной педагогики в Европе и отставании науки от практики в России. Процесс дробления и интеграции наук носит всемирно-исторический характер и не зависит напрямую от общественно-политического устройства стран. Это подтверждается и в частном случае на примере социальной педагогики, процесс оформления которой в раздел научной педагогики начался практически одновременно в Западной Европе и в России в 20-е гг. XX в. В Западной Европе в XIX-XX вв. обогащалось и развивалось научное социально-педагогическое знание, в то время как в практической социальной деятельности в Европе и США развивалась профессиональная социальная работа (первоначально преимущественно в направлении социальной помощи). Одновременно с развитием профессиональной социальной работы развивалась система профессионального обучения. В России в период с 1917 г. до конца 80-х гг. не существовало профессиональной социальной работы в ее современном понимании и, соответственно, профессионального обучения социальной работе. Однако профессиональная и общественная социально-педагогическая деятельность существовала в отсутствие социальной педагогики как науки, объявленной «буржуазной». (В советских педагогических словарях и энциклопедиях социальная педагогика определялась как «...одно из направлений буржуазной педагогики, предметом изучения которой являются пограничные социально-педагогические проблемы» [4].) Расширение «клиентской базы» социальной работы и осознание недостаточности классических технологий собственно социальной работы для решения стремительно увеличивающегося круга задач вызвало на Западе интерес к новым социально-педагогическим технологиям и опыту России, а в России появление новой профессии «социальный педагог» стимулировало расширение традиционного инструментария социальной работы. Практически это означает начало нового сближения путей развития социальной педагогики на Западе и в России, искусственно прерванного на несколько десятилетий по политическим причинам. В России к концу XX в. сложилась уникальная ситуация параллельного развития социальной педагогики как науки, области практической деятельности и учебной дисциплины в системе непрерывного профессионального образования, то есть система профессионального образования не имеет, по существу, современного теоретического базиса, сформированного со значительным опережением, и опирается не на массовый, а преимущественно на инновационный опыт социально-педагогической деятельности.

Таким образом, актуальные потребности общественной практики и развитие научно-педагогического знания в Западной Европе, США и России обусловили возникновение и развитие социальной педагогики как научной дисциплины в системе гуманитарных наук, хотя процесс этот, детерминированный конкретно-историческими условиями, существенно разнился в России и других странах. Социальная педагогика возникла как научное течение в результате утверждения идеи значимости социальных факторов в воспитании и выделения «третьего педагогического пространства» – социума. Идея педагогического потенциала социальной среды получила оформление в виде научного течения в педагогике, названного Ф.А. Дистервегом [1] социальной педагогией. Дальнейшее концептуальное развитие ключевой идеи привело к появлению философской (этической) теории П. Наторпа и его коллег, также названной «социальная педагогика», к разработке новых научно-педагогических категорий, отграничению предметной области научно-педагогических исследований через выделение определенного аспекта. Так в дореволюционные годы выделилось два основных научных направления социальной педагогики – немарксистская этическая теория социализма как мировоззренческой системы, названная социальной педагогией (философия), и научно-эмпирическое направление социально-педагогической работы с обездоленными детьми (социально-педагогическая профилактика правонарушений несовершеннолетних).

Три войны и три революции в России за 17 лет (1904-1921 гг.) и принесенные ими социальные, нравственные и духовные потери вызвали интенсивное развитие социально-профилактического и социально-коррекционного направлений в педагогике, а победа большевиков, отвергающих все немарксистские разновидности научного социализма как ревизионистские и либерально-буржуазные, детерминировала запрет на развитие «наторповского» направления социальной педагогики, а затем и появившихся новых направлений в социальной педагогике – социального воспитания и педагогики среды.

История социальной педагогики в России показывает классическое чередование эволюционных и революционных периодов, обусловленное резкими или мягкими изменениями конкретной социально-политической ситуации. Смена парадигм социального воспитания в конце XX века в России носила революционный характер, ибо с известной мерой агрессивности заменялись принципы воспитания, одновременно происходило сближение возникшей на развалинах государственной системы социального обеспечения СССР социальной работы в России с социальной педагогией как ее частичным теоретическим фундаментом.

Становление научных основ социальной педагогики, как и социальной работы, во всем мире идет в условиях постоянных дискуссий. И одним из наиболее активно обсуждаемых является вопрос о предмете науки, статусе социальной педагогики как области практической деятельности и объеме основных знаний и умений как учебной дисциплины. В настоящее время нет общепринятой нормы построения и изложения социальной педагогики как науки, что говорит о ее «молодости», нахождении в стадии становления и оформления научного аппарата. В современной России осуществляются попытки сформировать социальную педагогику как научную дисциплину, выявляются различные направления научных исследований, формируются опыт социально-педагогической работы с различными категориями и группами населения и система непрерывного профессионального образования.

Основные тенденции, характеризующие современный этап развития социальной педагогики в России:

1. Социальная педагогика как научный фундамент практически реализуемых социально-педагогических моделей и систем признана в массовом опыте и получает все большую поддержку и распространение. В системе образования неуклонно возрастает доля собственно социально-педагогических исследований, основанных на эксперименте и инновационном опыте. Социальная педагогика востребована и в других, традиционно непедagogических секторах социальной сферы, о чем свидетельствуют, в частности, диссертационные исследования, основанные на опыте и эксперименте. В то же время социальная педагогика как наука подвергается массовой атаке как ученых-социальных работников, так и педагогов-методологов, которых раздражает тавтологичность словосочетания «социальная педагогика».

2. Должность социального педагога становится массовой в системе образования и востребована в смежных секторах социальной сферы. В то же время не изжита угроза дискредитации профессии социального педагога в силу неподготовленности кадров управленцев нижнего и среднего звена к решению социально-педагогических задач, отсутствия массовой методической литературы по различным аспектам профессиональной деятельности этого специалиста.

3. Процесс выработки коллективного опыта социально-педагогической деятельности и формирования технологического багажа профессии отстает от потребности решения конкретных задач и разрешения частных ситуаций, ежедневно возникающих в бесчисленных вариантах повседневной профессиональной дея-

тельности специалиста.

4. Система подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров социальных педагогов, изначально установленная как «учительская», все более не соответствует назначению специалиста содержательно и организационно.

5. Развитие социально-педагогической инфраструктуры (службы, учреждения, общественные объединения) носит случайный, ненаправляемый (нестратегический) характер.

6. Институциональная социально-педагогическая деятельность в большей степени носит характер борьбы с последствиями социальных девиаций, чем профилактический (влияние социальной работы).

7. Непреодоленное недоверие к семье как мощному институту социализации личности, выражающееся в стремлении «управлять» семьей как вспомогательным инструментом решения учебно-воспитательных задач, все еще свойственно многим коллективам образовательных учреждений (рудимент советской образовательной системы, декларирующей «опору на семью» и игнорирующую уклад и ценности конкретных семей на деле).

8. Сохранение ведомственного характера деятельности социальных служб порождает бюрократизм, искусственное ограничение проблемного поля практической деятельности, определяемого назначением ведомства, неизбежную скудость бюджетного финансирования в рамках одного ведомства и бедность кадрового спектра, определяемого утвержденной в ведомственной вертикали номенклатуры должностей рабочих и служащих, за пределы которой практически невозможно выйти.

Все исследователи, проявляющие себя в научном пространстве социальной педагогики в России, единодушны в оценке ее относительной самостоятельности и целостности, однако вопрос о статусе социальной педагогики и соотношении с другими педагогическими науками и социальной работой как научном феномене остается дискуссионным.

По большому счету, все современные точки зрения на объект познания социальной педагогики (их несколько десятков) сводятся к первоначальным концептам Ф.А. Дистервега и П. Наторпа (педагогика социально отклоняющегося поведения личности и социальное воспитание в широком смысле), линии разграничения здесь: 1) частность-всеобщность; 2) выбор акцента в словосочетании «социальная педагогика». Нельзя не отметить правомерность обоих подходов, как семантически, так и логически укладывающихся в название науки. Однако разноплановость и разномасштабность имеющихся определений объекта научного познания социальной педагогики все больше не удовлетворяет ученых, именно поэтому в последнее время предпринимаются попытки его структурного упорядочения.

В обобщенном предмете возможно выделение относительно ограниченного, «узнаваемого» специалистами, «стержневого» круга проблем (направлений), являющихся своего рода гарантией самостождественности социальной педагогики:

- педагогическое содержание социальной работы с различными категориями населения, в различных социокультурных средах, в различных социальных учреждениях разной ведомственной подчиненности (три основания классификации) и с семьей в целом;

- методология, теория, методика социального воспитания различных социально-демографических групп населения;

- историко-педагогическое и проблемно-страноведческое (педагогическое) исследование фактов, явлений, опыта социальной работы;

- профессиональное образование специалистов в области социальной педагогики и социальной работы в России и за рубежом;

- этнопедагогическое и культурологическое содержание социальной работы в условиях мультикультурного общества;

- педагогический потенциал и содержание деятельности «третьего сектора» - негосударственных общественных объединений и волонтеров;

- содержание профессиональной деятельности, функции, технолого-методический инструментарий специалистов в области социальной педагогики (исследователей, практиков разной специализации, преподавателей);

- науковедение в области социальной педагогики.

В сфере научно-содержательной и научно-организационной в социальной педагогике вызрели предпосылки интенсификации оформления научной структуры более высокого уровня и появления совокупности теорий, отражающих как динамически развивающуюся социально-педагогическую практику, так и новые подходы в области профессионального образования. В социальной педагогике на современном этапе ее разви-

тия разрабатываются концепции, которые в совокупности могут создать современный теоретический базис науки. Однако процесс создания и структурирования научно-содержательного уровня социальной педагогики на современном этапе еще не только не закончен, он должен быть интенсифицирован в силу одновременности развития социальной педагогики как науки, практики и образовательного комплекса, что создает сложности и повышает риск нежелательного направления развития двух последних элементов. Значительные достижения и инновационный опыт аккумулирует современная социально-педагогическая практика. Можно с уверенностью констатировать, что наиболее перспективные педагогические системы, модели и технологии носят ярко выраженный социально-педагогический характер. В диссертационных работах и научных трудах по социальной педагогике сформулированы частные гипотезы, положения, принципы, условия, требования, подходы и прочие специфические для данной познавательной отрасли теоретические знания, отличительная черта которых состоит в том, что они не все эмпирического происхождения; формируется концептуальный словарь социальной педагогики.

Все это позволяет выделить приоритетные системообразующие функции социальной педагогики, развитие которых интенсифицирует процесс оформления социальной педагогики в научную дисциплину, - такие, как: отражения современной социально-педагогической практики, развития методологического и теоретического знания, формирования структуры научного знания, программно-целевого планирования развития социально-педагогического знания.

Социальная педагогика: 1) по группе предметной области знания - гуманитарная, 2) по способу отражения сущности знания - феноменологическая, 3) по формам мышления - эмпирическая наука. Это относительно самостоятельная отрасль общей педагогики и теоретический фундамент некоторых направлений социальной работы, настолько важных в социальной работе, что можно говорить о новом разделе и социальной педагогики, и социальной работы - педагогика социальной работы.

Социальная педагогика – достаточно развитая научная отрасль педагогики, которая практически полностью воспроизводит структуру всей науки – в ней выделяются фундаментальные и прикладные разделы, научно-эмпирические, междисциплинарные, интегративные области, научные направления, течения, создана система специальной подготовки и определения научной специализации исследователей, вспомогательные научные структуры (регулярные издания, ассоциации и т.п.). Развитие социальной педагогики как науки идет по пути усложнения научно-содержательной структуры. Ее дальнейшее развитие и оформление в частную научно-педагогическую дисциплину зависит от решения ряда проблем фундаментального и научно-организационного характера.

Подводя итог, можно вывести заключение о сформировавшемся в обществе понимании опасности, связанной с ослаблением педагогического потенциала семьи и социальной микросреды, и о наличии социального заказа на социальную педагогику как научного фундамента социального развития личности (социальное воспитание), педагогики среды и педагогики социальной работы (три основных научных области социальной педагогики).

Безусловно, не все разделы социальной педагогики развиты на одинаковом уровне. Это обусловлено как имеющимися проблемами в развитии науки и практики, так и научными интересами лидеров новых направлений, огромным объемом эмпирического исследовательского материала. Системный взгляд на состояние науки, практики и профессионального образования сейчас особенно важен и позволит более ясно увидеть перспективы их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дистервег А. Избранные педагогические сочинения. - М.: Учпедгиз, 1956. - 373 с.
2. Крупенина М.В., Шульгин В.Н. В борьбе за марксистскую педагогику. - М., 1929.
3. Наторп П. Социальная педагогика. - СПб., 1991.
4. Педагогическая энциклопедия. В 4-х тт. Т.4. - М.: Сов. энциклопедия, 1968. - С. 43.
5. Пирогов Н.И. Вопросы жизни // Хрестоматия по истории школы и педагогики в России. - М., 1986. - С. 150-166.
6. Ушинский К.Д. Собр. соч.: В 2-х тт. - М., 1952.
7. Шацкий С.Т. Избранные педагогические сочинения. В 2-х тт. / Под ред. Н.П. Кузина, М.Н. Скаткина, В.А. Шацкой. - М.: Педагогика, 1980.
8. Шацкий С.Т. Изучение деревни и социальная педагогика // Пед. соч. в 4-х тт. - Т.3. - М., 1964. - С. 242-243.
9. Шульгин В.Н. Основные вопросы социального воспитания. 2-е изд. - М.: Работник просвещения, 1924. - 127 с.

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

А. А. Северный

ПРИМЕНЕНИЕ ПАКСИЛА (ПАРОКСЕТИНА) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)¹

Научный центр психического здоровья РАМН. Москва.

Паксил (пароксетин)² является одним из наиболее широко применяемых представителей антидепрессантов т.н. третьего поколения – селективно ингибирующих обратный захват серотонина (СИОЗС) пресинаптической мембраной и, соответственно, усиливающих действие серотонина на постсинаптическую мембрану, причем по непосредственно ингибирующему действию паксил превосходит другие СИОЗС [21, 62, 70]. За 10-летний срок практического использования паксила его фармакологические характеристики и клинические свойства на взрослой популяции исследованы достаточно глубоко. Установлено, что в стандартной дозе (20-30 мг) он не влияет существенно на глубину и продолжительность сна [65], не угнетает психомоторные функции и не потенцирует действие алкоголя [48], не изменяет гормональный профиль [66], не нарушает гемодинамические функции [73]. Длительный период полувыведения препарата позволяет назначать его в большинстве случаев 1 раз в сутки; отсутствие активных метаболитов значительно сокращает вероятность соматических и психических побочных эффектов [20].

По спектру клинического действия паксил относится к антидепрессантам сбалансированного действия с высоким уровнем эффективности, сопоставимым с действием трициклических антидепрессантов при отсутствии свойственных последним антихолинэргических побочных действий [21], что позволяет практически исключить какие-либо соматические противопоказания для его применения. Универсальность клинического спектра паксила – сочетание тимоаналептического, анксиолитического, активизирующего и антифобического эффектов [17] – и хорошая переносимость позволяют применять его не только при различных видах депрессий [19, 27, 28, 33, 35] у стационарных [32] и амбулаторных [9, 18, 23] психически больных, но и для лечения депрессивных расстройств в общесоматической практике [11, 13]. Установлена и возможность профилактического действия паксила в отношении рекуррентных депрессивных эпизодов [50]. Паксил эффективен при тревожных расстройствах [25, 36, 37, 42, 54, 67, 68, 69], при панических атаках [7, 22, 24, 76] и посттравматическом стрессовом расстройстве [43, 71], а также применяется для купирования депрессивной симптоматики в структуре абстинентного синдрома [4, 14]. Считается, что паксил улучшает качество жизни депрессивных больных, причем их повышение самооценки может опережать объективно фиксируемый регресс проявлений депрессии [34].

Особый интерес в контексте нашего обзора вызывает возможность использования паксила в общей медицине для лечения не только собственно аффективной патологии, сочетающейся с соматической, но и расстройств настроения, закономерно сопутствующих тем или иным функциональным вегетативным, психосоматическим нарушениям и органическим заболеваниям. В частности, паксил с успехом применяется при хронических болевых синдромах [5], при предменструальной дисфории [53] и психических и вегетативных климактерических расстройствах [2], в т.ч. вызванных экстирпацией яичников [30]. В силу незначительно выраженного вегетотропного действия паксил используется для коррекции настроения и поведения больных с функциональной и органической сердечной патологией [3], при бронхиальной астме [12]. Есть данные о его использовании и у больных рассеянным склерозом [16].

Применение паксила у депрессивных больных юношеского возраста [26] показало его несомненную терапевтическую эффективность и при глубоких, и при средней тяжести депрессиях, но и выявило некоторые особенности реагирования на препарат более молодых больных по сравнению со взрослыми – практическое отсутствие седативного действия, более значительную выраженность активирующего действия на начальном этапе терапии с опасностью усиления проявлений тревоги, появление некоторых побочных явлений, не свойственных больным более старшего возраста (затруднение мочеиспускания).

¹ © GlaxoSmithKline, 2002.

² Одобрено Фармакологическим Государственным Комитетом Минздрава РФ 22.03.99; регистрационный номер - П-8-242 № 008799.

При очевидных достоинствах описываемого препарата, более высоком, по сравнению со взрослыми больными, клиренсе [45], отсутствии данных о закономерно возникающих с высокой частотой выраженных побочных явлениях или осложнениях, в т.ч. при передозировках³, паксил не приобрел до сих пор систематического употребления в детско-подростковой психиатрии.

В литературе преобладают данные о единичных случаях успешного применения препарата у детей и подростков: при дистимии [61], тревоге с селективным мутизмом [54], депрессии в сочетании с *acne vulgaris* [58], социальной фобии [56], трихотилломании [39], энурезе [59], синдроме Дауна [64], умственной отсталости [57].

Сообщается об успешном применении паксила у подростков при суицидоопасных депрессиях [8], при лечении тикозных расстройств, в т.ч. синдрома Жиля де ля Туретта [31]. В последнем случае положительный эффект сопоставим с таковым при традиционной нейролептической терапии и связан, очевидно, с анксиолитическим действием паксила. Интересно, что полностью совпадающий с полученным в предыдущем исследовании уровень эффективности (76% больных с улучшением) отмечен в отношении вспышек ярости и агрессии у больных с синдромом Жиля де ля Туретта, получавших монотерапию паксилом [40]. Отмечено снижение субъективных и объективных показателей агрессивности у 12 из 19 стационарных больных подростками с различными психиатрическими диагнозами, получавших различные СИОЗС, в т.ч. паксил [41].

Лечение депрессивных расстройств у 27 подростков 13-15 л. с различными диагнозами в психиатрическом стационаре [15] показало его несомненную эффективность при практическом отсутствии побочных явлений, в т.ч. у больных с резидуально-органическим поражением ЦНС и с токсикоманией. Также эффективным оказался паксил при амбулаторном лечении депрессий у 30 детей и подростков, причем у большинства (66,7%) положительный эффект был получен уже на минимальной дозе 10 мг в день; хорошая переносимость и значительное улучшение у подавляющего большинства пациентов были продемонстрированы и на более высокой дозе – 20 мг в день [46].

В исследовании В.М. Волошина, 2002 [6], 25 подростков в возрасте 15-17 л. с диагнозами социальной фобии, депрессивного эпизода, расстройства адаптации, обсессивно-компульсивным расстройством получали паксил в дозе 20-40 мг в сутки в виде монотерапии. Наибольший эффект получен при депрессивных расстройствах, социальной фобии и расстройстве адаптации, причем отмечено нарастание терапевтического результата при длительном лечении (до 24 нед.) с повышением уровня ремиссии и улучшением качества жизни. Отмечена опасность рецидива психопатологической симптоматики с появлением массивных вегетативных расстройств при резкой отмене препарата после длительной лекарственной ремиссии. Побочные явления (в 40% случаев) возникали в основном на начальных этапах терапии и не требовали ее прекращения или дополнительной лекарственной коррекции.

Очевидными недостатками цитированных работ являются открытый характер испытаний препарата, многочисленность исследованных групп больных (до 30 чел.), отсутствие сопоставления с антидепрессантами других групп (трициклическими и пр.). Но при этом и в исследованиях на больших массивах больных, построенных по строгим методическим клинико-фармакологическим критериям, получены вполне обнадеживающие результаты. С. Gagliano, 1999 [47], сообщил о значимо лучшем эффекте паксила у 275 депрессивных подростков по сравнению с имипрамином и плацебо, полученном в двойном слепом клиническом исследовании, причем отмечен более низкий риск отказа от терапии и лучшая переносимость паксила по сравнению с имипрамином.

В мультицентровом исследовании, проведенном большой группой авторов [44, 72] 167 детей (8-11 л.) и 168 подростков (12-17 л.) с диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства получали паксил в дозах от 10 до 60 мг в день в течение 16 нед. с последующим плацебо-контролем двойным слепым методом в такие же сроки. Получены статистически достоверные данные в отношении эффективности паксила (уменьшение патологической симптоматики на открытом этапе и ее усиление на этапе плацебо-контроля). Отмечен низкий уровень прерывания терапии вследствие агрессивности – 2,7%, гиперкинезии – 2,1%, возбуждения – 1,8%. Побочные эффекты в целом возникали с такой же частотой и были такими же, как сообщалось у больных зрелого возраста, и оказались более выражены в младшей группе больных по сравнению с подростками (соответственно, ажитация в 11,4% и 3,6%, гиперкинезия в 14,4% и 8,3%, мания в 4,2% и 0,6%, миоклонии в 9,6% и 4,8%). При этом у больных с побочными эффектами терапии, как правило, диагностировались коморбидные расстройства в виде дефицита внимания с гиперкинетическим расстройством, тиков, дистимии, генерализованной тревоги, девиантного поведения. Авторы считают, что паксил достаточно безопасен и может употребле-

³ Сообщается об употреблении паксила детьми в возрасте от 10,5 мес. до 5 л. (в дозе 10-120 мг) и от 6 до 17 л. (в дозе от 10 до 800 мг), всего 35 случаев, без каких-либо выраженных токсических последствий [60].

ляться у детей и подростков в дозах 10-60 мг в сутки.

В другом мультицентровом исследовании (10 центров в США и 2 в Канаде) [52] 275 больных в возрасте от 12 до 17 л., диагностированных по критериям DSM-IV как страдающие большой депрессией (исключены биполярное расстройство, шизоаффективное расстройство, расстройство питания, аутизм и другие нарушения развития, обсессивно-компульсивное расстройство, органическое поражение ЦНС, посттравматическое стрессовое расстройство, актуальные суицидальные идеи, суицидальные попытки в анамнезе, употребление других психотропных средств), получали амбулаторно в течение 8 недель двойным слепым методом либо паксил в дозе 20-80 мг в день (93 чел.), либо имипрамин в дозе 50-200 мг в день (95 чел.), либо плацебо (87 чел.). Все три группы были идентичны по демографическим и диагностическим характеристикам. Позитивный эффект паксила оказался статистически более значимым по сравнению не только с плацебо, но и с имипрамином по различным шкальным оценкам. Что касается побочных эффектов, то со стороны сердечно-сосудистой системы они оказались одинаково незначимы для паксила и плацебо при значительной выраженности для имипрамина и сопоставимы для паксила и имипрамина со стороны других сфер (пищеварительной, нервной систем и др.). Наиболее частыми побочными эффектами на лечении паксиком были головные боли (34,4%), тошнота (23,7%), головокружение (23,7%), сухость во рту (20,4%), сомнолентность (17,2%). Значительно выраженные побочные эффекты на лечении паксиком отмечены у 11 больных (11,8%), из них 7 были госпитализированы в связи с усилением аффективной симптоматики, поведенческих нарушений и возникновением гипомании. Из больных, получавших имипрамин, госпитализированы 5 чел. Таким образом, авторы считают, что паксил эффективен для лечения депрессии у подростков и хорошо ими переносится.

Наконец, следует остановиться на факторах, препятствующих применению паксила при лечении детей и подростков. Основным является опасение таких побочных эффектов и осложнений, описанных в единичных случаях при использовании СИОЗС у несовершеннолетних, как серотониновый синдром [38, 51], синдром лобной доли [48], гипомания и обсессивно-компульсивные расстройства, усиление суицидальных тенденций [74, 75], аффективной симптоматики и девиантного поведения [63].

Специфическим для нашей страны препятствием является, помимо отсутствия нормативных документов по использованию у детей и подростков СИОЗС, их высокая продажная стоимость, что крайне затрудняет назначение в т.ч. паксила в амбулаторной практике, поскольку большинство населения по уровню доходов не может позволить себе лечить своих детей эффективными, но относительно дорогостоящими лекарствами. В то же время здесь и психиатрам, и родителям маленьких пациентов следует принимать во внимание соотношение цены и качества (более высокую эффективность по сравнению с рутинными антидепрессантами, меньший риск неудачи и прекращения лечения из-за побочных эффектов препарата, более высокое его быстродействие), что позволяет менее пессимистично смотреть на данную проблему [10]. Применение паксила у детей и подростков должно оказаться тем более оправданным, что, как показано выше, он высоко эффективен в общесоматической практике, а хорошо известно, что именно в детстве масса психопатологических, в первую очередь аффективных расстройств, зачастую скрывается под маской соматовегетативной патологии [1, 29] и подобные больные являются пациентами преимущественно детских поликлиник и педиатрических стационаров.

Что касается официального нормирования применения современных психотропных средств у детей и подростков, то здесь остается лишь надеяться на то, что функционеры от Минздрава РФ когда-нибудь озаботятся по-настоящему проблемой сохранения психического здоровья нашего подрастающего поколения и создадут наконец эффективный быстродействующий государственный механизм внедрения этих лекарственных препаратов в практику службы психического здоровья детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб, «Речь». 2002: 560 с.
2. Бахарева Ю.Ю., Шадрин И.В., Окраинская Л.Н. Психопатологические проявления климактерического синдрома // Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств. Челябинск. 2000; 7-8.
3. Верткин А.Л., Тополянский А.В., Любшина О.В. Применение антидепрессантов в кардиологии // Лечащий Врач. 2001; 7: 34-9.
4. Винникова М.А. Клиническая характеристика постабстинентного состояния при героиновой наркомании и его лечение // Вопросы наркологии". 1999; 3: 27-34).
5. Вознесенская Т.Г., Вейн А.М. Хроническая боль и депрессия // Психиатрия и психофармакология. 2000; 2, 4: 4-7.
6. Волошин В.М. Эффективность пароксетина (паксила) в терапии расстройств адаптации у подростков

// Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002; 2: 32-6.

7. Воробьева О.В. Паническое расстройство: подходы к диагностике и терапии // <http://www.pan-at.narod.ru> / «Панические расстройства». 2002.

8. Вроно Е.М. Подростковые депрессии // Медицина для всех. 1997; 4, 2: 24-5.

9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Паксил: амбулаторное лечение депрессий // Социальная и клиническая психиатрия. 1997; 7, 1: 62-7.

10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Алдонин Ф.Н. и др. Фармакоэкономические аспекты лечения депрессивных состояний паксилом // Социальная и клиническая психиатрия. 1998; 8, 1: 55-62.

11. Дробижев М.Ю., Сыркин А.Л., Иванов С.В. и др. Пароксетин при лечении депрессий у больных общесоматического стационара // Психиатрия и психофармакология. 2000; 2, 4: 114-6.

12. Дробижев М.Ю., Овчаренко С.И., Ищенко Э.Н. и др. Пароксетин при лечении депрессивных и тревожно-фобических расстройств больных бронхиальной астмой (пилотное исследование) // Пульмонология. 2002; 12, 3.

13. Дубницкая Э. Б., Андрющенко А. В. Терапия депрессивных расстройств в общемедицинской практике // РМЖ, Современная психиатрия. 1998; 1, 2.

14. Иванец Н.Н. Наркология без наркотиков // Фармацевтический вестник. 1999; 161, 10.

15. Калачева И.О., Мазур А.Г. Клиническое действие паксила (парокситена) при лечении депрессий у подростков 13—15 лет // Психиатрия и психофармакология. 2002; 4, 1: 31-2.

16. Коваленко П.А., Шаманский С.В., Базий Н.И. Современные методы лечения рассеянного склероза // Сайт: БОТОКС В РОССИИ.

17. Костюкова Е.Г. Паксил – поливалентность клинического действия // Психиатрия и психофармакология. Приложение № 1. 2000: 7-11.

18. Кузьмина И.Л., Беликов М.И. Применение пароксетина (паксила) в психоневрологическом диспансере // <http://www.pan-at.narod.ru/> 1998.

19. Магалиф А.Ю. Клинический разбор. Эпилепсия или шизофрения? // Русский Медицинский Сервер. Клиническая психиатрия и сексология. 1999.

20. Морозов П.В. Пароксетин (паксил) в клинической практике (обзор литературы) // Психиатрия и психофармакология. 2001; 3, 5: 168-71.

21. Мосолов С.Н. Применение современных антидепрессантов в терапии депрессий // Психиатрия и психофармакология. Приложение № 1. 2000: 4-7.

22. Мосолов С. Н., Смулевич А. Б., Нуллер Ю. Л. и др. Клиническая эффективность и переносимость паксила (пароксетина) при лечении панического расстройства // Терапевтический архив. 2000; 10: 16-22.

23. Музыченко А.П., Богдан А.Н. Комбинированное применение антидепрессантов с избирательным обратным захватом серотонина в амбулаторной практике // РМЖ, Современная психиатрия. 1999; 2, 1.

24. Нуллер Ю.Л. Результаты российского исследования паксила при панических атаках // Психиатрия и психофармакология. Приложение № 1. 2000: 11-2.

25. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4, 2: 46-8.

26. Олейчик И.В., Артюх В.В., Крылова Е.С. Терапия эндогенных депрессий юношеского возраста // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4, 4: 150-3.

27. Пантелеева Г.П., Корнев А.Н., Хананашвили М.М. и др. Особенности клинического действия паксила при лечении эндогенных депрессий // Ж. неврол. и психиатр. 1998; 98, 6: 26-31.

28. Пантелеева Г.П., Абрамова Л.И., Корнев А.Н.. Ингибиторы обратного захвата серотонина в лечении разных типов эндогенных депрессий // Журнал неврол. и психиатр. 2000; 100, 3: 36-41.

29. Северный А.А., Баландина Т.А., Брутман В.И. и др. Опыт семейной терапии при психосоматической патологии у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002; 2: 36-41.

30. Стенина М. Б. Новое в диагностике и лечении рака молочной железы // Российский Онкологический WWW-сервер. Библиотека. Практическая онкология. 2000.

31. Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д., Сурушкина С.Ю. и др. Опыт использования паксила в лечении тикозных расстройств у подростков // В печати. Предоставлено Glaxo SmithKline.

32. Шейфер М.С., Цыбина М.И., Пешков А.Б. Опыт клинического применения пароксетина (паксила) при лечении депрессивных расстройств в условиях психиатрического стационара // Психиатрия и психофармакология. Приложение № 1. 2000: 12-4.

33. Шмуклер А.Б. Применение паксила (пароксетина) в клинической практике // Социальная и клиниче-

ская психиатрия. 1997; 7, 1: 68-75.

34. Шмуклер А.Б. Качество жизни приходит в психиатрию // Медицина для всех. 1997; 4, 2: 22-3.

35. Шумская К.Н. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности) // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2000.

36. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ et al. Paroxetine in social phobia / social anxiety disorder // British J of Psychiatry. 1999; 175: 120-6.

37. Baldwin D. Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in generalised anxiety disorder // J of the European College of Neuropsychopharmacology. Oct 2001; 11, Suppl 3: S158.

38. Benzick JM. Serotonin syndrome preceding pseudoseizures in an adolescent // Psychosomatics. 2001 Sep-Oct; 42(5): 441-3.

39. Block C, West SA, Baharoglu B. Paroxetine treatment of trichotillomania in an adolescent // J Child Adolesc Psychopharmacol. 1998; 8(1): 69-71.

40. Bruun RD, Budman CL. Paroxetine treatment of episodic rages associated with Tourette's disorder // J Clin Psychiatry. 1998 Nov; 59(11): 581-4.

41. Constantino JN, Liberman M, Kincaid M. Effects of serotonin reuptake inhibitors on aggressive behavior in psychiatrically hospitalized adolescents: results of an open trial // J Child Adolesc Psychopharmacol. 1997 Spring; 7(1): 31-44.

42. Culpepper L. Generalized anxiety disorder in primary care: emerging issues in management and treatment // J Clin Psychiatry. 2002; 63, Suppl 8: 35-42.

43. Davidson JRT, Stein D, Hewett K et al. Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) // J of the European College of Neuropsychopharmacology. Oct 2001; 11, Suppl 3: S305.

44. Emslie GJ, Wagner KD, Birmaher B et al. Safety and efficacy of paroxetine in the treatment of children and adolescents with OCD // APA Congress, 2000. Материал предоставлен Glaxo SmithKline.

45. Findling RL, Reed MD, Myers C et al. Paroxetine pharmacokinetics in depressed children and adolescents // Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999 Aug; 38 (8): 952-9.

46. Findling RL, Myers C, O'Riordan MA et al. An open-label dosing study of paroxetine in depressed children and adolescents // Curr Ther Res Clin Exp. 2002; 63(9): 588-601.

47. Gagliano C. Paroxetine in Adolescent Depression // XI World Congress of Psychiatry, Abstracts Volume II. August 1999: 111.

48. Garland EJ, Baerg EA. Amotivational syndrome associated with selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents // J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001 Summer; 11(2): 181-6.

49. Hawley CJ, McPhee S, Quick SJ et al. A review of the psychomotor effects of paroxetine // Int Clin Psychopharmacol. 1997, Jan, 12, 1: 13-8.

50. Isaac M. Prevention of Relapse and Recurrence in Depression: Efficacy of Paroxetine // XI World Congress of Psychiatry, Abstracts Volume II, August 1999: 120.

51. Isbister GK, Dawson A, Whyte IM et al. Neonatal paroxetine withdrawal syndrome or actually serotonin syndrome? // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2001 Sep; 85(2): F147-8.

52. Keller MB, Ryan ND, Strober M et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jul; 40(7): 762-72.

53. Landin M, Ysander C, Sorvik K et al. A placebo-controlled study of the efficacy of intermittent and continuous treatment with paroxetine for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) // J of the European College of Neuropsychopharmacology. Oct 2001; 11, Suppl 3: S308.

54. Lehman RB. Rapid resolution of social anxiety disorder, selective mutism, and separation anxiety with paroxetine in an 8-year-old girl // J Psychiatry Neurosci. 2002 Mar; 27(2): 124-5.

55. Liebowitz MR, Stein MB, Tancer M et al. A randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in the treatment of generalized social anxiety disorder // J Clin Psychiatry. 2002 Jan; 63(1): 66-74.

56. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM et al. Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents: a case series // Depress Anxiety. 1999; 10(1): 33-9.

57. Masi G, Marcheschi M, Pfanner P. Paroxetine in depressed adolescents with intellectual disability: an open label study // J Intellect Disabil Res. 1997 Jun; 41 (Pt 3): 268-72.

58. Moussavian H. Improvement of acne in depressed patients treated with paroxetine // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 May; 40, 5: 505-6.

59. Murray ME. Treatment of enuresis with paroxetine // J Dev Behav Pediatr. 1997 Dec; 18(6): 435-6.

60. Myers LB, Krenzelok EP. Paroxetine (Paxil) overdose: a pediatric focus // *Vet Hum Toxicol.* 1997 Apr; 39(2): 86-8
61. Nobile M, Bellotti B, Marino C et al. An open trial of paroxetine in the treatment of children and adolescents diagnosed with dysthymia // *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; 10(2): 103-9.
62. Owens MJ, Knight DL. Human monoamin transporter binding profile of SSRIs // *American Psychiatric Association 2000 Annual Meeting: The Doctor-Patient Relationship: New Research Abstract*, Chicago. 2000 May 13: 144-5.
63. Parsons M. Paroxetine in adolescent major depression (Letter to the Editor) // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 April; 41, 4: 364.
64. Ramstad K, Loge JH, Sponheim E. Depression and Down syndrome // *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1998 May 30; 118(14): 2153-4.
65. Schloesser R, Roeschke J, Rossbach W et al. Conventional and spectral power analysis of all-night sleep EEG after subchronic treatment with paroxetine in healthy male volunteers // *Eur Neuropsychopharmacol.* 1998; 8; 273-8.
66. Schloesser R, Wetzel H, Doerr H. et al. Effects of subchronic paroxetine administration on night-time endocrinological profile in healthy male volunteers // *Psychoneuroendocrinology.* 2000 May; 25, 4; 377-88.
67. Stein MB, Liebowitz MR, Lydiard RB et al. Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder) // *JAMA.* August 26, 1998; 280, 8: 706-13.
68. Stein DJ, Hunter B, Rolfe T. et al. Paroxetine in social anxiety disorder: A remission analysis // *J of the European College of Neuropsychopharmacology.* 2002; 12, Oct, Suppl 3: S347.
69. Stocchi F, Nordera G, Jokinen R et al. Paroxetine treatment of generalised anxiety disorder (GAD): Remission status // *J of the European College of Neuropsychopharmacology.* October 2001; 11, Suppl 3: S307.
70. Thomas DR, Nelson DR, Johnson AM. Biochemical effects of the antidepressant paroxetine, a specific 5-hydroxytryptamine uptake inhibitor // *Psychopharmacology (Berl).* 1987; 93, 2: 193-200.
71. Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R et al. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial // *J Clin Psychiatry.* 2001 Nov; 62(11): 860-8.
72. Wagner KD, Emslie GJ, Birmaher B et al. Safety of paroxetine in the treatment of children and adolescents with OCD // *APA Congress, 2000.* Материал предоставлен Glaxo SmithKline.
73. Warrington SJ, Lewis Y. Cardiovascular effects of antidepressants: studies of paroxetine in healthy men and depressed patients // *Int Clin Psychopharmacol.* 1992; Jun, 6, Suppl. 4: 59-64.
74. Weintrob A. Paxil and self-scratching (Letter to the Editor) // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001 Jan; 40, 1: 5.
75. Weintrob A. Paroxetine in adolescent major depression (Letter to the Editor) // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 April; 41, 4: 363.
76. Westenberg HGM. Therapeutic options in panic disorder // *Eur Psychiatry.* 1995; 10, Suppl 2: 67s-70s.

Н. К. Кириллина, Ю. С. Шевченко

ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТИВНОГО МУТИЗМА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА **Российская медицинская академия последипломного образования. Москва.**

Элективный мутизм у детей (ЭМ) – сравнительно редкое и малоизученное заболевание в современной психиатрии. В МКБ-10 «элективный мутизм» включен в главу 10 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», раздел «Расстройство социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте (F94)». Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным); 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна; 3) длительность расстройства свыше 4 недель; 4) отсутствуют общие расстройства развития (F84); 5) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь.

По данным большинства сообщений, средний возраст возникновения ЭМ составляет 5 лет, что совпадает с поступлением в детский сад или школу. Средняя продолжительность заболевания от нескольких месяцев до

2 лет. Частота во всей популяции детей и молодежи составляет 0,02%, а среди детей, получающих психиатрическую помощь, – около 0,2%. Чаще болеют девочки (1,9:1). Основным симптомом ЭМ является отказ от речи в определенных ситуациях. Чаще всего эти дети не разговаривают с незнакомцами (преимущественно взрослыми) или за пределами дома. Дети могут говорить с ближайшими родственниками и сверстниками. Часто мутизм бывает связан только со школой, дети могут молчать в присутствии некоторых или всех учителей или только в классной комнате [2, 3, 9, 10, 26, 29, 34, 35, 36, 40, 44, 46, 48, 66, 80].

Специалисты лечение ЭМ до настоящего времени относят к сложному и длительному. Существуют различные объяснения трудности лечения ЭМ. Одна из причин, возможно, заключена в том, что мутизм прочно закреплен до того, как ребенок обратился за помощью [85]. Многие работы выявляют вторую возможную причину – это то, что данный феномен, кажущийся на первый взгляд простым, на самом деле гораздо сложнее.

Для лечения этого нарушения используются большой выбор психотерапевтических методов и, с недавних пор, фармакологическое вмешательство [7, 27, 58]. В психотерапии существуют два основных направления: поведенческая и психодинамическая. К сожалению, большинство сообщений о лечении были описаниями единичных случаев. Во многих из этих сообщений процедуры не были достаточно описаны, измерения исходов не были объективны или стандартизованы, альтернативное объяснение ремиссий и симптомов не изучалось, и было очень мало сообщений о неудачных случаях. Только 2 исследования лечения ЭМ в сравнении с контрольной группой были обнаружены в литературе.

Самые ранние попытки лечения ЭМ проводились *психодинамическими методами* [69, 75, 32, 36, 88, 64, 13, 15, 47, 49]. В центре такого подхода находится тезис о том, что проблема ребенка с ЭМ не является в первую очередь проблемой коммуникации. Психодинамическая теория характеризует ЭМ как проявление психоаналитических конфликтов, и лечение фокусируется на разрешении этих конфликтов, лежащих в его основе. Например, Radford P. [69] выявила разнообразные страхи у Роба, 6-летнего мальчика с ЭМ, – страх собак, лестниц, одиночества. Она считала, что, когда ребенок еще только начинал ходить, он чувствовал себя нелюбимым и отвергнутым. Он сердился на враждебный мир, контролируя его посредством воздержания от шума и речи. В то же самое время он держал под контролем деструктивную силу своих собственных агрессивных фантазий, которых он очень боялся. Эти сильные амбивалентные чувства были связаны с Эдиповым комплексом, страхом, который внушал отец и страхом потери матери. За Робом наблюдали в течение 3 лет, сеансы психотерапии проводились 1 раз в неделю. Все это время работа была направлена на то, чтобы дать ему возможность повторно пережить и решить внутренние конфликты в ситуации безопасного переноса отношений с терапевтом.

Проблема при использовании психодинамического метода заключается в том, что мутизм у ребенка продолжает сохраняться вследствие того, что в центре внимания находятся другие, не речевые, проблемы. Многие терапевты обнаружили, что они вынуждены работать с такими детьми невербально, даже обучать их новым неречевым способам коммуникации. Неизбежный эффект заключается в подкреплении их мутизма [75, 32, 88]. Другой существенный момент заключается в длительности самого лечения – от нескольких месяцев до нескольких лет [69, 25, 13, 61].

В связи с тем, что невербальные способы общения имеют столь решающее значение при психодинамической терапии детей с ЭМ, были сделаны попытки использовать *арттерапию* как основное лечение [27], но чаще она использовалась в комбинации с другими видами психотерапии [45, 64, 25, 57, 11]. При лечении искусством зрительные визуальные образы играют центральную роль. Некоторые авторы рассматривают их как средство релаксации и отвлечения от тревожащих мыслей, другие подчеркивают их роль как способа передачи самых глубоких чувств. Для некоторых детей зрительные образы являются менее прямым и поэтому менее пугающим средством общения, чем речь.

На ранних этапах развития подходов к лечению ЭМ использовалась также и *речевая терапия*, так как у значительного процента больных присутствуют проблемы с артикуляцией, заикание и другие речевые трудности [27, 58, 68]. Речевая терапия, сфокусированная на этих проблемах, может внести вклад в план лечения.

Хотя не было крупных исследований в отношении *семейной терапии* ЭМ, большинство авторов понимают значение вовлечения семьи в лечение [73, 37, 71, 59, 1, 12, 63]. Поскольку причины возникновения мутизма ребенка произрастают из семьи, существующих внутрисемейных отношений, личных и коммуникативных проблем родителей, то без изменений внутри семьи невозможно качественное улучшение состояния ребенка. Среди причин неспособности родителей самим помочь своим детям часто указываются анозогнозия проблем ребенка, собственная застенчивость в отношении социальных взаимодействий вне дома, болезни родителей или нехватка времени. Большинство исследователей считает, что наилучший эффект достигается

путем сочетания семейной и поведенческой психотерапии.

Сообщений об успешной *групповой терапии* мало [14, 20, 4, 8]. Авторы высказывают мнение, что дети раньше прекращают молчать в группе с детьми того же возраста, чем при индивидуальном лечении.

Также имеются убедительные аргументы в пользу того, что работу с маленькими детьми следует выполнять у них дома, по крайней мере, в начале курса коррекции. Для старших детей, особенно ригидных в отношении коррекции, некоторые авторы рекомендуют стационарирование в психотерапевтические отделения [43, 84, 27]. Они подчеркивают терапевтическую действенность перемены окружения, позволяющую исключить поддерживающее мутизм влияние семьи. В статье Wernitznig H. [84] описываются 4 правила, которые использовались при стационарном лечении детей с ЭМ: 1) не требовать речь напрямую; 2) не контактировать посредством письма; 3) никто не должен говорить за ребенка с ЭМ; 4) «табу-тема»: родители не должны спрашивать ребенка и врачей - разговаривает ли он.

Наиболее часто применяемой и эффективной в настоящее время остается *поведенческая (бихевиоральная) терапия*. Методы поведенческой терапии для лечения мутизма описаны подробно во многих работах [72, 55, 58, 27, 17, 21, 28, 30, 54, 62, 79]. На первом этапе терапевт пытается установить прямой вербальный контакт с ребенком один на один. Для достижения этой цели вначале необходимо добиться невербального контакта с ребенком в виде реакций на вопросы простым кивком головы, поднятием руки, после чего следует награда в форме сладостей или похвалы. Затем материальные или социальные стимулы используются для подкрепления звуков, произнесения отдельных слов, коротких и все более длинных предложений, чтения вслух и, наконец, свободной беседы с терапевтом. Когда контакт установлен, в ситуацию общения вводится третий человек. Постепенно количество собеседников увеличивается, таким образом осуществляется десенсибилизация к акту общения.

Исследования, проведенные Reed G. [70], показали, что в зависимости от причины элективного мутизма тактика поведенческой терапии будет различной. Он считал, что «перенаучение» ребенка с мутизмом необходимо осуществлять двояко. В той группе детей, где мутизм был видом уклоняющегося поведения, связанного с потребностью внимания (манипулятивное поведение), он предлагал, не акцентируя внимания на молчании, реализовывать другое, позитивно-продуктивное поведение. В другой группе детей, где мутизм являлся защитной реакцией на травмирующую ситуацию общения (сверххраняемое поведение), необходимо установление доверительных и безопасных для ребенка отношений посредством постепенного включения его в коммуникативную деятельность со взрослыми, в больнице, затем с детьми и взрослыми. При этом необходимо совмещать работу семьи и школы в поисках адекватных путей самореализации ребенка.

Kratochwill T. [52] особо подчеркивал значение использования естественных социальных стимулов, когда это удастся. Возможность общения с более широким кругом людей сама по себе приносит удовлетворение так же, как и одобрение родителей. Используются такие социальные вознаграждения, как участие в коллективных играх, выигрывание жетонов и призов в интересах всего класса, участие в вечеринках.

Представляет интерес для выбора коррекционной тактики и внутренняя картина болезни при ЭМ. Так, в описании Mora G. et al. [64] одна из двух девочек-близнецов в процессе положительной динамики стала легко говорить с ранее незнакомыми людьми, тогда как с теми, кто ее знал раньше, продолжала молчать. Ее сестра, также продолжающая молчать в школе, написала, что просто боится, что скажут люди, если она начнет говорить. В другом случае мальчик признался, что продолжает молчать в школе из-за опасения, что на него рассердятся учитель или одноклассники, если он обнаружит свою способность к речи. Со своим новым наставником при этом он общался без затруднений. Таким образом, отказ от молчания в привычном окружении равносильно для них признанию в симуляции, подлежащей осуждению.

В различных методиках используются самые разнообразные *вспомогательные средства*. Наиболее частыми являются те вспомогательные средства, которые дают возможность осуществлять общение без визуального контакта, например, телефон, куклы, маски, лабиринты из пустых коробок, аудио- и видеозапись [61, 19]. Чтение вслух или декламация стихотворения, записанные на магнитофон в привычной для ребенка обстановке, озвучиваются в его присутствии в классе или группе знакомых сверстников [82, 19].

Первое сообщение об использовании *гипноза* было отрицательным [81], и в последующем не появилось подробных описаний успешного применения гипноза. Bozigar J. and Hansen R. [20] сделали методы релаксации и упражнения с глубоким дыханием постоянной частью лечения детей с ЭМ. Goll K. [37] опубликовал короткое сообщение о неформальном вмешательстве, имевшем положительный эффект, которое проводил любитель-гипнотизер. В.В. Ковалев [6] указывал, что при наличии страха речи у повышенно тормозимых детей целесообразно внушать успокоение, уменьшение и отсутствие страха речи, а при истерических формах

мутизма и невротических реакциях – необходимость восстановления речи, возникновение потребности говорить и общаться. Перспективным представляется применение так называемого «материнского гипноза» в различных его вариантах [8].

Подход к лечению ЭМ, разработанный Wright H. [86], соединяет в себе эмпатические (сочувствующие) вмешательства, твердые поведенческие ожидания, вовлечение семьи и тесную связь со школой. В первичный контакт входит тщательная психиатрическая оценка, включая факторы развития, семейные и медицинские факторы.

Cline T. and Baldwin S. [27] разработали схему различных уровней вмешательства в зависимости от выраженности мутизма, опираясь на работы Cunningham et al. (1983) и Labbe E. and Williamson D. [55].

Вариант	Выраженность мутизма	Уровень вмешательства
1	Редко говорит с большинством людей во всех ситуациях, часто шепотом, неуверенно; «нежелательный говорить»	1. Сдержанное вмешательство с использованием умения справляться со случайностями в классе и вовлечением одноклассников
2 «а»	Говорит только с одним или несколькими людьми в большинстве ситуаций или только в одной ситуации.	2. Стратегия с ослаблением стимула + первая стратегия
2 «б»	Говорит только с одним человеком или с очень небольшим количеством в одной ситуации.	2. Сначала стратегия 2 в одной обстановке (дома), затем в других ситуациях
3	Не говорит ни с кем, ни в каких ситуациях.	3. Стимулирование ответов + 2 стратегия + 1 стратегия

При лечении детей с трудностями в обучении применяется *шейпинг*. Он включает анализ того навыка, достижение которого ставится целью, разделение его на этапы и постепенное подкрепление каждого этапа. В случае, описанном Austad L. et al. [16], эта последовательность заключалась в открывании рта, произнесении простых звуков с открытым ртом, вербализации гласных, согласных звуков, частей слов, половины имени девочки, полного имени и т.д.

Иногда поведенческую и психодинамическую терапию комбинируют, как в случае, описанном Wassing H. [82, 41, 74]. Сначала он использовал поведенческую терапию для побуждения речи с терапевтом, а затем стал обсуждать причины, по которым пациент молчит в школе. После появления речи с терапевтом стала использоваться поведенческая психотерапия для генерализации речи в школьной ситуации. Лечение заняло около 3,5 лет.

И.В. Добридень [4] предлагает методику, базирующуюся на принципах онтогенетически ориентированной психотерапии, разработанной Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем [5, 8]. Принципиальной идеей этого направления психотерапии является гармонизация личностной структуры ребенка, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем. Это осуществляется за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: оживления онтогенетически ранних, включая и безречевые, форм общения, саморегуляции, мышления, деятельности и активное включение их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых резервов. Одновременно стимулируются более зрелые уровни функционирования, которые находятся в их «зоне ближайшего развития».

Автор [4] выделяет основные позиции психолого-педагогической коррекции ЭМ у детей:

1. Семейно-групповой характер работы, при котором неотъемлемым является участие обоих родителей, особенно отцов.

2. Психолого-педагогическая коррекция ЭМ у детей дошкольного и младшего школьного возраста реализуется на следующих принципах: возврат к онтогенетически более ранним формам коммуникации (невербальные средства общения, в том числе с помощью режима молчания) с целью оживления вербальных и отказа от непродуктивных форм взаимодействия.

3. Моделирование постепенно усложняющихся ситуаций, требующих речевой активности со стороны ребенка.

4. Сочетание коррекции общения с коррекцией поведения посредством бихевиоральных (поведенческих) методов.

5. Активное участие всех членов семьи в индивидуальных и групповых занятиях.

6. Привлечение к коррекционному процессу детского коллектива как необходимого компонента в формировании социально значимых потребностей.

7. Интегративный подход к коррекции ЭМ, подразумевающий использование всего арсенала имеющихся средств воздействия.

В целом, бихевиоральные подходы к коррекции ЭМ у детей, существенно потеснив первоначально преваляровавшие психодинамические методы [52, 53], признаются основными и продолжают развиваться, становясь все более сложными и изощренными.

В литературе имеются небольшое количество сообщений о лечении ЭМ фармакологическими средствами [18, 87, 31, 65, 23, 77]. Основным препаратом, опробованным при лечении детей с ЭМ, является флуоксетин, но в последнее время появились сообщения об использовании сертралина и фенелзина [24, 38, 39]. В статье Wright H. [87] описан случай комбинированного лечения девочки с ЭМ, включавшего семейную, поведенческую, игровую и фармакологическую терапии. Исследование Black B. and Uhde T. [18] с применением флуоксетина двойным слепым методом под контролем плацебо выявило эффективность флуоксетина, по наблюдениям родителей; по наблюдениям же учителей разницы между двумя группами не обнаружено.

Все работы указывают на отсутствие серьезных побочных эффектов у вышеназванных препаратов, а также необходимость дальнейших более долгосрочных и широких исследований фармакологического лечения ЭМ.

Хотя в литературе предлагались многие типы лечебных вмешательств, эти исследования описывали один или небольшое количество случаев [53, 78, 51, 13, 15, 16, 24, 28, 56, 76]. Имеется всего 7 исследований, обобщавших результаты лечения немногим более чем 10 случаев. Можно предположить, что случаи неудачного лечения вообще не сообщаются в литературе и являются причиной неточных показателей чистоты реакции на лечение. Далее, многие из этих мелких исследований не использовали строгие диагностические критерии, в частности, по отношению к длительности мутизма и, таким образом, не исключают случаев транзиторного мутизма с высокой частотой спонтанной ремиссии. Но все же можно сделать выводы о большей успешности поведенческих подходов, чем чисто психодинамических [86]. Browne E. et al. [22], сообщившие о 10 случаях, и Wergeland H. [83], проанализировавший 11 случаев, заключили, что лечение с использованием первичного психодинамического подхода было длительным и затрудненным с плохим, в целом, исходом. Parker E. et al. [67], используя индивидуальную терапию, работу в семье и консультации в школе, сообщили, что все 24 ребенка с ЭМ начали говорить в течение 2 лет от начала лечения. Однако их критерии при поступлении не ориентировались на длительность мутизма и успех определялся как «некоторое использование речи в классе». Kolvin J. et al. [50] в исследовании 24 детей с ЭМ определил 46%, которые показали положительные результаты от выраженного до умеренного улучшения и 54% с небольшим улучшением или отсутствием его. Длительность мутизма и метод лечения четко не были описаны.

Lebrun Y. [58] полагает, что устранение ЭМ не является гарантией того, что социальное поведение будет полностью адекватным. Мутизм исчезает, но он заменяется другим девиантным поведением. Halpern W., Hammond J. and Cohen R. [42] предостерегали от этой опасности и рекомендовали осуществлять программу модификации поведения с должным вниманием к ограниченным адаптационным возможностям ребенка. Если молчание используется ребенком как средство уменьшить свои страхи, то терапевт должен заставить его почувствовать, что речь может быть полноценной альтернативой ослабления тревожного состояния.

Сообщение Wright H. [85] о 24 случаях остается одним из самых крупных исследований в зарубежной литературе с наибольшей успешностью лечения. Последующее наблюдение за 19 пациентами показало, что 79% имели отличный или хороший исход, в то время как 21% имели удовлетворительный или плохой исход, включая 1 случай шизофрении.

Среди причин особой резистентности элективного мутизма называют позднее обращение за помощью [85], сложность психологических механизмов, стоящих за внешней простотой феномена [69], сложность и комплексность развития мутизма, что исключает возможность найти какую-либо одну стандартную и эффективную для всех случаев методику [70].

Являясь проблемой взросления, элективный мутизм имеет тенденцию к саморедукции. Некоторые дети с возрастом «вырастают» из мутизма. В то же время, как подчеркивает Wergeland H. [83], это может произойти тогда, когда «мутист» станет взрослым человеком и проведет некоторый период жизни в новой окружающей обстановке. Однако негативный жизненный и социальный опыт в возрасте активного формирования личности может оставить неизгладимый след на психическом облике и функционировании человека, что делает выживательную позицию неоправданной. Отсюда следует необходимость раннего выявления и своевременного, комплексного и дифференцированного вмешательства.

Таким образом, анализ литературы по лечению ЭМ выявляет **основные проблемы в его коррекции у детей**:

1. Длительность коррекционного воздействия (иногда до нескольких лет), что, возможно, связано с неинтенсивностью самого процесса коррекции.
2. Низкая мотивационная потребность в избавлении от мутизма у родителей и самого ребенка.
3. Низкая доля участия семьи в процессе коррекции.
4. Разработанность поведенческих методов лечения и недостаточная изученность комплексных методик с применением семейной, групповой и других видов психотерапии.
5. Недостаточная изученность фармакологических методов лечения.
6. Отсутствие данных об отдаленном исходе ЭМ у детей, получавших те или иные виды лечебного вмешательства.
7. Отсутствие работ по первичной психопрофилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амусин Г.Л. *Опыт психотерапевтической коррекции школьной дизадаптации с проявлениями элективного мутизма*. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по школьной дизадаптации, 1995: 80-81.
2. Ассоциация детских психиатров и психологов. *Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста*. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 1999.-752 с.
3. Буюнов М.И., Каганская Л.А., Кириченко Е.И. *Мутизм в детском возрасте (история изучения и современное состояние проблемы)*. Ж. невропатол. и психиатр. 1978, 10: 1576-1581.
4. Добридень И. В. *Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста*. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. Московский педагогический государственный университет. 2000.
5. *Психокоррекция: теория и практика*. Под ред. Шевченко Ю.С., Добридень В.П., Усановой О.Н. – Н.П.Ц. «Коррекция», 1995. –224 с.
6. Ковалев В.В. (ред.). *Неврозы и нарушения характера у детей и подростков*. М., 1973. - 57.
7. *Психотерапия детей и подростков*. Под ред. Х. Ремшмидта. Пер. с нем. – М.: Мир, 2000. –656 с.
8. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. *Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС)*. Практическое пособие. –М.: Российское психологическое общество, 1998. –157 с.
9. Шевченко Ю.С., Добридень И.В., Кириллина Н.К. *Элективный мутизм – клинико-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы*. Материалы 1-й региональной научно-практической конференции «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы», 2000. . Под ред. Семина И.Р., Анаркова А.П. Томск, 2000. - с. 108-113.
10. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Добридень И.В. *Актуальные аспекты и методы изучения элективного мутизма*. Материалы конференции по актуальным вопросам детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Минск, 2000. – с. 65.
11. Шевченко Ю.С., Крепица А.В. *Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками*. Методическое пособие. –Изд. БГПИ. Балашов, 1998. –56 с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Семейная психотерапия*. –Л.: Медицина, 1990. –189 с.
13. Adams M. S.: *A case of elective mutism*. J. National Medical Association 1970, 62(3), 213-216.
14. Asperger H. *Heilpädagogik, 5. Auflage*. Wien: Springer, 1968.
15. Atlas J. *Symbol use in a case of elective mutism*. Percept. Mot. Skills. 1993, 76 (3 Pt 2): 1079-1082.
16. Austad L., Sininger R., Stricken A. *Successful treatment of a case of elective mutism*. The Behaviour Therapist, 1980, 3: 18-19.
17. Bednar R. *A behavioral approach to treating an elective mute in the school*. J. School Psychol., 1974, 12: 326-337.
18. Black B. and Uhde T. W.: *Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1994, 33(7), 1000-1006.
19. Blum N., Kell R., Starr L., Lender W. L., Bradley-Klug K., Osborn M. and Dowrick P.: *Case study: Audio feedforward treatment of selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998, 37(1), 40-43.
20. Bozigar J., Hansen R. *Group treatment for elective mute children*. Social work, 1984, 29 (5): 478-480.
21. Brison D. *Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: An application of behavior therapy*. J. School Psychol., 1966, 4: 65-69.

22. Browne E., Wilson V., Laybourne P. *Diagnosis and treatment of elective mutism in children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1963, 2: 605-615.
23. Campbell M., Cueva J. *Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995, 34 (10): 1262-1272.
24. Carlson J., Kratochwill T., Johnston H. *Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 1999, 9(4): 293-306.
25. Chethik M. *Amy: The intensive treatment of an elective mute*. In MacDermott J. and Harrison S. (Eds) *Psychiatric Treatment of the Child*, 1977, pp.117-136. New York: Aronson.
26. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern approaches*. Third edition. Edited by M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov. Blackwell Science.
27. Cline T. and Baldwin S.: *Selective mutism in children*. London: Whurr Publishers Ltd, 1994, 170 p.
28. Conrad R., Delk J., Williams C. *Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism: a case study*. J. Behav. Exp. Psychiat., 1974, 5: 99-100.
29. Crumley F. *Is elective mutism a social phobia?(letter)*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32: 1081-1082.
30. Dow S., Sonies B., Scheib D., Moss S. and Leonard H.: *Practical Guidelines for the assessment and treatment of selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 836-846.
31. Dummit S., Klein R., Tancer N., Asche B. and Martin J.: *Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996, 35(5), 615-621.
32. Elson A., Pearson C., Jones D., Schumacher E. *Follow-up study of childhood elective mutism*. Archives of General Psychiatry, 1965, 13: 182-187.
33. Evans J. *Adolescent and Pre-Adolescent Psychiatry*. London, 1982. –274 p.
34. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, Masson, 1967. –1211 p.
35. Finch S. *Fundamentals of Child Psychiatry*. N.-Y., W.W. Norton, 1960. –812 p.
36. Freud A. (Фрейд А.) *Введение в технику детского психоанализа*. Одесса, 1926. –98 с.
37. Goll K.: *Role structure and subculture in families of elective mutists*. Family Process, 1979, 18, 55-68.
38. Golwin D. and Weinstock R.: *Phenelzine treatment of elective mutism*. Journal of Clinical Psychiatry, 1990, 51, 384-385.
39. Golwin D., Sevlie C. *Phenelzine treatment of selective mutism in four prepuberta children*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol., 1999, 9(2): 109-13.
40. Graham P. *Child Psychiatry. A developmental approach*. Oxford–N.Y.–Tokio – Ox. Un. Press, 1986. – 465 p.
41. Guna-Dimitrescu L., Pelletier G. *Successful multimodal treatment of a child with selective mutism: a case report*. Can. J. Psychiatry, 1996, 41 (6): 417.
42. Halpern W., Hammond J., Cohen R. *A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism reexamined*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 94-107.
43. Hartmann B. *Mutismus*. Berlin: Spieb, 1991.
44. Hesselman S.: *Elective mutism in children 1877-1981*. Acta Paedopsychiatr. 1983, 49: 297-310.
45. Heuyer G. et al. *Encerhale*, 1927, 22: 478.
46. Joseph P. *Selective mutism – the child who doesn't speak at school*. Pediatrics, 1999, 104 (2 Pt 1): 308-9.
47. Kaplan Tancer N.: *Elective mutism. A review of the literature*. Advances in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press. 1992.
48. Kisker K., Freyberger H., Rose H., Wulff E. (Кискер К., Фрайбергер Г., Розе Г., Вульф Э.). *Психиатрия, психосоматика, психотерапия*. Пер. с нем. –М.: Алетея, 1999, с. 63-64.
49. Kolakowski A., Liwska M., Wolanczyk T. *Elective mutism in children: literature review*. Psychiatr. Pol., 1996, 30 (2): 233-246. *Elective mutism: an overview of therapy and practice*. Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 1997, 25(4): 247-62.
50. Kolvin J., Fundudis T.: *Electively mute children: psychological development and background factors*. J. Child. Psychol. Psych. 1981, 22: 219-232.
51. Kopp S. and Gillberg C.: *Selective mutism: A population-based study: A research note*. J. Child Psychol. Psychiat. 1997, 38(2): 257-262.
52. Kratochwill T. *Selective mutism: implecations for research note*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1981.
53. Krohn D., Weckstein S. and Wright H.: *A study of effectiveness of a specific treatment for elective mutism*. J.

Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992, 31(4): 711-718.

54. Kupietz S. and Schwartz I.: *Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases*. New York State Journal of Medicine, 1982, June, 1073-1076.

55. Labbe E. and Williamson D.: *Behavioural treatment of elective mutism: A review of literature*. Clinical Psychology Review, 1984, 4, 273-292.

56. Lachenmeyer J. and Gibbs M.: *The social-psychological functions of reward in the treatment of a case of elective mutism*. Journal of Social and Clinical Psychology, 1985, 3, 466-473.

57. Landgarten H.: *Art therapy as primary mode of treatment for an elective mutism*. Am. J. Art Therapy, 1975, v. 14: 121-125.

58. Lebrun Y.: *Mutism*. Whurr Publishers Ltd: London and New Jersey, 1990, 124 p.

59. Lindblad-Goldberg M.: *Elective mutism in families with young children*. In Combrinck-Graham (Ed.). *Treating Young Children in Family Therapy*. Rockville, MA: Aspen Publications., 1986, v. 18.: 31-42.

60. Lorand B.: *Katamnese electiv mutistischer Kinder*. Acta Paedopsychiatrica, 1960, 27: 273-289.

61. Mack J. and Maslin B.: *The facilitating effect of claustral experience on the speech of psychogenically mute children*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1981, 20: 65-70.

62. Matson J., Box M., Francis K.: *Treatment of elective mute behavior in two developmentally delayed children using modeling and contingency management*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1992, 23 (3): 221-229.

63. Meyers S.: *Elective mutism in children: A family system approach*. American Journal of Family Therapy, 1984, 12: 39-45.

64. Mora G., Devault S., Schopler E.: *Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1962, 3: 41-52.

65. Motavalli N.: *Fluoxetine for (s)elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995, 34 (6): 701-3.

66. Myquel M., Granon M.: *Le mutisme electif extrafamilial chez l'enfant*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30: 329-339.

67. Parker E., Elsen T., Throckmorton M.: *Social casework with elementary school children who do not talk in school*. Social Work (New York, NY), 1960, 5: 64-70.

68. Pecukonis E., Pecukonis M.: *An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1991, 22 (1): 9-21.

69. Radford P.: *A psychoanalytically based therapy as the treatment of choice for a six-year-old elective mute*. Journal of Child Psychotherapy, 1977, 4: 49-65.

70. Reed G.: *Elective mutism in children: A re-appraisal*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1963, 4: 99-107.

71. Roberts J.: *Switching models: family and team choice points and reactions as we moved from the Hakey strategic model to the Milan model*. J. Strateg. Systemat. Therapies, 1984, v. 3(4): 40-53.

72. Rosenbaum E., Kellman M.: *Treatment of a selectively mute third- grade child*. J. School Psychol., 1973, 11: 77-81.

73. Rosenberg J. and Lindbland M.: *Behavior therapy in a family context: treating elective mutism*. Family Process, 1978, 17: 77-82.

74. Russell P., Raj S., John J.: *Multimodal intervention for selective mutism in mentally retarded children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 (9): 903-4.

75. Ruzicka B., Sackin D.: *Elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1974, 13: 551-561.

76. Shaw W.: *Aversive control in the treatment of elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 572-581.

77. Steffen R., van Waes H.: *Elective mutism: effect of dental treatment with N2/O2-inhalation sedation: review and report of case*. ASDC J. Dent. Child, 1999, 66 (1): 66-9, 13.

78. Steinhausen H. and Juzi C.: *Elective mutism: an analysis of 100 cases*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996, 35(5): 606-614.

79. Straugan J., Potter W., Hamilton S.: *The behavioral treatment of an elective mute*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1965, 6: 125-130.

80. *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Edited by R. Murray, P. Hill, P. McGuffin. -3rd ed. Cambridge University Press, 1997. p. 115-116.

81. Tramer M.: *Electiver Mutismus bei Kindern*. Z.Kinderpsychiatr. 1934, 1: 30-35.

82. Wassing H.: *A case of prolonged Elective Mutisms in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment*. Acta paedopsychiatrica, 1973, 40: 75-96.

83. Wergeland H.: *Elective mutism*. Acta Psychiatr. Scan. 1979, 59: 218-228.
84. Wernitznig H. *Stationäre Behandlung eines elective mutistischen Kindes – eine Fallstudie*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr., 1993, 42 (5): 160-167.
85. Wright H. *A clinical study of children who refuse to talk in school*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1968, 7: 603-617.
86. Wright H., Miller D., Cook M. and Littmann J.: *Early identification and intervention with children who refuse to speak*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1985, 24(6), 739-746.
87. Wright H., Cuccaro M., Leonhardt T., Kendall D. and Anderson J.: *Case study: Fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 857-862.
88. Youngerman J. *The syntax of silence: Electively mute therapy*. International Review of Psycho-Analysis, 1979, 6: 283-295.

Е. О. Смирнова, О. В. Гударева

ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ 5-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ **Психологический институт РАО. Москва.**

Целью настоящей работы является разработка и апробация комплекта диагностических методов, выявляющих уровень психического развития 5-летних детей. Этот возраст в настоящее время является последней, старшей ступенью дошкольного периода развития. Известно, что многие дети уже в 6 лет переступают порог школы. В этой связи чрезвычайно важным является выявление уровня и особенностей развития ребенка именно на этом этапе возрастного развития, когда уже складываются многие познавательные способности и личностные особенности ребенка, и в то же время эти особенности еще не являются жестко фиксированными и завершенными. Известно, что чем младше ребенок, тем более пластичными и гибкими являются его психика и сознание. В 5-летнем возрасте еще возможна коррекция и компенсация тех дефектов или отставания в развитии, которые в дальнейшем преодолеть будет значительно труднее. Именно поэтому своевременное выявление особенностей развития (и его возможных деформаций) в 5-летнем возрасте, когда у ребенка еще есть «в запасе» целый год дошкольного детства, может способствовать более эффективной и целенаправленной психолого-педагогической работе, как в дошкольном учреждении, так и в семье.

В то же время следует отметить, что в настоящее время отсутствуют достаточно полные и надежные пакеты диагностических методик для всестороннего обследования 5-летних детей. Используемые для дошкольников методики часто не имеют последовательной научной основы, они недостаточно содержательно валидны, эклектичны по способам обработки и интерпретации. К тому же эти методики, как правило, ограничиваются выявлением уровня когнитивного, умственного развития и оставляют в стороне другие важнейшие сферы.

Настоящая работа направлена на восполнение этого существенного пробела, а именно на разработку комплекта диагностических методик для детей 5-летнего возраста, построенных на единых научных основаниях и охватывающих разные важнейшие сферы развития ребенка. Кроме того, пилотажное обследование уровня и специфики развития современных дошкольников также представляет несомненный интерес.

Таким образом, конкретные задачи работы заключаются в следующем:

1. Выделить ключевые линии развития ребенка на данном этапе онтогенеза, которые должны стать предметом психологической диагностики.
2. Отобрать и описать методики, адекватные поставленным задачам и обладающие содержательной и статистической валидностью
3. Провести пилотажное обследование выборки 5-летних детей и описать его результаты.
4. Обобщить полученные результаты и по результатам диагностики представить обобщенную картину уровня развития современных 5-летних москвичей.

Общая характеристика возраста.

5-летний возраст является хронологической границей перехода от младшего дошкольного возраста к старшему. В научной психологической литературе неоднократно отмечались существенные изменения в психическом развитии ребенка этого возраста. По словам Л.С. Выготского, в этом возрасте везде и во всем мы имеем дело с совершенно новыми отношениями, которые возникают между мышлением и действием, начинают преобладать «действия от мысли, а не от вещи». В общих чертах суть этих изменений можно определить

как становление внутренней психической жизни, внутреннего плана действия, который начинает определять внешнее поведение ребенка. Эти изменения находят свое отражение и конкретизируются во всех сферах психического развития ребенка - коммуникативной, познавательной, волевой, мотивационной.

Так, в сфере общения ребенка со взрослым на первый план выходят внеситуативные формы общения – познавательная и личностная. Взрослый начинает выступать перед ребенком в новом качестве - **как источник новых знаний, как эрудит**, способный разрешить их сомнения и ответить на их вопросы. Примерно в 5-летнем возрасте появляется новая своеобразная коммуникативная потребность – потребность в **уважении взрослого**, которая проявляется в повышенной обидчивости детей. Главным средством такого общения, естественно является **речь**, поскольку только она позволяет выйти за пределы ситуации и осуществить внеситуативное общение.

У некоторых 5-летних детей складывается новая и высшая для дошкольного возраста - **внеситуативно-личностная форма общения**. В отличие от предыдущей, ее содержанием является мир людей, а не вещей. **Потребность во взаимопонимании и сопереживании** взрослого является главной для внеситуативно-личностного общения. В личностном общении дети начинают различать разные роли взрослых – воспитателя, врача, продавца, и в частности учителя, и в соответствии с этим по-разному строить свои отношения с ними. В этой связи формирование внеситуативно-личностного общения можно рассматривать как важную предпосылку готовности к школе.

Возраст пяти лет характеризуется взрывом всех проявлений дошкольника, адресованных сверстнику. После 4 лет сверстник по своей привлекательности начинает обгонять взрослого. С этого возраста дети предпочитают играть вместе, а не в одиночку. Главным содержанием их общения становится совместная игровая деятельность. Общение детей начинает опосредоваться предметной или игровой деятельностью. Дети пристально и ревниво наблюдают за действиями сверстников, оценивают их и реагируют на оценку яркими эмоциями. Усиливается напряженность в отношениях со сверстниками, чаще, чем в других возрастах, проявляются конфликтность, обидчивость, агрессивность. Сверстник становится предметом постоянного сравнения с собой, которое направлено на противопоставление себя другому. **Потребность в признании, в уважении** становится главной в общении как со взрослым, так и со сверстником. В этом возрасте активно формируется **коммуникативная компетентность**, которая проявляется в решении конфликтов и проблем в межличностных отношениях со сверстниками.

5-летний возраст является периодом бурного роста самосознания, когда Я ребенка обособливается от других, противопоставляется как близким взрослым, так и сверстникам. Это период повышенной ранимости, когда у многих детей появляются (а у некоторых остаются и в дальнейшем) такие черты, как обидчивость, застенчивость, агрессивность, демонстративность и пр.

Становление внутренней психической жизни и внутренней саморегуляции связано с целым рядом новообразований в познавательной сфере дошкольника. Прежде всего, ребенок приобретает **способность действовать в плане общих представлений**. Мышление 5-летнего ребенка перестает быть наглядно-действенным, оно отрывается от воспринимаемой ситуации и, следовательно, открывается возможность устанавливать такие связи между общими представлениями, которые не даны в непосредственном чувственном опыте. Ребенок может устанавливать простые причинно-следственные отношения между событиями и явлениями. У него появляется стремление как-то объяснить и упорядочить для себя окружающий мир. Возникает первый абрис **целостного детского мировоззрения**. Наиболее характерной формой мышления 5-летнего ребенка является **наглядно-образное мышление**, когда ребенок оперирует не конкретными предметами, а их образами и представлениями. Важным условием формирования этого вида мышления является способность различать план реальных объектов и план моделей, отражающих эти объекты. Возможность создавать новые оригинальные образы и действовать с ними во внутреннем плане – **воображение** – является одним из главных новообразований этого периода.

К 5 годам у детей, помимо наглядно-образного, начинает складываться **логическое мышление**, которое характеризуется тем, что ребенок ориентируется на существенные, объективные признаки предметов. Он уже может установить логическую последовательность событий, отделить существенные признаки от несущественных, решить несложные логические задачи.

Важнейшим новообразованием этого периода является возникновение **произвольного поведения**. В дошкольном возрасте поведение ребенка из импульсивного и непосредственного становится опосредованным нормами и правилами поведения. Здесь впервые возникает вопрос о том, как надо себя вести, т.е. создается предварительный образ своего поведения, который выступает как регулятор. Ребенок начинает овладевать и

управлять своим поведением, сравнивая его с образцом.

Несмотря на все указанные достижения, 5-летний ребенок остается дошкольником и все его интересы и потребности лежат в сфере игры. Все важнейшие новообразования этого периода зарождаются и первоначально развиваются в ведущей деятельности дошкольного возраста – *сюжетно-ролевой игре*. 5-летний возраст является периодом расцвета ролевой игры, когда содержанием игры становятся отношения между людьми, а подчинение игровому правилу, заданному в роли, определяет смысл игровой деятельности. В такой игре наиболее интенсивно формируются все психические качества и особенности личности ребенка. Игровая деятельность влияет на формирование всех психических процессов: произвольности, воображения, образного мышления и пр. Именно эта деятельность является в дошкольном возрасте *ведущей* и определяет дальнейший путь психического развития. Поэтому при диагностике психического развития 5-летнего ребенка очень важно учитывать уровень развития игровой деятельности.

Обоснование и характеристика диагностических методов.

Основываясь на выделенных выше возрастных особенностях 5-летних детей, можно выделить следующие направления психологической диагностики и составляющие их аспекты:

коммуникативная сфера – уровень общения ребенка со взрослым (форма общения), особенности отношений с близкими взрослыми, социальная компетентность в общении со сверстниками;

познавательная сфера – уровень ориентировки в окружающем, образное и логическое мышление, связность речи, способность ориентироваться на существенные признаки.

произвольность – принятие и выполнение заданий взрослого, способность опосредовать свои действия образцом

Уровень развития речи не следует выделять в отдельный предмет диагностики, поскольку речь неизбежно включена в другие виды деятельности и выступает, с одной стороны, как средство общения (при выявлении внеситуативных форм общения), с другой – как средство мышления (при решении мыслительных задач и их словесном описании). Регулятивная функция речи выявляется при выполнении речевых инструкций взрослого.

Учитывая фундаментальное значение игровой деятельности в развитии дошкольника, при диагностике психического развития 5-летних детей мы считаем необходимым выявление *уровня развития игры* и ее содержательные особенности.

На диагностику этих сторон психического развития и была направлена настоящая работа. В основе выбора конкретных методик лежали следующие требования.

Во-первых, предлагаемые детям диагностические методики должны соответствовать их возрастным особенностям и отвечать возможностям и потребностям 5-летних детей.

Во-вторых, комплекс диагностических методик должен давать разностороннюю и разноплановую картину развития ребенка, что позволило бы определить индивидуальные варианты развития и своевременно зафиксировать пробелы и недостатки в формировании тех или иных функций. Результаты диагностики должны служить основой для создания коррекционно-развивающих программ.

В-третьих, используемые методики должны быть стандартизированы и апробированы на практике. Они должны быть проверены на содержательную и статистическую валидность и надежность.

И, наконец, в-четвертых, методики должны предполагать не только количественный, но и качественный анализ результатов. Они должны позволить построить индивидуальный качественный психологический портрет ребенка и в тот же время проводить сравнительный анализ группы детей, чтобы осуществлять контроль за ходом психического развития дошкольников.

Основываясь на этих требованиях, были выбраны и апробированы диагностические методики, выявляющие различные аспекты детского развития. Остановимся на их кратком описании.

Диагностика коммуникативной сферы.

Данный блок включает три методики, которые направлены соответственно на определение формы общения со взрослым, выявление отношения к близким взрослым в семье и на диагностику коммуникативной компетентности ребенка в общении со сверстниками.

1. Форма общения со взрослым определяется на основе известной и многократно апробированной методики, разработанной на основе концепции генезиса общения М.И. Лисиной. Методика включает три ситуации общения ребенка со взрослым. Каждая из ситуаций представляет собой модель определенной формы общения. На основе сопоставления показателей поведения ребенка в каждой из них делается заключение о предпочтении той или иной формы и об уровне развития общения в целом.

2. Отношение ребенка с близкими взрослыми и эмоциональное самочувствие дошкольника выявлялись с

помощью известного теста «Рисунок семьи», который широко применяется в психологической практике. Специальная формализованная методика обработки данного теста позволяет не только дать клиническую качественную картину состояния ребенка, но и определить некоторые количественные показатели семейных отношений глазами ребенка.

3. Для выявления коммуникативной компетентности ребенка в общении со сверстниками использовалась методика «Картинки», предложенная Е.О. Смирновой и Е.А. Калягиной. Стимульный материал данной методики представляет собой картинки с изображением знакомых ребенку конфликтных проблемных ситуаций (один ребенок отнимает у другого игрушку или ломает его постройку, или не принимает в игру и пр.). Ребенку предлагается рассказать, что он видит на каждой картинке, и найти выход из сложившейся ситуации. Понимание изображенных событий и характер предложенного решения проблемы являются показателями социальной компетентности.

Все данные методики предполагают качественную обработку материалов, т.е. констатацию тех или иных особенностей каждого ребенка. При количественном анализе материалов подсчитывалось относительное число дошкольников (%), имеющих разные варианты каждого качества.

Диагностика познавательной сферы.

Данный блок включает 4 методики, выявляющие различные аспекты познавательного развития дошкольника: ориентировку в окружающем, выделение существенных признаков, наглядно-образное мышление и установление последовательности событий.

1. Ориентировка в окружающем выявляется посредством традиционной и любимой дошкольниками игры в «Нелепицы». Ребенок должен внимательно рассмотреть картинки с большим количеством искажений реальности и найти все «ошибки» художника.

2. Способность выделять существенные признаки и брать их за основу классификации предметов определялась с помощью традиционной методики «Четвертый лишний» (или «Исключение четвертого»).

3. Уровень наглядно-образного мышления выявлялся посредством популярной методики, разработанной Л.А. Венгером. В этой методике дети должны выделить форму предметного изображения и соотнести ее с формой эталона. Эта задача предполагает опосредованность восприятия сенсорным эталоном и оперированием в плане образов.

4. Способность к установлению логической связи событий и уровень речевого развития выявлялись с помощью распространенного приема, предполагающего расположение набора сюжетных картинок в нужной последовательности. Самостоятельный рассказ ребенка с опорой на выстроенную им последовательность событий, отражает как развитие связной речи, так и владение простой жизненной логикой.

Диагностика произвольной сферы.

При диагностике данной сферы психического развития 5-летних детей следует помнить, что произвольность в этом возрасте еще не сложилась и находится в стадии своего становления. Поэтому многие методики, используемые для диагностики готовности к школе 6-летних детей, к этому возрасту неприменимы. В то же время 5-летние дети уже могут принимать и выполнять задания взрослых и опосредовать свои действия образом. Для выявления этой способности применялась методика «Графические фигуры», в которой дети должны были воспроизвести по образцу на листе бумаги 4 фигуры разной сложности. Принятие и выполнение заданий взрослого также рассматривалось как показатель произвольности.

Диагностика игровой деятельности.

При диагностике игровой деятельности учитывались, во-первых, мотивационный аспект, т.е. предпочтение ребенка игровой деятельности, и во-вторых, уровень овладения сюжетно-ролевой игрой. Уровень развития игровой деятельности выявлялся в процессе наблюдения за свободной деятельностью группы детей. Интерес ребенка к игре диагностировался по результатам выборов, которые должен был сделать ребенок после предъявления ему нескольких парных картинок, изображающих игровые и учебные ситуации (методика «Познавательный выбор»). Предпочтение игровых ситуаций свидетельствует об интересе к игре, предпочтительный выбор учебных ситуаций говорит о стремлении ребенка к учебным типам деятельности.

Уровень развития игровой деятельности выявлялся в ходе стандартизированного наблюдения за свободной игровой деятельностью группы детей. В ходе наблюдения отмечалось наличие сюжетно-ролевой игры, ее сюжет, содержание и некоторые качественные и количественные особенности.

Следует подчеркнуть, что предложенный пакет методик не направлен непосредственно на диагностику готовности к школе. Задачи психологической диагностики значительно шире и не могут быть сведены к столь узко утилитарному аспекту. К тому же, в 5-летнем возрасте главные аспекты психики ребенка еще не закон-

чили своего развития и требовать готовности к школе от 5-летки нельзя. В то же время, учитывая острый интерес педагогов и родителей к этой проблеме, можно отметить, что методики, направленные на диагностику познавательной и произвольной сфер (включая методику «Познавательный выбор») могут дать надежную, хотя и предварительную, информацию относительно готовности ребенка к школе. Большая часть данных методик была проверена на прогностическую валидность Т.Д. Абдурасуловой путем сопоставления полученных результатов с результатами тех же детей при их поступлении в школу. Результаты субтестов, диагностирующих познавательную и произвольную сферу, дали высокую степень соответствия ($p < 0,01$). Основываясь на этих данных можно считать, что предлагаемый комплекс методик целесообразно использовать для выявления предпосылок готовности к школе.

Результаты обследования.

В обследовании принимали участие 50 детей в возрасте от 4 лет 10 мес. до 5 лет 2 мес, посещающих детские сады г. Москвы. На основе проведенного обследования, попытаемся обобщить полученную картину и дать предварительное заключение об уровне развития детей по трем основным сферам: коммуникативно-личностной; интеллектуально-волевой и деятельности.

Коммуникативно-личностная сфера

Результаты показали, что по уровню общения со взрослым дети в целом находятся в пределах возрастной нормы. У большинства из них преобладает внеситуативно-познавательная форма общения со взрослыми. Вместе с тем, у многих снижена инициативность в общении – познавательные интересы развиты недостаточно. Преобладает стремление слушать, усваивать новую информацию, отвечать на вопросы взрослого, но не задавать свои. Ключевой и ведущей фигурой в таком познавательном общении остается взрослый, а ребенок предпочитает следовать за его предложениями и указаниями. Следует отметить, что значительная часть детей (30%) в пять лет остаются на уровне ситуативно-деловой формы общения, т.е. их интересы ограничиваются играми и предметными действиями и не выходят за пределы конкретной ситуации. Невозможность и нежелание обсуждать познавательные темы в этом возрасте свидетельствуют об отставании в развитии общения у этой части детей. Однако большая часть обследованных 5-леток (70%) обнаружила достаточно высокий уровень развития общения со взрослым.

Более тревожные данные получены по коммуникативной компетентности в общении со сверстниками. Как отмечалось выше, 5 лет – это возраст наиболее интенсивного общения детей, когда закладываются основы межличностных отношений и сотрудничества, когда дети приобретают основные коммуникативные способности, позволяющие налаживать отношения со сверстниками и самостоятельно разрешать возникающие проблемы. Однако, по нашим данным, около 50% детей таких способностей не имеют и обнаруживают полную беспомощность в общении со сверстниками. Они не могут найти решение даже наиболее типичных трудностей в общении с партнерами. Ответы типа «Не знаю», «Заплачу», «Позову маму», которые составили большинство высказываний детей, свидетельствуют о явно недостаточной социальной компетентности и о беспомощности детей в отношениях со сверстниками.

Большинство самостоятельных решений, предложенных детьми, имело явно агрессивный характер. Ответы типа «Побью», «Стукну» и пр. встречались в 25% случаях. Эти ответы говорят о том, что агрессивность становится нормой жизни для значительной части дошкольников. Это достаточно опасная тенденция, которая должна вызывать тревогу.

И только около 20% детей обнаружили достаточно высокую социальную компетентность и оказались способными найти конструктивные и самостоятельные решения проблемных ситуаций.

При анализе межличностных отношений в семье (по материалам детских рисунков семьи) обнаружена весьма печальная картина. Показатели большей части детских рисунков свидетельствуют об одиночестве ребенка, его невключенности в семью и отчуждении от близких взрослых. Разобщенность отдельных членов семьи, отсутствие общего сюжета или занятия, значительное количество сюжетов «расставания» свидетельствуют о том, что семья не переживается ребенком как единое целое. Многие качественные показатели детских рисунков свидетельствуют о сниженном эмоциональном тоне и изолированности детей от взрослых. Эти особенности существенно отличают рисунки современных 5-леток от рисунков их сверстников, полученных 10-15 лет назад. Вероятно, это отражает негативные тенденции, происходящие в современной семье, которые не могут не отразиться на эмоциональном благополучии и развитии детей.

Интеллектуально-волевая сфера

Традиционно показатели данной сферы дошкольников связываются с готовностью к школьному обучению. И хотя говорить о степени готовности к школе 5-летнего ребенка преждевременно, некоторые предпо-

сылки к обучению важно рассматривать именно сейчас, когда еще возможно предпринять необходимые меры перед поступлением ребенка в школу.

В нашем обследовании интеллектуальная и произвольная сфера диагностировались с помощью комплекса методик, апробированных и адаптированных Т.Д. Абдурасуловой. Данный комплекс обладает тем преимуществом, что он имеет четкие количественные измерения, которые опираются на возрастной норматив. Поэтому уровень выполнения разных методик можно измерять и сопоставлять между собой.

Напомним, что интеллектуальная сфера в нашем обследовании включала 4 показателя: ориентировка в окружающем, выделение существенных признаков, наглядно-образное мышление и последовательность событий. Развитие произвольности измерялось с помощью методики «Графические фигуры». Таблица содержит суммарные данные по выполнению данных методик.

Табл. 1.

Показатели интеллектуально-волевой сферы 5-летних детей

Предмет диагностики	Успешность выполнения (в % от норматива)	% детей с низким уровнем успешности	% детей с высоким уровнем успешности
Ориентировка в окружающем	63	18	50
Выделение существенного признака	50	25	25
Наглядно-образное мышление	73	15	25
Последовательность Событий	25	65	12
Произвольность движений	24	70	10

Как можно видеть из таблицы, показатели детей по разным методикам интеллектуальной сферы оказались весьма неоднородными. Наиболее высокая успешность выполнения получена по показателям ориентировки в окружающем (63%) и наглядно-образному мышлению (73%). В этих областях число детей с высоким уровнем выполнения существенно выше, чем с низким. Вполне удовлетворительные результаты получены в методике 4-й лишней, где выявлялась способность к выделению существенного признака. Однако, здесь наблюдался значительный разброс между достижениями разных детей, в результате чего количество 5-леток с высоким и низким уровнем выполнения заданий оказалось равным (25%). В целом, показатели данных аспектов интеллектуальной сферы являются удовлетворительными и находятся в пределах возрастной нормы.

В отличие от этого, показатели логического мышления, которые выявлялись через способность детей выстраивать и описывать последовательность событий, оказались крайне низкими (дети справились с этой задачей всего на 25%). Только 12% обследованных смогли правильно построить последовательность из 3 достаточно простых картинок и составить по ним более или менее связный рассказ. При решении этой задачи большинство детей проявило крайнюю несамостоятельность и беспомощность. Речь детей отличалась ситуативностью, отсутствием связности и логических построений. Все это свидетельствует и явном недоразвитии вербально-логического мышления в сравнении с наглядно-образным. Отметим, что эта сфера мышления, в отличие от других, предполагает внутренние действия без внешних опор, т.е. наличие развитого внутреннего плана действий.

Еще более низкие показатели выявлены при обследовании произвольной сферы. Подавляющее большинство детей (70%) не могло опосредовать свои действия наглядным образцом и воспроизводить его в своих рисунках. Показательно, что те же дети хорошо различают форму и детали разных графических объектов по заданию взрослого, однако не могут воспроизвести их самостоятельно. Обращают на себя внимание неразвитость тонкой моторики руки и отсутствие графических навыков. Несмотря на регулярные занятия по изобразительной деятельности, большинство 5-летних детей плохо владеют карандашом и не могут провести четких линий. Все это свидетельствует не только об отсутствии графических, двигательных умений, но и о несформированности определенных мозговых структур, ответственных за формирование общей произвольности. Дефицит произвольности – как в умственной, так и в двигательной сфере – является одним из наиболее важных фактов, полученных в настоящем обследовании.

Как известно, произвольность в дошкольном возрасте складывается и развивается в ведущей деятельности дошкольника – ролевой игре. В этой связи важно рассмотреть особенности и уровень развития игровой деятельности современных 5-летних детей.

Деятельностная сфера

Исследование мотивационных предпочтений детей (методика «Познавательный выбор») показало, что в большинстве случаев (62%) дети выбирают игровую ситуацию. Мотивация учения и учебных занятий представлена весьма слабо. По-видимому, это связано с тем, что учебные занятия используются в режиме детского сада слишком часто и в неадекватной для дошкольников форме, а потому теряют свою привлекательность. Вместе с тем, интерес к игре является совершенно естественным для детей данного возраста. Именно в этой деятельности закладываются те возможности и способности, которые в дальнейшем становятся качествами личности ребенка.

Наблюдение за свободной деятельностью 5-летних детей показало, что большая часть дошкольников (приблизительно 60%) не играли. Они демонстрировали отдельные предметные действия (катание машинок, бросание мяча), рассматривали книжки, рисовали, занимались Лего и пр. Только 40% дошкольников демонстрировали те или иные формы ролевой игры. Остановимся на них подробнее.

Наиболее популярными у дошкольников оказались традиционные бытовые сюжеты: кормление, укладывание спать, прогулка, купание дочки и др. (такие игры наблюдались в 30% случаев). Сюда же входят варианты игры «дочки-матери» и современная разновидность этой игры «Семья куклы Барби». У мальчиков чаще проигрывались сюжеты, связанные с защитой и нападением: «полицейские и воры», «бандиты и наши», «охотники за приведениями». В играх дети использовали как реальные игрушки, так и их заместители.

Рассмотрим содержание игр. Многие называют роли, стараются выполнить именно те действия, которые характерны для выбранной ими роли (дочки или матери). 20% детей выделяют правило, по которому нужно действовать, однако большинство из них не может придерживаться правил, ограничивающих спонтанную активность, т.е. делают то, что по роли делать нельзя. Интересно, что не все дети умеют пользоваться ролевой речью, осуществлять ролевой диалог. Игра однообразна - это, как правило, повторы одних и тех же операций, что характерно для процессуальной игры детей раннего возраста. Наблюдения показали, что 5-летние дети не могут элементарно развить сюжет, не способны вживаться в принятую роль и строить свои отношения с другими из ролевой позиции.

Результаты обследования свидетельствуют о том, что ролевые игры почти в два раза отстают по своей популярности от других занятий. Причем сюжеты детских игр весьма однообразны и ограничены в основном семейной тематикой; «профессиональные сюжеты» (т.е. игры в повара, шофера, доктора, космонавта и пр.), которые были весьма популярны 10-20 лет назад, практически отсутствуют. Показательно, что современные дошкольники нередко повторяют в своих играх сюжеты, заимствованные из телевизионных фильмов, в которых дети воспроизводят роли экзотических телевизионных героев (человек-Паук, приведения и пр.).

Слабая представленность ролевых игр и их оторванность от жизни близких взрослых может свидетельствовать о том, что социальная жизнь и вхождение в мир взрослых перестает быть содержанием детских игр, как это предполагалось в отечественной психологической концепции детской игры.

Заключение

Сворачивание игры в дошкольном возрасте весьма печально отражается на общем психическом и личностном развитии детей. Преимущество игры перед любой другой детской деятельностью заключается в том, что она, оставаясь максимально свободной и привлекательной для ребенка деятельностью, становится школой произвольного поведения, учит его добиваться цели (пусть пока игровой), преодолевать свои импульсивные желания. Это практически единственная область, где дошкольник может проявить свою инициативу и творческую активность. И в то же время, именно в игре дети учатся контролировать и оценивать себя, понимать, что они делают, и (наверное, это главное) хотеть действовать по правилам. В развитой форме игры дети сами хотят действовать в соответствии с принятыми правилами. Уход таких правил из игры может свидетельствовать о том, что у современных детей игра перестает быть «школой произвольного поведения», но никакая другая деятельность для ребенка 3-6 лет выполнить эту функцию не может. А ведь произвольность - это не только действия по правилам, это осознанность, независимость, ответственность, самоконтроль, инициативность и внутренняя свобода. Лишившись игры, дети не приобретают всего этого. В результате их поведение остается ситуативным, произвольным, зависимым от окружающих взрослых. Результаты обследования показали, что современные дошкольники в основной массе, оставшись без руководства взрослого, не умеют организовать свою самостоятельную деятельность, наполнить ее смыслом: они слоняются, толкаются, перебирают и разбрасывают игрушки и пр. У большинства из них не развито воображение, отсутствуют творческая инициатива и самостоятельность мышления. А поскольку дошкольный возраст является оптимальным периодом для формирования этих важнейших качеств, трудно питать иллюзии, что все эти способности возникнут

сами собой потом, в более зрелом возрасте.

Бедность и примитивность игры отражается и на коммуникативном развитии детей. Дошкольники, не умеющие играть, не могут содержательно общаться, они не способны к совместной деятельности, не умеют продуктивно разрешать конфликты. В результате нарастают проявления агрессивности, отчужденности, враждебности к сверстникам.

Полученные данные позволяют сделать заключение о необходимости создания условий, способствующих постепенному развитию сюжетной игры, которая является незаменимой школой общения, мышления и произвольного поведения для детей дошкольного возраста.

Т. М. Сорокина

РОЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ УЧИТЕЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЫ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Нижегородский государственный педагогический университет. Нижний Новгород.

Потребность современного российского общества в образованных педагогах, способных к мировоззренческому выбору и к компетентному профессиональному действию, обусловила появление новых целей и ценностей в образовании. На смену уходящей в прошлое основной цели школы транслировать культурный опыт новым поколениям в виде логически завершенной системы знаний приходит новая функция образования – выступать пространством развития личности и индивидуальности человека. В настоящее время существенно меняется характер педагогической деятельности. В условиях многовариативных образовательных технологий педагоги сталкиваются с необходимостью учить не только знаниям, но и способам их добывания, формировать учебную деятельность и мышление школьников, проектировать условия для личностного развития детей.

В российском обществе существенно расширилось образовательное пространство, обозначилась потребность в педагогах, способных к проектированию развивающей, социокультурной среды, к построению и реализации образовательных программ с различными категориями воспитанников.

Среди особо приоритетных целей современного начального образования выделяется задача развития у младших школьников познавательной самостоятельности, по другому говоря, умения учиться.

Рассматривая обучение в младшем школьном возрасте как важнейшую развивающую среду для ребенка, следует отметить, что его содержание, методы, формы взаимодействия учителя и учащихся, детей друг с другом должны иметь единую психологическую направленность. Суть ее, по нашему мнению, заключается в том, что учителю необходимо ориентироваться на ребенка, на создание позитивных условий для детского саморазвития, среди которых наиболее важными, как показали результаты наших исследований, являются возможности педагога варьировать учебное содержание для младших школьников в соответствии с реальными детскими особенностями.

Анализируя состояние современного начального образования, можно отметить, что сейчас появилось большое количество вариативных и альтернативных учебных программ, наряду с традиционным обучением. Может быть впервые за много лет у учителя начальной школы появилась возможность выбора таких условий обучения, которые максимально способствовали бы развитию конкретной детской группы. Тем не менее, проведенное нами специальное исследование, показало, что в большинстве своем (72%) учителя начальной школы не используют новые достижения педагогической психологии. Среди тех, кто пытается реализовать новые технологии, очень мало учителей, которые опираются при выборе условий обучения на конкретные детские возможности. Причинами выбора, как правило, являются: возможность использовать опыт «новаторов»; собственный интерес к тому или иному типу обучения; инициатива администрации школы. Причем, эти учителя, формулируя цели детского развития в процессе обучения, опираются, в основном, на таковые, типичные для возраста детей класса; обосновывают актуальность задач развития возможностями той или иной программы, наличием соответствующих материалов. Очень часто «чужой опыт» переносится в собственный «в целом», без достаточно глубокого анализа. В рамках такой позиции особенности детской группы становятся или косвенным фактором или вовсе не рассматриваются.

Анализируя причины такого состояния начального образования, можно высказать следующее.

1. Учитель выступает в роли «урокодателя», тем более что учитель начальной школы – многопредметник. Его деятельность регулируется тематическим планом; цели обучения, в основном, дидактические.

2. Детская группа воспринимается как единая, так как все дети сходны по физическому возрасту. Психические особенности детей нивелируются; выделяется некий «средний тип» как точка отсчета.

3. Учитель, не обладающий глубокой психологической подготовкой, не в состоянии самостоятельно осуществлять диагностику детского развития, управлять им, поэтому часто желаемое или заявленное программой принимается как действительно существующее.

Наше исследование (Т.М. Сорокина, 1998,1999) показало, что в настоящее время необходимо особое высшее образование учителя начальной школы для творческого продуктивного использования достижений педагогической психологии по созданию развивающего обучения для младших школьников.

Основой такого уровня профессиональной компетенции учителя является развитие еще у будущих учителей, системы интегрированного психолого-педагогического и методического знания, позволяющего «удерживать» в едином смысловом пространстве цели детского развития и особенности учебного содержания. Приоритетными при этом всегда выступают проблемы детской группы, а учебное содержание, теряя свой «глобализм» становится средством их разрешения. Поэтому, разрабатывая (а не приспособливая!) учебное содержание для маленьких школьников, учитель такого типа исходит прежде всего из особенностей психической готовности детей класса (психический возраст): особенностей учебной мотивации, характера и уровня развития у детей основных познавательных средств, возможностей саморегуляции, навыков совместной познавательной деятельности. Важнейшие задачи глубокой диагностики детских особенностей – психической готовности к учению – решаются в условиях специально созданной нами «Школы будущего первоклассника», программа деятельности которой предполагает не только систему диагностико-развивающих занятий с детьми на протяжении 4 месяцев, но также и обширную родительскую программу, и многоаспектное изучение состояния здоровья детей.

Анализ различных показателей детской готовности, их группировка являются базой для прогнозирования системы развивающих целей, которые учитель разрабатывает на основе анализа результатов работы «Школы будущего первоклассника», что, в свою очередь, определяет подбор развивающего учебного содержания. Совершенно ясно, что в рамках такой системы педагогических действий учитель может использовать различные типы обучения младших школьников, варьировать содержание и формы его предъявления детям. В частности, в опыте работы учителей школы № 186 (Советский район, г. Нижний Новгород) по развитию у детей познавательной субъектности, использовались элементы дидактической системы Л.В. Занкова, системы обучения Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова и др.

Особенно важной и, одновременно, сложной является еще одна характеристика профессиональной компетенции учителя начальной школы – возможность создания диагностических программ на материале учебного содержания для младших школьников.

Общеизвестно, что методы классической психологической диагностики позволяют выявить, главным образом, сиюминутное состояние младшего школьника, в то время как исследование, встроенное в учебный процесс, дает возможность учителю не только собрать объективный материал о продвижении ребенка, но и своевременно корректировать само учебное содержание: например, создавать несколько его вариантов, что позволяет учителю сохранять и развивать детскую индивидуальность.

Двадцатый век в образовании закончился появлением новых по форме и характеру деятельности образовательных учреждений, активной разработкой и внедрением альтернативных учебных программ, учебно-методических комплексов, инновационных технологий обучения и воспитания детей. В вузовском педагогическом обучении возникла необходимость целенаправленного научного управления процессом создания учебных планов, программ подготовки специалистов. Это, в свою очередь, требует серьезного психологического и социологического исследования, с одной стороны, актуальных проблем общества вообще и детства в частности, с другой – важнейших характеристик, определяющих высокий уровень современного профессионализма учителя.

Если учесть, что учитель начальной школы во все времена был, есть и будет первым, главным, максимально ответственным за начало школьной жизни каждого ребенка, то общество существенно заинтересовано в его наилучшей подготовке.

Многолетние исследования, проведенные на кафедре педагогики и методики начального обучения Нижегородского государственного педагогического университета, показали, что современный учитель начальной школы с высшим педагогическим образованием может успешно решить задачи детского развития, если он обладает гибким, самостоятельным педагогическим мышлением и гуманистическим педагогическим мировоззрением, позволяющим ему осуществлять творческую педагогическую деятельность. Глубокое изучение особенностей такой деятельности учителя позволило установить, что педагогические знания становятся действенным инструментом творческой педагогической деятельности лишь в том случае, если они интегрированы, имеют высокую степень обобщенности.

Обучение будущих учителей начальных классов в условиях однопредметных кафедр, монодисциплин психолого-педагогического и специального блоков не позволяет успешно развивать системы интегрирован-

ных знаний, так как в этой ситуации критерии профессионализма учителя представлены по предметному и фрагментарному принципу: по математике, русскому языку, психологии, педагогике и т.д. Нам представляется, что весьма затруднительно при этом выделить обобщенные элементы педагогической деятельности учителя начальной школы.

Анализ содержания учебных программ по подготовке будущего учителя показывает, что нет учебных курсов, которые могли бы взять на себя главную нагрузку – постепенное развитие и углубление профессиональной направленности педагогической деятельности будущего учителя. Каждый учебный предмет в процессе подготовки решает эту задачу своими средствами.

Психолого-педагогическая подготовка будущего учителя как особая сфера давно стала предметом изучения и в науке, и в практике работы вуза. Конкретные исследования касаются преподавания отдельных разделов, тем, методов преподавания, соотношения теоретической и практической психолого-педагогической подготовки студентов. Психологическая подготовка будущего учителя начальной школы всегда была более широкой, чем на «учительских» факультетах: от 4 семестров (10 лет назад) до 10 семестров в настоящее время. Однако, как показали наши исследования, глубокой внутренней связи на уровне главных смыслов, целей подготовки современного учителя начальной школы с предметной подготовкой также нет. В то же время учитель начальной школы, как известно, многопредметник. Поэтому особенно важно найти то связующее звено, а им, конечно, должно стать психологическое знание, которое помогло бы гармонизировать и систематизировать многопредметную подготовку будущего учителя начальной школы. На наш взгляд, это актуальная проблема для педагогической психологии и практики работы вуза.

Определяя актуальные цели нашего исследования, мы исходили из осознания, прежде всего, необходимости создания стройной, единой на концептуальном и технологическом уровнях, системы вузовской профессиональной подготовки будущего учителя начальной школы и послевузовского ее совершенствования.

Принятая нами в качестве основной и реализуемая в настоящем исследовании парадигма, определяет профессиональную деятельность учителя начальной школы, прежде всего, как самостоятельность, осуществить которую может лишь специалист, находящийся в состоянии профессионального развития. Важнейшей характеристикой профессиональной деятельности такого учителя являются ее мотивационные особенности, педагогическая направленность учителя на актуальные потребности и возможности ребенка, а не только на систему учебного материала. Такая специфическая направленность личности современного учителя начальной школы, по-нашему мнению, проявляется прежде всего, в:

а) особенностях гуманистического педагогического мировоззрения, позволяющего такому учителю осуществить организацию и управление жизнедеятельностью системы «педагогического пространства» для младших школьников. Эта система включает в себя: особенности взаимодействия учителя и детской группы; организацию общения с родительской группой и собственное профессиональное самосовершенствование.

б) в системе профессиональных интегративных знаний и навыков, которые реализуются через гибкое педагогическое мышление учителя. Стержнем системы интегративного знания учителя является психологическое знание.

Психологическое знание «удерживает на себе» основную смысловую нагрузку всего процесса подготовки будущего учителя начальной школы, последующего его профессионального самосовершенствования на стажерском этапе и дальше, так как только на языке психологических категорий можно осознать, что происходит с ребенком в результате воздействия предметного учебного содержания, а также какие формы профессиональной подготовки должен продемонстрировать при этом сам учитель.

в) Специфическая направленность личности педагога, составляющая главное содержание профессиональной компетенции учителя начальной школы, проявляется также в его диагностико-управленческой деятельности, которая включает в себя, по нашему мнению, следующие профессиональные действия:

- *аналитические*, позволяющие учителю с помощью учебного содержания диагностировать особенности развития младших школьников в процессе учения;
- *проектировочные*, с помощью которых учитель-педагог проецирует возможные варианты детского развития под влиянием обучающих воздействий учителя и родителей;
- *прогностические*, дающие учителю возможность создавать перспективные программы детского развития (развивающие цели) в процессе обучения, а также программы собственного самосовершенствования.

Профессиональная компетенция определяется нами как своеобразное состояние профессиональной подготовки учителя начальной школы, как система педагогических, психологических, предметных и методических компетентностей. Поскольку профессиональная деятельность учителя начальной школы многопредметна, то, как установлено в исследовании, высокий уровень профессионализма такого педагога определяется структурой отдельных компетентностей, а не их рядоположением. В связи с этим сфера приложения профессиональных возможностей учителя содержательно углубляется и расширяется. Центром такой системы явля-

ется психологическая подготовка, которая, вступая в интегративные связи с педагогической и методической, образует структуру профессиональной компетенции будущего учителя начальной школы. Психологическая подготовка будущего учителя построена по всем основным ее разделам, изучаемым в вузе: общая психология, возрастная, педагогическая, социальная и др. В системе интегративного учебного содержания активно задействован материал возрастной, педагогической, социальной психологии.

Таким образом, категория «профессиональная компетенция» учителя начальной школы рассматривается нами как собирательное понятие, определяющее своеобразие личности учителя как педагога-воспитателя и детского психолога. В основе ее лежит концептуальное осознание педагогом своих педагогических возможностей, особенностей детской группы, перспектив ее развития и своеобразия социума (актуальные характеристики общественных явлений, особенности родительской группы и т.д.). Такое концептуальное осознание определяет профессиональную гибкость педагога в подборе (а не копировании!) педагогических технологий, методик, позволяющих успешно реализовать главную цель – создать условия для позитивного развития личности младшего школьника.

По нашему мнению, основным педагогическим действием, позволяющим современному учителю начальной школы проявить свою компетенцию, является действие моделирования педагогического пространства для детей, овладевая алгоритмом которого будущий учитель начальной школы осваивает комплекс установочных (мотивационных) позиций, получает возможность реализовать свои мировоззренческие особенности, а также проявить главные характеристики педагогического мышления в подборе и реализации технологических, диагностических и других профессиональных целей.

Психологическая грамотность составляет, по нашему мнению, стержень, основу общепрофессиональной компетенции учителя начальных классов. Вышеизложенное понимание структуры профессиональной компетенции современного учителя начальной школы позволило нам выделить следующие критерии, определяющие уровни ее развития:

- возможности педагога создавать (проективная деятельность) систему педагогического пространства для детей с учетом особенностей их развития до школы и прогнозируя дальнейшее развитие уже в младшем школьном возрасте;
- особенности создания концепции развития реальной детской группы, включающей в себя цели развития, принципы построения учебного и общеразвивающего направлений педагогической деятельности;
- специфика осуществления осознанного, психологически обоснованного подбора предметно-развивающего содержания для младших школьников и современных психолого-педагогических технологий, позволяющего соединить воедино задачи обучения и воспитания детей;
- характер выбора и обоснования методов, форм организации детской деятельности;
- осознание (особенности рефлексии) будущим учителем собственных профессиональных возможностей для реализации целей детского развития (в соответствии с особенностями «педагогического пространства»);
- особенности создания адаптивных педагогических (на учебном материале) диагностических программ, позволяющих выявить особенности детского развития в процессе обучения, а также эффективность педагогической деятельности самого педагога;
- особенности осознания будущим учителем направлений дальнейшего совершенствования своей профессиональной подготовки.

Таким образом, вводя термин «профессиональная компетенция» учителя мы претендуем на обозначение некоего интегративного единства, центром которого является психологическая подготовка, преобразующая (см. выше) педагогическую и методическую составляющие деятельности современного учителя начальной школы.

Профессиональная компетенция учителя начальной школы, следовательно, значительно отличается от профессиональных особенностей других участников образовательного процесса. Процесс развития основных структурных компонентов профессиональной компетенции у современного учителя начальной школы, как мы уже рассматривали, является непрерывным, как все педагогические образования в целом. Первый его этап – вузовский – у будущего учителя начальной школы.

Для возникновения и эффективного развития профессиональной компетенции у современного учителя начальной школы в вузовский период ее становления необходимо создание особых условий, при которых мотивационная, содержательно-деятельностные и диагностико-регулирующие ее компоненты развивались бы в единстве. На наш взгляд, наиболее продуктивными условиями развития профессиональной компетенции у будущего учителя начальной школы являются специально созданные системы интегративного учебного содержания.

Наш подход к созданию интегративной системы основан на особой процедуре структурирования учебного материала, опирающейся на принципы генерализации и принцип ведущей роли психологического знания.

Принцип генерализации предполагает проникновение в сущность учебной дисциплины с целью выделения главного и подчинение всего содержания курса этому главному. Структурно-логический анализ каждой учебной темы в таком случае заменяется общим структурированием всего курса.

Последовательное развитие интегративной системы многопредметной кафедры педагогики, психологии и методики начального обучения Нижегородского государственного педагогического университета позволило построить процесс обучения студентов в несколько этапов: вначале студенты изучают структурированные монодисциплины психолого-педагогического блока (1–2 курсы); на 2 этапе (3–4 курсы) изучаются системы интегрированных учебных дисциплин, построенных по принципу междисциплинарного структурирования; на 3, завершающем, этапе (5 курс) студенты изучают особый интегративный курс «Психологические основы моделирования системы педагогического пространства для младших школьников», имеющий методологический смысл для профессионального развития будущего учителя.

Изучение деятельности учителей, обучавшихся в вузе на основе интегративного учебного материала, позволяет сделать следующие выводы.

1. Анализ особенностей педагогической ситуации – как важнейший элемент профессиональной компетенции учителя начальной школы – позволяет педагогу овладеть многомерным, многоаспектным выделением педагогической действительности. Обеспечивается это постоянным поиском наиболее адаптивного развивающего предметного содержания для детей, подбором диагностического материала на основе предметного содержания начального обучения, анализом специфики семейной среды и организации постоянного взаимодействия с родителями детей.

2. Изучение особенностей психического развития младших школьников в классах учителей–стажеров, обучавшихся в вузе на интегративной основе, показало, что дети в большинстве своем проявляют высокий уровень развития основных структурных компонентов учебной деятельности. Особо важно отметить, что дети стабильно выделяют школьную ситуацию как позитивную, личность учителя является для детей интересной и привлекательной.

3. Возможности педагога концептуально и технологически обосновать свои профессиональные действия в соответствии с особенностями конкретной детской группы позволяют учителю объединить обучающие и воспитывающие действия и создать единое пространство детской жизнедеятельности, в котором школьная жизнь ребенка является только частью.

4. Администрация школ, родители детей в своих высказываниях отмечали, что учителя–стажеры проявляют профессиональную уверенность, личностную открытость в общении, профессиональный интерес к проблеме преемственности по линии развивающего обучения школьников в начальной и средней школе.

5. Вузовский период развития профессиональной компетенции у будущего учителя начальной школы создает необходимые предпосылки для последующего ее совершенствования, так как основные структуры профессиональной компетенции будущего учителя начальной школы возникают именно в вузе, в условиях специально организованной психолого-педагогической среды – интегрированного учебного содержания, разработанного преподавателями многопредметной вузовской кафедры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянова М.И. Психолого-педагогическая компетенция учителя //Педагогика. 2001.№ 10.
2. Маркова А.К. Психология труда учителя. М.,1993.192 с.
3. Митина Л.М. Психология профессионального развития учителя: Дис. ... д-ра психол. наук. М.,1995.
4. Сорокина Т.М. Развитие профессиональной компетенции будущих учителей начальной школы. Монография. Н. Новгород, 2002.
5. Сорокина Т.М. Интеграция дидактики и психологии как средство формирования методологической позиции учителя /Сб.: Проблемы интеграции в современном образовании. Самара – М., 2001.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

ОТ РЕДАКЦИИ:

Мы публикуем отрывок из знаменитой книги Пауля Наторпа «Социальная педагогика», которую считают одной из основополагающих в развитии теории социального воспитания.

Пауль Наторп (1854-1924) - немецкий философ, один из лидеров неокантианства (марбургская школа). Его книга «Социальная педагогика. Теория воспитания воли на основе общности» выдержала три издания в начале XX века в Германии и была переведена с немецкого языка на русский А.А. Громбахом в 1910 году и издана в Петербурге в 1911 году. С тех пор в России книга не переиздавалась.

Пауль Наторп

СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА. ТЕОРИЯ ВОСПИТАНИЯ ВОЛИ НА ОСНОВЕ ОБЩНОСТИ.

Перевод А.А. Громбаха с 3-го дополненного немецкого издания. С.-Петербург, 1911.

Предисловие ко второму и третьему изданию.

В предлагаемом сочинении делается попытка дать обоснованный ответ на один из наиболее центральных вопросов нашего времени, при чем в качестве проблемы берутся ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВОСПИТАНИЕМ И ОБЩНОСТЬЮ. Воспитание, сущность которого мы видим в воспитании воли, рассматривается здесь, как обусловливаемое жизнью общности и, в свою очередь, обусловливающее собою его формы. Благодаря этому во многих частях получается новое освещение как фактов воспитания в самом широком смысле, так и фактов социальной жизни, которая, с этой точки зрения, представляется одним великим организмом, служащим для образования людей.

«В виду того, что, таким образом, две обычно обособленные науки — УЧЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕ И УЧЕНИЕ О ВОСПИТАНИИ — надо было не только привести во внешнюю связь друг с другом, но и показать, что они в глубочайших своих корнях объединены и неразрывно связаны между собою, — в виду этого оказалось необходимым дойти до ФИЛОСОФСКИХ ОСНОВ ТОЙ И ДРУГОЙ...

Предисловие автора к русскому изданию.

Содержанием предлагаемой книги, быть может, заинтересуются и русские читатели.

Социальные и педагогические вопросы во всем мире наиболее жгучи, наверное, для серьезно и глубоко мыслящих людей; и весь же мир вновь начинает, по-видимому, проникаться старым Платоновским убеждением, которое настоящая книга хочет поставить на надлежащую высоту; а именно, что в конечном итоге социальный вопрос является вместе с тем и педагогическим, выделенным лишь «более крупным шрифтом», а педагогический вопрос является, в свою очередь, и социальным...

Марбург, Декабрь 1910.

П. Наторп

§ 10. Воспитание и общность. Социальная педагогика.

Человек становится человеком только благодаря человеческой общности. Чтобы скорее всего в этом убедиться, достаточно представить себе, что из него сделалось бы, если бы он выросал вне всякого влияния человеческой общности. Несомненно, что он опустился бы тогда до ступени животного, или, по крайней мере, что специфически человеческие задатки у него развились бы чрезвычайно убого, не поднимаясь выше уровня более или менее утонченной чувственности.

Но человек не вырастает в одиночестве, не вырастает и просто один рядом с другими в приблизительно одинаковых условиях, но каждый — под многосторонними влияниями друг друга, непрестанно реагируя на эти влияния. Отдельный человек — это, собственно, лишь абстракция, подобно атому из физики. Человек в отрыве от всего того, что делает его человеком, не является сперва в качестве отдельной единицы, чтобы затем вступить в общность и с другими, но без этой общности он — совсем и не человек.

Подобно тому, как социальная наука забывала это, когда бралась объяснить общество просто внешним соединением отдельных единиц, которые первоначально мыслятся в качестве изолированных; подобно тому, как этика упускала это из виду постоянно, когда утверждала, что нравственная жизнь и мышление человека произошли путем того или иного развития из эгоизма, который принимался если не за единственное, то все же

за единственно изначальное и само собою разумеющееся влечение в человеке, — так и наука о воспитании должна сделать важные промахи в выполнении своей задачи, если не признает за основное положение и не поставит во главу ту мысль, что без общности вообще не было бы и воспитания. Даже если бы не чувствовалось потребности глубже выяснить необходимое соотношение этих двух понятий, все же одним из первых должен был бы быть поставлен в педагогике вопрос: раз жизнь людей в общности дана в качестве существеннейшей предпосылки, каким образом должно при этом происходить образование человека, в особенности — человеческой воли? Здесь же наше дело состоит в том, чтобы вывести в чистом виде основные понятия воспитания воли. Поэтому мы должны поставить вопрос о конечном обосновании этого фактически бесспорно существующего соотношения между воспитанием и общностью.

Мы не задаемся целью отыскивать глубоко скрытые метафизические основания того, что есть вообще множественность сознательных существований, и между ними — известные сношения; это — вопрос, который лежит далеко в стороне от критического пути нашего исследования и на который едва ли есть надежда когда-нибудь дать научный ответ. Не оснований существования общности ищем мы, а стараемся выяснить, какое значение ее содержание имеет для сознания.

Для индивидуального сознания, как такового, является существенно единственность, обособление от всякого другого; оно никогда не может как бы перейти в область другого или каким-либо способом отождествиться с ним. Но кто исключительно на этом сосредоточивал бы свой взгляд, тот пришел бы не только к этическому эгоизму, но по необходимости также и к теоретическому солипсизму. Но речь идет о сознании, рассматриваемом со стороны его СОДЕРЖАНИЯ и со стороны ПРОИЗВОДЯЩЕЙ ЭТО СОДЕРЖАНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ. Последняя — для всех одна и та же. Следовательно, не существует чистого, т.е. закономерно произведенного содержания сознания, которое было бы исключительным достоянием одного человека. Итак: всякое истинное содержание образования есть общее достояние. Когда кто-нибудь считает какое-либо умственное богатство своей исключительной собственностью, это — основательное заблуждение, которое хотелось бы назвать известного рода обманом чувств. Эгоцентрическая точка зрения в космологии, согласно которой бесконечные миры вращаются вокруг созерцателя, принимающего свое случайное местоположение за абсолютную основу своего суждения, — эта точка зрения не более наивна или ошибочна, чем та эгоцентрическая точка зрения в вопросе об образовании, которой ныне столь многие удивляются, как глубокой или даже как новой философией. Насколько бесспорно, что внешняя вселенная в своем построении и в смене своих явлений следует закону, решительно не зависящему от случайного местоположения наблюдателя, настолько же бесспорно, что построение и возрастающее развитие внутренних миров познания, нравственности и даже художественного творчества подчинено законам, которые для всех без различия одинаковы. И если когда-либо отдельному человеку становится видна особая перспектива в этих мирах, то особенность его индивидуального взгляда состоит — подобно особенности картины вселенной, которую каждый видит в зависимости от своего местоположения — только в ограничении неизмеримого содержания человеческого образования; между тем как это содержание, будучи само по себе одно и то же, стоит как бы готовое для усвоения всяким, и именно к нему по существу и неизбежно относятся все такого рода «случайные взгляды». Игнорировать это отношение значит ограничивать себя; познавать его и сознательно подниматься на высоту этой общности духовного содержания значит расширять свое «я» и придавать ему наивысшую доступную для человека ценность. Необходимо особенно сильно подчеркивать эти полузабытые истины в наше время; когда, по-видимому, столь многие склонны безрассудно приносить их в жертву парадоксам одного модного писателя, которого очень трудно признать философом, после того как он в недвусмысленных изречениях отрицал безусловную предпосылку всякого философствования — самоценность истины.

ВОЗВЫШЕНИЕ К ОБЩНОСТИ ЕСТЬ РАСШИРЕНИЕ СВОЕГО «Я». Самопроизвольность, истинная индивидуальность образования этому вообще не противоречит. Она — достояние, добытое Сократом, Платоном и Кантом, теми мужами, к которым модное индивидуалистское фразерство относится наиболее пренебрежительно. Закономерности, сообразно которым формуется всякое содержание нашего сознания, а, следовательно, и наше образование, это — закономерности самого сознания: вот в чем неподдельный индивидуализм. Но он не исключает общности, а необходимо ведет к ней. Наоборот, отнимать у индивидуальности это отношение к общности значит сокращать ее, а не освобождать. Это — то же самое, как если бы взамен наслаждения от созерцания дали, видной мне из окна, я наслаждался гордым чувством, воображая, будто все, что я считал видимым снаружи, в действительности — картины на стенах моей комнаты.

Но последнее основание этого значения общности прямо вытекает из наших первых предпосылок. НЕПРЕРЫВНОСТЬ — вот изначальный закон сознания; то же самое оправдывается и во взаимоотношении не-

скольких личностей. Различные сознания не исключают друг друга, а, наоборот, соединяются в силу свойственной сознанию, как таковому, тенденции к единству, именно — к единству идеи.

Подобно тому, как функцией сознания вообще является установление единства; подобно тому, как всякий эмпирический материал, раз он действительно воспринят и переработан сознанием, должен искать связи, соединения в некотором единстве со всем имеющимся или достижимым содержанием сознания; подобно тому, как низшие, немного объемлющие единства, из которых каждое как бы имеет собственный центральный пункт, постоянно объединяются в свою очередь под все более и более высокими точками соединения, и таким образом возникает общая тенденция к некоторому последнему, всеобъемлющему единству, — так этот же закон должен подтвердиться и при столкновении двух индивидуально различных умственных миров, т.е. при всяком духовном общении. Ибо эти различающиеся миры строятся из одного и того же материала и по одним и тем же формальным законам, благодаря одной и той же основной силе соединения, «синтезу многообразного». Быть может, один из этих миров более совершенен; более обширен и вместе с тем более концентрически объединен, чем другой; быть может, он более совершенен в одних отношениях и менее совершенен в других и т.д.; но так как основная образующая сила у всех одна и та же, всегда однородная при неограниченном применении к самым разнообразным областям и в корне внутренне связанная, то ни один из этих различных миров не остается замкнутым для другого, но все они могут как бы слиться в один единый мир; их центры или точки соединены, как подчиненные, так и подчиняющие, до самых высших, могут как бы СОВПАСТЬ ПРИ НАЛОЖЕНИИ друг на друга; зачаточное или вообще лишь намеченное в одном может достигнуть в нем полноты благодаря тому, что он увидит это в законченной форме в другом; словом, передаваться может истинное образование, т.е. самопроизвольно формулирующая деятельность сознания, а не только мертвая материя, — как жизнь производится только самостоятельной жизнью.

Следовательно, из общности СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ вытекает вместе с тем возможность общности, созидающей всякое содержание, т.е. всякой ОБРАЗУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Лишь потому, в сущности, одинаково созидающееся содержание, что созидающая деятельность, закономерность созидания для всех одна и та же. Следовательно, общность должна распространяться именно на формальные элементы этой созидающей деятельности. Даже более того, именно САМОДЕЯТЕЛЬНОЕ созидание содержания в мышлении и образе мыслей, которое мы видим у другого, оказывает непосредственное влияние на наше собственное сознание и приводит в движение нашу собственную самодеятельность. Кто когда-либо научился чему-нибудь от другого, кто когда-либо уяснил себе что-нибудь, научившись смотреть таким же взглядом, каким ранее смотрел другой, сумевший как бы возвыситься учащегося до этого взгляда, — тому должен быть ясен этот смысл ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОБЩНОСТИ, и он должен понимать, каким образом всякое учение, всякое воспитание; всякое образование как рассудка, так и воли, всецело основывается на ней. Здесь речь идет не о внедрении извне и не о пассивном восприятии другой стороной. Самое интенсивное движение вперед благодаря помощи другого означает в то же время самую интенсивную самодеятельность, и наоборот. Получающий даже становится благодаря живости своего воспринимания, в свою очередь, возбуждающим, т.е. дающим; в этом — секрет того, что, обучая, мы учимся, воспитывая, сами воспитываемся. Если бы не существовало этой общности между сознаниями, тогда дело сводилось бы только к тому, что один подсовывает другому мертвый материал и более не интересуется, переработан ли и как переработан затем этот материал. Тогда, разумеется, учение и обучение по необходимости превратились бы в ту достойную презрения механическую деятельность, в которую их, к сожалению, часто превращает умственная леность обеих участвующих сторон.

Однако, если мы говорим, что учение происходит при условии известного взаимоотношения между периферическим восприятием даваемого материала и углубляющей переработкой его в центре, то этим еще не достаточно сказано. Ибо, в сущности, нет никакого даваемого материала; все, чему предстоит сделаться, собственно, содержанием сознания, должно разлагаться на форму и закон. Здесь — только различие в степени, от несвободного еще отношения к предмету, при каковом отношении лишь не познается зависимость предмета от формального закона сознания, до свободы этого познания и, вместе с тем, до полного господства над содержанием. Власть чувственного факта, чувственного удовольствия и неудовольствия существует лишь до тех пор, пока в нее верят; она исчезает перед свободой сознания, которое поднимается над нею, отдавая себе отчет в том, что принимаемое за чувственно данное зависит в действительности от законов духа.

И на все последовательные ступени этого освобождения сознания распространяется указанное влияние общности. Оно распространяется даже и на чувственные восприятия. Даже человеческое восприятие не развилось бы у человека вне человеческой общности. Ибо это восприятие включает и совершенно определенный способ понимания, который совсем не получается просто от природы, но создается человеком соответственно

его особым потребностям и способностям и передается не столько путем физической наследственности, сколько благодаря психическим сношениям. Немыслимо было бы, чтобы хаос впечатлений преобразовывался в стройный мир объектов, как он преобразовывается в действительности у всякого нормального ребенка в первые годы жизни, если бы каждый ребенок вначале должен был довольствоваться исключительно своими индивидуальными восприятиями, воспоминаниями и дополняющими представлениями, если бы не существовало такого взаимоотношения, благодаря которому ему становились бы доступны познания, приобретенные другими — прежде всего окружающими, а через их посредство — также и познания, приобретенные в прошлом всем человеческим родом. Представление об окружающем чувственном мире это — общее достояние в самом полном смысле слова; оно — общее достояние не только в том смысле, что у всех оно, в общем, складывается одинаково, но и потому, что оно не могло бы сложиться ни у одного человека без сотрудничества других, и даже у всего ныне живущего человечества — без опыта всего человечества, жившего до сих пор. Для педагогики этот факт имеет такое фундаментальное значение, как немногие иные; ибо без него не было бы решительно никакого начала воспитательной деятельности.

Особенно отчетливо это положение вещей проявляется в человеческой РЕЧИ и в ее неизмеримом значении для человеческого познания, для формирования человеческого сознания вообще. Если мы примем во внимание, как непосредственно и неизгладимо познаваемые нами вещи и все, что мы, по нашему мнению, в них познаем, носит в наших глазах окраску человеческой речи, человеческих понятий, выражаемых словами, как даже в уединении от окружающих, при безмолвном размышлении, мы постоянно пользуемся словами речи и, следовательно, сохраняем хотя бы фикцию общения, — тогда будет вполне ясно, насколько не психологично, а тем более не педагогично, говорить хотя бы только о теоретическом образовании отдельного человека, не считаясь с этим существенным условием — жизнью в общности.

Если же человеческое сознание уже в своей наиболее чувственной форме обусловлено общностью, то же самое лишь в повышенной степени надо сказать о человеческом САМОСОЗНАНИИ. Нет и не может быть самосознания без противопоставления и в то же время положительного соотношения с другим сознанием; нет понимания самого себя, если нет основы — понимания других; нет выступления против самого себя и суждения о самом себе, если нет многократного опыта, говорящего о том, как сознание выступает против сознания, как один судит о другом; нет и не могло бы быть ни вопроса, ни ответа, ни загадки, ни разгадки, как чего-то возникающего в самосознании отдельного человека, если бы все это сперва не встречалось во взаимоотношениях индивидуумов в общности. Каким образом мог бы я сам относиться к себе, как к личности, если бы мне не противостояла ранее какая-нибудь личность, в которой я познаю другое «я»?

Все это, однако, находит не только одинаковое применение как в теоретической, так и в практической области; надо сказать, что ни одно из этих отношений никогда не бывает только теоретическим, но непосредственно и неизбежно является также и практическим. Всякая общность сознаний необходимо влияет и на волю; всякая человеческая общность необходимо в какой-нибудь мере — общность воли.

Конечно, хотение, в особенности же чистое хотение, само по себе абсолютно индивидуально; никто другой не может хотеть вместо меня, быть поручителем за меня. И общность не оказывает образовательного действия на волю, особенно в нравственном смысле, при условии, если один просто подчиняется пассивно влиянию другого. Но не это мы и называем общностью. Под общностью мы понимаем, как указывает и само слово, такое положение, при котором известное духовное достояние является общим и им пользуются на равных правах, — а не тот случай, где один со своим духовным содержанием просто находится в зависимости от другого. Эта зависимость, по крайней мере в той форме, в которой она естественна у ребенка по отношению к взрослому (хотя и здесь она существует не в такой мере, как любят утверждать педагоги), — эта зависимость может, правда, служить исходною точкою; но об общности воли, об образовании воли посредством общности можно, собственно, говорить лишь в том случае и лишь постольку, поскольку один стоит против другого, как равный против равного, поскольку они в свободном согласии учатся хотеть одного и того же; ибо воля в полном смысле слова, это — самосознание.

А каким образом это складывается в общности, можно ясно видеть именно на аналогии развития ТЕОРЕТИЧЕСКОГО познания в общности, именно — в общности УЧАЩЕГО и УЧАЩЕГОСЯ. Ведь это развитие, как вытекает из всего сказанного, заключается не в том, что я гляжу глазами другого, т.е. завязываю себе глаза и пользуюсь его глазами вместо своих; это было бы просто принятием чужих мнений. Напротив, я должен пользоваться собственными глазами, но должен упражнять их взгляд, научиться им управлять, точно так же, как другой должен был упражнять свой взгляд и управлять им, чтобы быть в состоянии поставить меня с моим собственным взглядом в свою точку ясного видения и таким образом видеть то, что он видит, но чего я рань-

ше не видел. Именно об этом говорил Сократ, когда утверждал, что совсем не существует учения и обучения, поскольку под этими словами понимается как бы вливание познания, имеющегося у одного, в душу другого, как в пустой сосуд; понять что-нибудь каждый может только сам, познание можно черпать только из самосознания, и все, чем способствует этому другой, состоит только в том, что, ставя вопросы и пробуждая сомнения, он дает толчок к исканию, — как бы указывает область, в которой искомое может быть найдено. Но что этим путем общность оказывает обучающее действие, даже более — что истинное обучение возможно только в такой форме, это было глубоко познано Сократом и вслед за ним Платоном, который уже не мог и представлять себе развития познания иначе, как в форме взаимного обмена, в форме беседы.

Но то, что надо, таким образом, признать в вопросе о теоретическом учении и чего никогда не следовало бы забывать как начала здоровой «дидактики», — то же самое может быть применено и к образованию воли, и при том не только как к особому случаю такого учения: это теоретическое учение, в свою очередь, совсем не совершается без развития воли. Оно совершается, сказали мы, путем того, что человек учится упражнять собственный взгляд и управлять им; но это — уже волевое действие. Теоретическое учение может быть только собственной активной работой еще и в том смысле, что оно ЗАВИСИТ ОТ ХОТЕНИЯ, что человек учится даже учиться, только учась хотеть. Следовательно, всякое истинное обучение, т.е. обучение, дающее в результате свободное понимание, а не просто принятие на веру чужих взглядов, — является, бесспорно, в то же время воспитанием, и не потому, что простое обучение рассудка само приводит в движение волю, а наоборот — потому, что обучение рассудка без развития воли совсем не было бы достижимо.

При этом ПЕРВИЧНОЕ действие общность оказывает на волю. Человек научается хотеть, узнавая из опыта о хотении других. Энергичная воля другого человека, как говорится, увлекает нас за собою, подобно могучему потоку, который принимает в себя воду из более лениво текущих притоков и заставляет ее примкнуть к своему быстрому движению. Но в этом образе еще слишком затемняется то обстоятельство, что именно энергия собственного хотения повышается, воля не насилуется и не ставится в зависимость, а делается лишь еще более самостоятельной, когда из опыта узнается, как самостоятельна и как в этой самостоятельности энергична воля другого. Итак, если в случае теоретического учения видеть то, что другой видел, но чего я вначале не видел, я обучаюсь, ставя себя по собственной воле в точку его ясного видения, — аналогично с этим я начинаю понимать последнее основание хотения, заключающееся в изначальном законе самосознания, лишь узнавая из опыта, как в другом человеке хотение всегда сводится к этому последнему основанию и из него же исходит.

Следовательно, именно самосознание и, значит, самосознательное хотение развивается исключительно в общности и вместе с общностью сознания, — общностью, которая прежде всего есть общность воли. Именно в самом глубоком единении с другим я отличаю себя от него и нахожу самого себя. В каждом есть нечто бесконечное; его я замечаю в себе самом, лишь почувствовав бесконечность в другом. Чем глубже мы друг друга знаем (а для этого всегда уже требуется глубокое единение), тем более уверенно ощущаем мы границу, где начинается различие между нами. Это верно вообще и особенно верно относительно практического сознания, для которого ведь является существенною его связь с бесконечностью.

Итак, теория воспитания воли должна прежде всего принять в качестве предпосылки жизнь в общности; из этой предпосылки она должна с самого начала исходить и с выводами из нее должна на каждом шагу считаться. При этом речь не может идти только об отношениях между единичными людьми, и здесь возникают затем вопросы об отношении отдельного человека к конституированной человеческой общности в ее многообразных формах, начиная с семьи и до общины, государства и, в конце концов, человечества. Образовательная общность единичных людей — это только простейший случай, как бы клетка или теснейшее соединение клеток во всем организме человеческой общественной жизни, в котором, собственно, ни один единичный человек и никакая группа единичных людей не живет и не функционирует совершенно самостоятельно, но всегда соотносительно своему отношению к большему целому, в конце концов — к человечеству. Единичный человек, и точно так же отдельная группа, живет и действует в силу этого отношения, хотя бы и не ведая о том; но только развитое сознание этого отношения ведет и единичного человека, и отдельную группу к такой деятельности, относительно которой может существовать уверенность, что направление ее — здоровое, и что результаты будут благоприятны.

Таково то понимание задач учения о воспитании, которое должно поддерживаться в памяти заглавием СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА. Под этим заглавием разумеется, следовательно, не какая-нибудь ОТДЕЛИМАЯ ЧАСТЬ учения о воспитании, наряду, например, с индивидуальной педагогикой, а КОНКРЕТНАЯ постановка задачи педагогики вообще и педагогики воли в частности. Чисто индивидуальное рассмотрение воспитания — это АБСТРАКЦИЯ, которая имеет известную ограниченную ценность, но которую, в конце концов, необходимо

преодолеть.

Итак, понятие социальной педагогики выражает принципиальное признание того факта, что воспитание индивидуума во всех существенных отношениях обусловлено социальными причинами, точно так же, как, с другой стороны, придание человеческого уклада социальной жизни коренным образом зависит от соответствующего такому укладу воспитания индивидуумов, которые должны в этой жизни участвовать. Сообразно с этим должна в таком случае определяться и последняя, наиболее объемлющая задача образования для единичного человека и для всех единичных людей. СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ — вот, следовательно, тема этой науки. И ее мы рассматриваем не как две отдельные друг от друга задачи, но как одну единственную. Ибо общность состоит лишь в соединении индивидуумов, а это соединение, в свою очередь, существует только в сознании отдельных ее членов. Поэтому последний закон для индивидуума и общности по необходимости — один и тот же⁴.

Но такое понимание этих фактов имеет вместе с тем решающее значение для НАУЧНОГО ПОНИМАНИЯ САМОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ. Общность это — не неподвижный, неизменный фактор, как не является таким фактором и индивидуум. Подобно последнему, она подвергается развитию, и это развитие должно, в конце концов, совершаться ПО ТЕМ ЖЕ ОБЩИМ ЗАКОНАМ, как и развитие индивидуума. Знание хотя бы высших законов этого развития является предпосылкою и для всякой серьезной попытки взвесить влияние, которое общность оказывает и должна оказывать на образование отдельного человека. Следовательно, истинная социальная педагогика не может уклоняться от вопроса об ОСНОВНЫХ ЗАКОНАХ ОБЩНОСТНОЙ ЖИЗНИ. На этот вопрос должен быть возможен и ответ, согласный с нашими основными положениями, именно потому, что общие законы образования общности, согласно глубокому пониманию ПЛАТОНА, в конце концов необходимо тождественны с законами образования индивидуума. Таким образом, уже набросанную несколькими главными штрихами и вскоре подлежащую боле детальной отделке картину закономерного развития отдельного человека надо увеличить до размеров общности. Во главе стоит основной закон КОНЦЕНТРАЦИИ сознания одновременно с РАСШИРЕНИЕМ его КРУГОЗОРА. Ведь основание, на котором строилось все это рассуждение, состояло в том, что один и тот же основной закон должен подтверждаться как при соприкосновениях индивидуально различных миров сознания, так и в каждом отдельном таком мире. Подобно тому, как во внутреннем мире «рассудка» благодаря столкновениям и согласованиям образуется все более глубокое и, вместе с тем, все более объемлющее единство понимания; подобно тому, как в области «воли» повторяется тот же процесс, — так должна — и при том именно в обоих этих отношениях, но сперва в отношении воли — совершаться и концентрация разных сознаний посредством столкновений и сравнений в неуклонном неограниченном движении вперед, приводя от лишь внешнего соединения к внутренней общности, от «гетерономии» к «автономии». И те же главные ступени, которые проходит развитие единичного человека, — именно, через РАБОТУ И УПРАВЛЕНИЕ ВОЛЕЮ К ЗАКОНУ РАЗУМА — должна проходить в своем движении вперед и общность. Основные формы социальной жизни, основные виды социальной деятельности, а, наконец, и особые формы социальной организации, служащие непосредственно делу образования единичных людей, — все это мы должны быть в состоянии вывести, стоя на одной и той же почве.

Сказанным наша задача ясно намечена, цель и пути исследования определены. Мы разделяем это исследование на две главные части; первая носит собственно этический характер, и при том индивидуально-этический и социально-этический; она должна будет вместе с тем в качестве предпосылки к социальной этике установить вообще основы социальной философии; другая часть, которую мы имеем в виду более подробно разработать, носит в более тесном смысле педагогический характер.

⁴ По поводу понятия социальной педагогики ср., далее, статью Sozialpädagogik в Rein's Encyklopaedisches Handbuch der Pädagogik, а также возражения Trueper'y (Deutsche Schule, VI, 1902, стр. 82 и сл.) и Edelheim'y (Archiv für soziale Gesetzgebung, XVII, 1902, стр. 545 и сл.). Возражая обоим критикам, я различал изложенный в тексте взгляд как «монистический» от «дуалистического», согласно которому индивидуальное и социальное рассмотрение воспитания стоят рядом, лишь дополняя друг друга, между тем как, согласно моему положению, между индивидуумом и общностью существует столь тесное взаимоотношение, что внешнее разграничение индивидуальной педагогики от социальной теряет вообще всякий смысл. Разумеется, чисто индивидуальное рассмотрение возможно, хотя оно и не полно; но социальное рассмотрение по необходимости включает в себя индивидуальное или, по крайней мере, содержит основания для индивидуального рассмотрения...

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е. Г. Дозорцева

ДЕВОЧКИ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЬНИЦЫ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Москва.

Рост подростковой преступности, увеличение тяжести криминалов несовершеннолетних стали характерными и тревожными признаками социального неблагополучия в современной России. Для преодоления этих тенденций необходима кропотливая работа с подростками с учетом биологических, социальных, психологических факторов их развития. Однако, говоря о несовершеннолетних правонарушителях, или делинквентных подростках, мы, как правило, представляем себе мальчиков. Действительно, традиционно девочки составляли около 8%-10% от числа подростков с противоправным поведением. В то же время одна из отличительных черт современной ситуации, причем не только в России, заключается в более быстром росте преступности девочек. Кроме того, сейчас девочки в большей степени, чем раньше, склонны к совершению агрессивных криминалов. Кто же такие девочки-правонарушительницы? Каковы их психологические особенности? Что служит причиной их формирования как делинквентных подростков? Связано ли это с психическими аномалиями? Каков внутренний мир этих девочек? Что можно сделать для того, чтобы помочь им войти в нормальную социальную жизнь? Для ответа на эти вопросы необходимы специальные исследования психологов, психиатров, социологов, педагогов.

Одно из таких исследований было выполнено нами на основе обследования более 300 девочек в возрасте от 14 до 18 лет, воспитанниц учебно-воспитательных учреждений закрытого типа для подростков с девиантным поведением. Девочки направлялись в эти учреждения за совершение краж, грабежей, агрессивного насильственных и хулиганских действий. Данные об их развитии сравнивались с соответствующими показателями у школьников, не совершавших противоправных поступков.

Одним из наиболее важных для нашего анализа был вопрос о том, является ли развитие делинквентных девочек аномальным в клиническом и психологическом плане. Психиатрическая диагностика⁵ показала, что психически здоровыми являются лишь 33,3% девочек. Нарушения личностного развития (патохарактерологическое развитие, формирующаяся психопатия) были зафиксированы в 25,8% случаев. При этом наиболее часто встречаются черты неустойчивости, возбудимости, сенситивности и истероидности. У 41,9% девочек обнаруживались признаки органического поражения головного мозга с преобладанием психоорганического синдрома (35,5%) и легким снижением интеллекта (23,7%). В 20,4% случаев отмечались задержки психического развития. 22,6% девочек злоупотребляли психоактивными веществами (алкоголем, наркотиками, токсическими веществами).

Группа психически здоровых делинквентных девочек по своим основным психологическим характеристикам – особенностям реагирования и способам совладания со стрессом, самооценкам – мало отличалась от школьников с нормальным социальным поведением. У них наблюдались признаки педагогической запущенности, эпизодическое употребление психоактивных веществ. В целом, они обладали достаточными внутренними ресурсами для нормального личностного развития и нуждались скорее в социально-педагогической работе.

Остальные девочки разделялись на две категории по свойствам, имеющим биологическую природу: стеничности–астеничности реакций и поведения.

Астенический, или гипостенический, полюс реактивности наблюдался, в основном, у девочек с признаками органического поражения головного мозга и сенситивным, астеническим, зависимым и неустойчивым типом личности. Для них характерны пассивность, зависимость от окружающих, несамостоятельность, склонность к избеганию проблем, низкая агрессивность. Многие из этой категории отличаются невысокими интеллектуальными способностями. В большинстве случаев девочки этой группы проявляют положительные социальные установки, однако в действительности основой их поведения служат не эти мотивы, а незрелые непосредственные побуждения, часто исходящие от асоциального окружения. В целом, астенический тип реагирования у делинквентных девочек связан с незрелостью, неразвитостью их личности. В силу этого прогноз их дальнейшего формирования значительно зависит от той среды, в которой они будут жить. Важно то, что у них

⁵ Выполнена д.м.н. Н.В. Вострокнутовым

отсутствуют устойчивые асоциальные установки. Постоянная поддержка со стороны социальных служб, медико-психологическая коррекция и реабилитация, направленная на оптимизацию их состояния, выработку самостоятельных форм поведения могут способствовать успешной адаптации девочек в обществе.

Противоположный стенический, или гиперстенический, полюс реагирования составляют девочки с нарушениями личностного развития. Им свойственно патохарактерологическое развитие и формирующаяся психопатия с истероидными, возбудимыми и эпилептоидными чертами. Типичные особенности таких девочек – повышенная агрессивность, конфликтность, стремление к свободе от ограничений, непосредственность, ситуативность и эгоцентричность побуждений. Кроме того, они отличаются низкой самооценкой и ожиданием негативного отношения от окружающих. Как и следовало ожидать, этой категории девочек свойственна и максимальная выраженность асоциальных проявлений. Особенно типичны описанные особенности для девочек с истероидными личностными чертами. Высокая активность таких подростков и закрепление у них аномальных форм поведения делает риск их криминализации в будущем особенно высоким. Однако они обладают внутренними ресурсами и для другого варианта развития. Внутренняя конфликтность и неудовлетворенность собой, как правило, хорошие интеллектуальные возможности, высокая активность могут при правильной организации групповой и индивидуальной психокоррекционной работы способствовать позитивным изменениям.

Разумеется, такие биологически обусловленные особенности, как психическая реактивность, не являются единственными и даже определяющими в развитии делинквентного подростка. Ведущую роль в этом процессе играет социальное окружение, и прежде всего семья. То, что подростки-правонарушители происходят из неблагополучных семей, – общеизвестный факт. Действительно, в обследованной нами группе лишь около 15% процентов семей могут быть отнесены по внешним признакам к благополучным. Важно, однако, выяснить, какие именно факторы и каким образом наиболее неблагоприятно влияют на девочек. По нашим данным, не только социальный облик родителей, но и характер их отношения к девочкам имеют в этом смысле особое значение. Родители социально адаптированных школьников проявляют к дочерям позитивный интерес и в то же время сохраняют автономную позицию. Это позволяет девочкам в условиях необходимой эмоциональной поддержки и доверия развиваться как самостоятельным и независимым личностям. Группа же делинквентных девочек значимо отличается от школьников по таким характеристикам родительского отношения, как враждебность, директивность и непоследовательность. Подобные установки матерей и отцов пагубно сказываются на психическом здоровье дочерей, способствуя формированию у них личностных расстройств, диссоциальности, употреблению наркотиков.

Особое значение для развития девочек имеет отношение к ним матерей. Это обстоятельство, вероятно, объясняется тем, что с обоими родителями проживали не более трети девочек. Положительный характер такого отношения помогает сохранению психического здоровья дочерей. Отвергающее отношение, враждебность матери сказываются, прежде всего, на отношении девочек к самим себе. По этому показателю делинквентные девочки также существенно отличаются от своих социально адаптированных сверстниц. Им свойственно неприятие себя в целом, ожидание антипатичного отношения со стороны окружающих, внутреннее дистанцирование от себя самих, неверие в свои силы и способности, отсутствие стремления контролировать свою жизнь, непонимание себя. Очевидно, что такое восприятие себя и отношение девочек к себе искажено и далеко от реальности. Как выяснилось, его корни лежат именно в отношении матерей. Если у школьников восприятие себя не связано с отношением родителей, что говорит о его самостоятельности, то у девочек-правонарушительниц наблюдается тесная связь между самоотношением и стилем поведения матери по отношению к дочери. Это означает, что их самовосприятие в значительной степени является отражением материнских установок. Они некритично переносят девочкой на саму себя. От этого страдает не только ее представление о собственном «Я», но и отношение к другим людям, от которых ожидают подобные же враждебные установки и поведение.

Еще одна психологическая особенность внутреннего мира делинквентных девочек, которую выявило наше исследование, заключается в попытках компенсации описанного негативного отношения к себе. Незнание и непонимание себя, конфликтное отношение к себе требуют создания положительного образа «Я». Однако в реальности девочки не имеют опоры для такого образа и находят его в фантазиях, в мечтах о себе в будущем, об идеальном «Я». С одной стороны, это дает им частичное удовлетворение и надежду. С другой, разрыв между идеальным представлением о себе и реальностью делает их внутренний конфликт еще сильнее. Это ведет, однако, не к попыткам сделать себя лучше и приблизиться к идеалу (что само по себе практически невыполнимо из-за фантастичности такого образа), а к необходимости дополнительной компенсации, либо к состояниям отчаяния и попыткам самоутверждения уже в отрицательной роли, за счет агрессивных асоциальных действий. Прерывание такого порочного круга возможно лишь при условии восстановления у девочки реалистич-

ного положительного отношения к себе и окружающим. Этого, в свою очередь, можно добиться только при изначально положительном отношении к подростку, при создании возможностей для развития его самоуважения и уверенности в себе в условиях реальной деятельности. Сложность реализации такого подхода связана с тем, что у девочек-правонарушительниц, как правило, уже привычно закреплены негативные формы поведения и их коррекция требует значительной степени принудительности. Нахождение правильной меры и временной динамики сочетания ограничений и предоставления подросткам самостоятельности в условиях теплого понимающего и принимающего отношения со стороны окружающих – основной секрет работы с делинквентными детьми.

Итак, в основе противоправного поведения и аномального развития личности у девочек лежат разнообразные причины, взаимодействие которых в каждом отдельном случае дает своеобразный индивидуальный феномен. Однако знание этих причин позволяет точнее диагностически оценить нарушения развития и найти к подростку правильный коррекционно-реабилитационный подход. Он будет различным в случае пассивной незрелой, неустойчивой зависимой девочки и яркого демонстративного подростка с асоциально вызывающим поведением. Важно в каждом из этих случаев видеть травмированного и нуждающегося в помощи юного человека, соединяющего в себе не только серьезные проблемы, но и внутренние нераскрытые ресурсы.

О. Г. Трофимов

ЗАНЯТИЯ ВОСТОЧНЫМИ ЕДИНОБОРСТВАМИ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ У ПОДРОСТКОВ

Институт педагогики социальной работы РАО. Москва.

Спонтанный, хаотично складывающийся досуг ребенка несет в себе возможные негативные влияния, риск возникновения и реализации пагубных привычек, в том числе первый опыт употребления наркотических веществ. Опросы подростков и юношей, имеющих сформированную наркотическую зависимость, показывают следующее. Подавляющее большинство наркозависимых подростков имели проблемы адаптации в социуме, изначально не имели социальной направленности и, как следствие, отличались низким уровнем социальной активности. Мотив, как правило, самим подростком не формулировался, наиболее частые варианты ответов: «не знаю», «так получилось», «интересно было попробовать». Большое значение имел фактор «ложной элитарности», основанный на утверждениях типа «моя жизнь не для всех», «мне знакомо то, что вам недоступно» и т.п.

Семья не оказывала решающего влияния на решение «принимать–не принимать» наркотики. Первый опыт употребления наркотиков происходил в условиях спонтанного проведения досуга. *Никто из опрошенных не мог вспомнить, чтобы кто-то прилагал усилия к организации его досуга.*

Многочисленные дискуссии на всех уровнях, апеллирующие к воспитательной роли семьи, на практике нередко оказываются непродуктивными. Статистика роста неполных и неблагополучных семей является наглядной иллюстрацией декларируемого акцента на «родительское воспитание». Другим значимым фактором является занятость родителей для обеспечения материального благосостояния семьи. Воспитательный потенциал подобных семей, большей частью, декларативен либо существенно ограничен. Ребенок требует ежедневного и целенаправленного внимания, а не пожертвования свободного времени родителей на алтарь его воспитания.

В воспитательной работе и организации досуга ребенка интересен опыт преподавания военно-прикладных видов спорта, в частности восточных единоборств. Важно учитывать, что пригодность боевых искусств в активной воспитательной и досуговой деятельности подкрепляется высокой привлекательностью их для школьников. Над этой «привлекательностью» трудится целая индустрия шоу-бизнеса жанра «экшн». Вряд ли какая-либо отрасль народного образования будет обладать подобными экономическими возможностями в реализации своих планов.

Восточные единоборства обладают «комплексным рядом» качеств, необходимых ребенку для самореализации, самоутверждения, приобретения собственных взглядов:

- ♦ *физическое развитие* позволяет успешно справляться со всеми видами нагрузок, уметь постоять за себя, регулировать чье-либо лидерское отношение к себе;

- ♦ *дисциплинарный аспект* занятий восточными единоборствами также качественно отличается от общепринятого понимания дисциплины. Во-первых, он подразумевает признание авторитета знания, а не банально-го физического превосходства. Во-вторых, учит подчинению старшим на основе доверия, а не иерархических норм. В-третьих, шлифует лидерские качества, избавляя их от «тиранических» тенденций. В-четвертых, ста-

вит уровень притязаний в полную зависимость от достигнутых собственным трудом результатов. В-пятых, формирует осознанный характер любого действия. В-шестых, исключает возможность достижения какого-либо результата за счет других;

♦ *философия* боевых искусств несет в себе большой воспитательный потенциал. В первую очередь, это отношения «учитель-ученик». Роль Учителя не ограничивается передачей знаний и контролем их усвоения, это целый комплекс сложных взаимоотношений, в основе которых лежит ответственность за ученика в целом. Грамотное изложение «философии Востока» уводит ребенка от «потребительской психологии», ориентируя на общечеловеческие ценности, независимые от «идеологизированных» норм;

♦ *профессиональный аспект* неизменно присутствует при занятиях боевыми искусствами. Нередко школьник принимает решение посвятить себя службе в армии, органах МВД, ФСБ, либо профессионально заниматься спортом, в том числе тренерской деятельностью.

Современные программы обучения, их вариативность и требования не несут в рамках предметов воспитательного аспекта. Будучи занят на уроках, ребенок зачастую воспринимает учебную нагрузку как некую повинность. Дети испытывают потребность в смене деятельности, стремятся поскорее покинуть стены класса. Необходимость переключения активного внимания и смены деятельности диктуется нормальными физиологическими закономерностями. Традиционно досуг считается временем для этого «переключения». Поэтому организация досуговой деятельности школьника представляется необходимой в воспитательной работе.

За три года функционирования в Доме творчества учащихся г. Наро-Фоминска секции каратэ через нее прошло около 200 детей. Анализ деятельности секции показывает следующее:

- ♦ никто из занимавшихся в секции не употреблял и не употребляет наркотиков;
- ♦ никто из занимавшихся в секции не имел уровень успеваемости ниже среднего;
- ♦ никто из занимавшихся в секции не имел приводов в милицию за хулиганские действия и т.п.;
- ♦ четверо из занимавшихся в секции сделали профессиональный выбор в пользу службы в армии и правоохранительных органах.

Преподавание военно-прикладных видов спорта, в частности восточных единоборств, представляется одной из полезных и оптимальных форм как в воспитательном, так и досуговом аспекте.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Ю. С. Шевченко, Н. К. Кириллина, И. В. Добридень

ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Российская медицинская академия последиplomного образования, Московский государственный педагогический университет. Москва.

Проблема элективного мутизма (ЭМ) – одна из малоизученных в современной психиатрии. Это связано с тем, что ЭМ – относительно редкое заболевание, встречающееся, в основном, в дошкольном и раннем школьном возрасте, при котором ребенок, владеющий навыками речи и понимающий речь других людей, отказывается разговаривать с определенными людьми (чаще незнакомцами) в определенных ситуациях (чаще вне дома) [24, 41, 44, 52, 58, 77, 78, 99, 101, 117].

Мутизм (лат. *mutus* – немой) – это полное или частичное отсутствие речевого общения с окружающими при сохранной способности говорить и понимать речь. Он может быть тотальным и парциальным (элективным). При тотальном мутизме, наблюдающемся как у детей, так и у взрослых, имеет место полное молчание в любой обстановке и в присутствии любых лиц. Он отмечается при кататонических и кататоноподобных состояниях в рамках шизофрении, при синдроме раннего детского аутизма, глубокой депрессии, нарколепсии, реактивных состояниях, истерии, а также при неврологических заболеваниях, связанных с органическим поражением базальных ганглиев, лобных долей или лимбической системы мозга [32].

В литературе, посвященной ЭМ, встречаются также термины – «избирательный мутизм», «селективный мутизм», «парциальный мутизм», «добровольный мутизм», «психогенный мутизм», «ситуационно обусловленный мутизм», «характерологический мутизм», «речевая фобия», «немота при сохранном слухе» [7, 15, 29, 43, 75, 81, 124]. Но в последние годы всеобщее распространение получили два термина – элективный мутизм (принятый в МКБ-10 и DSM-III) и селективный мутизм (принятый в DSM-IV). Публикацией DSM-IV название было изменено с элективного мутизма на селективный мутизм, чтобы подчеркнуть, что нарушение представляет собой аномальное поведение, скорее селективно зависимое от социального контекста, чем добровольное [56].

История изучения проблемы элективного мутизма.

Термин «элективный мутизм» (нем. *Electiver Mutismus*) был предложен в 1934 году швейцарским детским психиатром М. Трамер [118]. Он описал случай избирательного мутизма у 7-летнего мальчика, который не говорил в школе, хотя нормально разговаривал в дома. Трамер одним из первых использовал термины «тотальный» и «элективный» мутизм. Детей, страдающих мутизмом, он описал как «непсихотических, разговаривающих только в кругу близких». Мутизм Трамер трактовал как задержанный, архаический оборонительный рефлекс. Предрасполагающими факторами он считал наследственную отягощенность психическими заболеваниями и своеобразие характерологических черт у родителей: пугливость, ранимость, несамостоятельность.

Однако первое сообщение о 3 случаях элективного мутизма было сделано еще в 1877 году немецким психиатром А. Kussmaul [90], описавшим нарушение, при котором люди не говорили в некоторых ситуациях, несмотря на то, что имели способность говорить. Он назвал его «*aphasia voluntaria*», таким образом подчеркивая добровольный характер отказа от речи. С тех пор литература по ЭМ основывалась главным образом на описании единичных случаев или серии случаев [20, 36, 49, 113, 119].

Изучение ЭМ у детей началось лишь с 20-х годов XX века, до этого самостоятельно это нарушение практически не рассматривалось. В 1927 году вышла работа французского детского психиатра G. Heuyer [72, 73], описавшего случай мутизма у 9-летнего ребенка со сниженным интеллектом. Основную причину возникновения мутизма автор видел в изменении эмоциональных взаимоотношений между матерью и ребенком. Heinze H. [70] в 1932 году описал троих «добровольно молчащих детей». К основным причинам возникновения «добровольного» мутизма он отнес особенности личности, такие как повышенная чувствительность, отсутствие активности и инициативы, упрямство, капризность, колебания настроения, инфантилизм. Автор высказал мнение, что такие дети готовы противиться всякой новой ситуации, новой нагрузке, страшатся перемены обстановки.

Большое внимание ЭМ уделено в работах М.В. Соловьевой [28]. ЭМ рассматривался ею как проявление своеобразного невроза, возникающего под влиянием психической травмы у детей, или как специфическое выражение личностного реагирования у детей с особым складом характера. Предрасполагающими факторами

М.В. Соловьева считала интеллектуальную и речевую неполноценность. Она впервые провела дифференциальную диагностику непсихотического мутизма с психотическим (шизофреническим) мутизмом.

В 1950 году Weber A. [122] в своей статье, посвященной ЭМ, трактовал его как возвращение на более ранний этап социально-психологических связей под влиянием неспособности личности установить нужный контакт. Автор считал мутизм результатом симбиотической привязанности к матери и склонности к оральному торможению (парциальный механизм «мнимой смерти»)

Т.П. Симсон [26, 27] описала случаи полного выключения речи у детей, живших в оккупированной зоне во время Великой Отечественной войны. Она рассматривала мутизм как затяжное невротическое состояние, развивающееся под влиянием сверхсильных для ребенка раздражителей, подчеркивая роль патологического торможения, развивающегося в коре больших полушарий и захватывающего речевой анализатор. Большое значение она придавала органически измененной почве, на которой часто возникает мутизм у детей.

Г.Е. Сухарева [29, 30] считала, что мутизм возникает под влиянием умеренно интенсивного шокового психогенного воздействия по механизму «парциального торможения» филогенетически молодых систем и функций, прежде всего функции речи. Она подчеркивала разницу в проявлениях элективного (психогенного) мутизма у детей младшего и более старшего возраста. У школьников и подростков клиническая картина значительно сложнее, и, как отмечает автор, могут наблюдаться различные реакции личности в связи с затяжным характером мутизма.

М.И. Буянов [3, 5] обследовал 30 детей и подростков в возрасте 10-17 лет с различными проявлениями патологического формирования личности тормозимого типа, сочетавшегося со следующими клиническими типами ЭМ: невротическим, патохарактерологическим и аутохтонным (спонтанным). Патохарактерологический мутизм был результатом зафиксировавшейся сверхценной реакции протеста. Аутохтонный (спонтанный) мутизм обычно возникал у подростков с шизоидными чертами характера или в случаях далеко зашедшего формирования личности псевдошизоидного типа. Мутизм у детей и подростков с патологическим формированием личности тормозимого типа возникал на фоне резидуальной органической церебральной патологии.

Е.И. Кириченко и Л.А. Каганская [11, 12] изучили 15 детей дошкольного возраста с психогенным мутизмом. Авторы показали зависимость клиники и динамики состояния психогенного мутизма от характера психогении и почвы, на которой он развивается. Было выделено две группы больных: в первой мутизм развивался на фоне нормального интеллектуального и речевого развития, а во второй – на фоне резидуальной церебрально-органической недостаточности. Для детей первой группы преимущественное значение для возникновения мутизма имели острые и подострые психические шоковые травмы. Причинными факторами возникновения мутизма для детей второй группы являлись хронические психотравмирующие ситуации, связанные с осознанием неполноценной личностью своего дефекта.

В.В. Ковалев [15, 16], описывая логофобию при заикании, указывал, что в пубертатном возрасте она может привести к полному отказу от устных ответов на уроках, что служит причиной школьной дизадаптации и становится дополнительным источником переживаний неполноценности.

Критерии диагностики

В МКБ-10 [127] «элективный мутизм» включен в главу 10 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», раздел «Расстройство социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте (F94)». Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным); 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна; 3) длительность расстройства свыше 4 недель; 4) отсутствуют общие расстройства развития (F84); 5) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь.

В МКБ-9 [126] ЭМ не был выделен в отдельную рубрику, он входил в раздел «Специфические для детского возраста нарушения поведения и эмоций», подраздел «с сенситивностью, робостью и социальной аутизацией» (Шифр - 313.2).

Последнее издание DSM-IV [38, 39] приняло новый термин «селективный мутизм». Он включен в главу «Расстройства младенческого, детского или подросткового возраста», раздел «Другие расстройства младенческого, детского или подросткового возраста» (Шифр - 313.23). Диагноз ставится в случае, если ребенок, который владеет навыками речи и может понимать других людей, отказывается разговаривать в течение, по меньшей мере, 1 мес. в определенных социальных ситуациях.

Наряду с приведенными критериями существует еще целый ряд определений этого заболевания, сделанных другими авторами. По Wilkins R. [125] ЭМ проявляется в обществе определенных лиц или групп лиц, либо в определенных ситуациях в обществе, при которых речь ребенка может замедляться или могут проявляться трудности артикуляции. Продолжительность должна быть не менее 6 мес., интеллект - не ниже 70 баллов, по Векслеру, а также должны отсутствовать психотические симптомы.

Hesselman S. [71] считает, что термин «ЭМ» должен быть отнесен исключительно к детям без психотических симптомов и уровень интеллекта которых лежит в пределах нормы и которые разговаривают только с избранными лицами. Однако в отношении уровня интеллекта большинство авторов придерживаются другой точки зрения.

Shenk-Danziger L. [108] описал 64 случая ЭМ у детей, из которых 50% были с легкой степенью умственной отсталости (IQ: 55-70) или с пограничной (IQ: 71-80) и 31% были на нижней границе нормы. Два из 4 пациентов, описанных Reed G. [98], имели невербальный IQ ниже 70. Kolvin I. and Fundudis T. [81] обследовали 24 ребенка с ЭМ и две контрольные группы: дети с задержкой речи и здоровые дети. IQ у детей с ЭМ – 85, IQ у детей с задержкой речи – 95, IQ у здоровых детей – 101. Kupietz S. and Schwartz I. [88] сообщили о некоторых данных когнитивного дефицита у 2 из 3 субъектов. Kristensen H. [85] описала два случая ЭМ у детей с задержкой развития, а в своем последнем исследовании [86] она установила, что ЭМ одинаково часто сочетается с тревожными расстройствами и расстройствами развития (в 68,5 % случаев у детей с ЭМ в сравнении с 13 % в контрольной группе). В своей монографии, посвященной мутизму, Lebrun Y. [92] рассматривает ЭМ у детей с нормальным развитием и у детей с задержкой развития (недоразвитием) речи. Два случая ЭМ у детей с умственной отсталостью описали Klin A. and Volkmar F. [79]. Steinhausen and Adamek (цит. по Steinhausen H. and Juzi C. [112]) утверждают, что ЭМ возникает независимо от уровня задержки речи.

Таким образом, можно отметить, что в отношении критериев диагностики ЭМ, касающихся уровня развития речи и интеллекта, а также длительности отказа от речи, у различных авторов до сих пор не существует единого мнения, что делает очевидным необходимость дальнейшего изучения этих вопросов.

Эпидемиология

ЭМ считается сравнительно редким явлением, его частота во всей популяции детей и молодежи составляет в среднем 0,02%, а среди детей, получающих психиатрическую помощь – около 0,2% (табл. 1).

ЭМ часто проявляется при начале занятий в школе или в дошкольном периоде [1, 2, 37, 59, 60, 103, 105]. Начало школьного обучения часто является первой и единственной ситуацией, в которой может проявиться рассматриваемая патология, особенно у детей из социально изолированных семей, в которых тенденция к мутизму может остаться незамеченной из-за небольшого количества общественных контактов. Как правило, дети направляются к специалистам не родителями, а школой. В работе Wergeland H. [123] отмечено, что из 11 обратившихся по поводу ЭМ детей ни один не был направлен семьей.

В единственном популяционном исследовании с контролем детей с ЭМ Brown J. and Lloyd H. [50] проанализировали всех детей в возрасте от 4,5 до 5,5 лет, которые начали заниматься в школе в английском районе. 42 из 6072 детей (7,2 на 1000) не говорили в школе после 8 недель. Однако к 24 неделям это число уменьшилось до 15, к 32 неделям - до 5 и к 64 неделям - до 1. Таким образом, временный ЭМ может быть намного чаще, чем постоянный. В то же время ЭМ может проявиться и в дошкольном возрасте.

По данным литературы средний возраст начала ЭМ – 5 лет, средний возраст обращения к специалистам 8,3 года [123]. В исследовании Wergeland H. [117] средний возраст обратившихся за помощью 11 детей оказался равен 9,25 годам, хотя первые симптомы появились у них в 3-4 года. Hayden T. [69] отмечает, что у 79% из 68 детей с ЭМ заболевание началось в дошкольном возрасте или ранее, а возраст обратившихся за помощью составлял от 6 до 10 лет. Kolvin I. and Fundudis T. [81], описавшие 24 ребенка с ЭМ, подсчитали средний возраст постановки диагноза – 6,8 года.

Как видно из вышеприведенных данных, между возрастом проявления мутизма и обращением к специалисту проходит от одного года до нескольких лет. В основном патология выявляется специалистами к моменту поступления в школу или переходу из начальной школы на следующую ступень обучения [82, 87]. Патологическая модель поведения успевает закрепиться и затрудняет коррекцию. В этой связи Wright H. et al. [129] считают необходимой раннюю диагностику и лечение ЭМ в дошкольном периоде.

Все случаи ЭМ, описанные в англоязычной литературе были проанализированы по отношению к полу. Из 220 наблюдений 145 приходились на долю женщин, 75 - мужчин, что дало соотношение женщин и мужчин 1,9:1 [46, 69, 81, 100, 123, 125, 128]. Однако, Brown J. et al. [50] и Kolvin I. et al. [81] обнаружили, что заболевание только немного чаще встречается у девочек. Parker E. et al. [100] определил, что соотношение полов

примерно равное.

Meijer A. [96], рассматривая эту проблему с психодинамической позиции, считал, что табу на экспрессивное выражение чувств у маленьких девочек вызывает замыкание их на одном из родителей, особенно матери. Kolvin I. and Fundudis T. [81] предположили, что девочки более склонны к аномальным проявлениям темперамента, особенно в тех случаях, когда в семье есть предпосылки к межличностным социальным проблемам. Wilkins R. [125] указывает на тот факт, что эмоциональные расстройства в дошкольном возрасте более типичны для девочек. Lebrun Y. [92] считает причину неизвестной. Учитывая более раннее развитие речи и превосходство словесных навыков девочек, по сравнению с мальчиками, высокий процент мутизма у девочек заслуживает внимания. Видимо, это объясняется эффектом большей уязвимости девочек в противоположность их вербальному превосходству (табл. 2).

Длительность течения ЭМ обычно не превышает срока от нескольких месяцев до 2 лет, хотя описаны случаи длительности до 12 лет со средним значением 8 лет [123]. Случаи заболевания ЭМ в юношеском возрасте очень редки [125], так же как и случаи, продолжающиеся несколько лет [121].

Таким образом, по данным большинства сообщений, средний возраст возникновения ЭМ составляет 5 лет, что совпадает с поступлением в детский сад или школу. Средняя продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 2 лет. Чаще болеют девочки, причина большей заболеваемости девочек остается невыясненной. Нет единого мнения о распространенности ЭМ в популяции.

Этиология

В литературе достаточно широко описаны разнообразные предрасполагающие факторы, причины и условия возникновения ЭМ. Некоторые авторы объясняли его как реакцию на семейный невроз, обычно характеризующийся доминированием матери и отдаленным положением отца [51, 97, 100, 102]. Другие полагали, что ЭМ может быть проявлением нерешенного психодинамического конфликта [57, 131, 132]. Кроме того, ЭМ может развиваться как реакция на психические и физические травмы, такие как сексуальное нападение, ранняя госпитализация, травмы в области рта [95]. Развод родителей, смерть близких, переезды могут сыграть роль в развитии ЭМ [46, 69, 71, 81, 95].

В семьях с детьми, страдающими ЭМ, часто наблюдается неудовлетворенность родителей браком. Женщины компенсируют свою неудовлетворенность установлением более тесной связи с ребенком, что ограничивает развитие его независимости [63, 93]. Важно напомнить мысль Анны Фрейд [61, 62], что ребенок у матери, находящейся в состоянии депрессии, испытывает чувство единства и гармонии с матерью не в ущерб собственному развитию, но в ущерб внутренней свободе от воли матери.

В работе И.В. Добридень по ЭМ [9] отмечены такие черты личности родителей, как тревожность, сенситивность у матери и самоуверенность, упорство, граничащее с педантизмом, у отца. Участие в воспитании одного родителя и снижение роли или самоустранение другого, чаще всего отца, выступало одним из решающих моментов в возникновении собственно ЭМ как синдрома-болезни. Недостаточное отцовское влияние контрастировало с избыточно женским, материнским.

Другой фактор, который может играть существенную роль в возникновении ЭМ, - относительная изоляция семьи [92, 133]. Bradley S. and Sloman L. [48] обнаружили из 7000 обследованных детей ЭМ у 23 детей иммигрантов и только у 3 местных жителей. Авторы полагают, что на отношения матери и ребенка в семьях иммигрантов оказывает влияние наличие у матери чувства одиночества и ее негативное отношение к новой стране пребывания и чужому языку.

Tramer M. [118] первым обратил внимание на семейный (наследственный) характер избегания речи в 3 своих наблюдениях. Brown J. and Lloyd H. [50] сообщали о 51% детей, которые не говорят в школе и имеют, как минимум, одного застенчивого родителя, и 32% пациентов, имеющих сиблингов с невыраженными формами мутизма. Wergeland H. [123] писал о 9 из 11 детей, у которых в семьях были сверхзастенчивые родители. Kolvin J. and Fundudis T. [81] обнаружили высокий уровень личностных и преобладание психических расстройств у родителей детей с ЭМ. В своем исследовании об эффективности специфического лечения 20 детей с ЭМ Krohn D. et al. [84] отметил, что только 1 родитель имел в анамнезе психическое расстройство, в то время как 5 других родителей оценивали себя как патологически застенчивых или пугливых или были такими в детстве. Wright H. [130] описал 3 из 4 детей, имеющих эмоциональные расстройства в семейном анамнезе. Black B. and Uhde T. [46] обнаружили у родителей детей с ЭМ необычайно высокий уровень социальной фобии (70%) и ЭМ в анамнезе (37%).

Представляют интерес случаи ЭМ у близнецов. Два из трех случаев ЭМ, описанных Halpern W. et al. [67], были девочки-близнецы, как и двое детей из шести, описанных Smayling L. [111]. По крайней мере, 12 из 302

детей, описанных в англоязычной литературе, были близнецами, что составляет 4%. Lebrun Y. [92] в своей монографии «Мутизм» предположил, что в случае близнецов молчание дает преимущество формирования тесной единицы, в которую входят эти дети, отделенные от окружающих.

ЭМ может быть способом уменьшения страхов и тревоги, избегания неприемлемых ситуаций, а также поиска поблажек и привлечения внимания к себе. Например, Гвен, 8-летняя девочка, описанная Pustrom E. and Speers R. [102], охотно разговаривала со своей матерью и братом, но очень мало со своим отцом. Он соглашался на все ее капризы в надежде на то, что она чаще будет разговаривать с ним.

Мало работ, посвященных роли органического поражения мозга в возникновении ЭМ. Е.И. Кириченко, Л.А. Каганская [11] придавали большое значение несовершенству речевой функции, как проявлению резидуальной церебрально-органической недостаточности. В сообщении Strehlov U. et al. [115] отмечен необычный случай сочетания ЭМ с синдромом непрерывного эпи-статуса, связанного со сном. Steinhausen H. and Juzi C. [112] сообщают о своем ретроспективном исследовании 100 случаев ЭМ. Авторы отметили, что существует значительная часть детей, у которых встречались осложнения в пренатальном, неонатальном и родовом периоде, что проявилось затем в задержке двигательного развития и обучении навыкам опрятности. В этой же статье указывается на роль речевых нарушений в преморбиде у трети пациентов. Замедленное развитие речи наблюдалось в 45% случаев в описании Kolvin J. and Fundudis T. [81], а по данным Black B. and Uhde T. [46] - у 10% детей с ЭМ. В.В. Ковалев [15, 16, 17, 18, 19] отмечал, что выраженная логофобия, наблюдаемая в пубертатном возрасте, может привести к полному отказу от устных ответов на уроках. Логофобия может быть столь сильна, что оказывается способной привести к ЭМ. Kolvin J. and Fundudis T. [81] среди 24 детей с ЭМ обнаружили 12 детей с нарушениями речи. Часты сообщения о том, что дети с ЭМ начинают говорить позже, чем в норме. Reed G. [104] выдвинул гипотезу о том, что в случаях с ментальной дефектностью ЭМ может подкрепляться желанием ребенка скрыть ограниченность своего интеллекта. Lebrun Y. [92] считает, что ЭМ у детей с речевой задержкой может быть результатом неосознанного желания избежать нарциссической раны.

Таким образом, представляется, что этиология данного заболевания многофакторна и до конца не изучена, и что ЭМ является результатом совместного взаимодействия биологической неустойчивости и внешних факторов, в особенности в возрасте, когда филогенетически наиболее молодая функция речи находится в фазе интенсивного развития.

Патогенез

В.В. Ковалев [17] рассматривает ЭМ как реакцию пассивного протеста, который чаще возникает у детей робких, неуверенных в себе, инфантильных, а также соматически ослабленных. В основе этой реакции лежат аффективно заряженные сверхценные переживания, связанные с эмоциональной депривацией, недовольством изменения отношения со стороны окружающих, чувством ревности (например, к младшему ребенку). В психогенезе истерического ЭМ ведущая роль принадлежит механизму «условной желательности» молчания, который защищает ребенка от специфической психотравмирующей ситуации, связанной с речевым общением [18]. Психогенный мутизм может развиваться по истерическим механизмам как парциальная реакция типа «мнимой смерти» либо проявляться в рамках логофобии, а также может быть этапом выхода из тотального мутизма [32]. Психогенетический механизм возникновения выделяемого им патохарактерологического мутизма М.В. Буянов [6] относит к адаптационным реакциям пассивного протеста у повышенно пугливых детей, болезненно привязанных к матери и боящихся всего нового, при отрыве от привычной обстановки.

Психолингвистическое объяснение ЭМ предложено Гореловым И.Н. и Седовым К.Ф. [8]. Авторы считают, что речевые проблемы мутистов могут быть связаны с затруднениями на уровне преобразования внутренней речи в развернутую. Отсюда и возникновение дизонтогенетических вариантов этих расстройств происходит именно в возрасте активного формирования внутренней речи. ЭМ, по их мнению, можно назвать «функциональной афазией», обусловленной неполной латерализацией речевой моторики и, как следствие этого, эмоциогенное торможение ее центра (или его правополушарной части) ведет к непроизвольной немоте. Об этом может свидетельствовать амбидекстрия или скрытая леворукость.

Патогенетические, в частности, нейрофизиологические, биохимические, пато- и нейропсихологические механизмы ЭМ до сих пор остаются невыясненными и требуют дальнейшей изучения, т.к. понимание этих механизмов необходимо для разработки эффективных методов лечения.

Классификация

В литературе существует сравнительно мало попыток классифицировать мутизм вообще, и ЭМ в частности. Watternick and Vedder (1936) подразделили мутизм на 6 категорий (цит. по [80]):

1. Истерический – проявляющийся чаще у взрослых.

2. Селективный – обычно у детей, не разговаривающих в определенных обстоятельствах и с определенными людьми.

3. Мутизм Гейнца – у избыточно восприимчивых детей и как реакция на изменение обстановки.

4. Невротический – выражение невротического страха.

5. Острый – острая реакция на стресс, но без признаков истерии.

6. Идеогенный – когда больной боится, что у него имеется заболевание органов речи.

Reed G. [104] описал 2 типа детей с ЭМ. Один тип был незрелый и манипулятивный. Их мутизм поддерживался социальным подкреплением, таким как внимание от учителей и родителей. Второй тип описывался как напряженный и тревожный, при этом ЭМ представлял собой фобию речи. Таким образом, их мутизм поддерживался возможностью избежать тревоги, связанной с речью.

Kucera-Mudr различал 3 варианта ЭМ (цит. по Т.П. Симсон [27]):

а) ЭМ как примитивная защитная реакция ребенка, принадлежащего к тормозному типу, часто с интеллектом ниже нормы. Сюда относится большинство детей, страдающих мутизмом.

б) Переходная стадия к выздоровлению от полного мутизма, возникающего как истерический механизм у детей, не принадлежащих к тормозному типу.

в) ЭМ как психоневротический симптом, являющийся частным случаем истерии страха, т.е. фобическим избеганием слов, в границах которых концентрируется конфликт.

Cerny L. и Mesir I. (1957) (цит. по М.И. Буянову и соавт. [4]) классифицировали мутизм по разным признакам: по характеру – ситуационный и постоянный; элективный (в условиях какой-либо ситуации) и тотальный. По длительности проявлений ими выделяются транзиторный и континуальный мутизм.

Hayden T. [69] описала 4 подтипа ЭМ:

1. Симбиотический мутизм. Характеризуется симбиотической связью с ухаживающим лицом и подчиняющимися, но манипулятивными отношениями с другими.

2. Речевой фобический мутизм. Характеризуется страхом услышать свой собственный голос и использованием ритуальных поведенческих моделей.

3. Реактивный мутизм. Характеризуется уходом в себя и депрессией в результате травмы.

4. Пассивно-агрессивный мутизм. Характеризуется враждебным использованием молчания в качестве оружия.

Lebrun Y. [92] подразделяет синдром мутизма на органический и психогенный (функциональный). К органическому он относит мутизм, возникший на почве периферийных и центральных поражений нервной системы. Психогенный мутизм он подразделяет на тотальный и элективный. Тотальный мутизм проявляется в полном отсутствии речи в любых ситуациях.

Таким образом, анализ литературы показывает, что в настоящее время не существует общепринятой классификации ЭМ, что, возможно, объясняется разными взглядами на критерии диагностики, этиологию и патогенез данного заболевания.

Клиническая характеристика

Основным симптомом ЭМ является отказ от речи в определенных ситуациях. Чаще всего эти дети не разговаривают с незнакомцами (в основном взрослыми) или за пределами дома. Дети могут говорить с ближайшими родственниками и сверстниками. В некоторых случаях они могут говорить только с матерью и сибсами и не говорить с отцом [103, 107]. Часто ЭМ связан только со школой, дети могут молчать в присутствии некоторых или всех учителей или только в классной комнате [115]. Пациент, описанный Wassing H. [122], разговаривал со своими родственниками, и по мере того как становился старше, стал разговаривать и с незнакомыми людьми, но он хранил полное молчание в присутствии любого человека, который имел малейшее отношение к его школе. В редких случаях ЭМ связан с полом (Hayden T. [69]), когда девочка прекратила разговаривать с мужчинами после изнасилования.

Дети с ЭМ характеризуются большинством авторов как застенчивые, тревожные, упрямые, стремящиеся контролировать и манипулировать окружением, пассивные, негативистичные [9, 21, 55, 64, 65, 66, 67, 76]. В домашних условиях эти дети могут быть застенчивыми и малоразговорчивыми или, наоборот, общительными и даже болтливыми. Некоторые дети становятся дома требовательными, расторможенными.

Большинство детей с ЭМ чрезмерно привязано к матери. Они чувствуют себя потерянными и несчастными в отсутствии матери, и их молчание может быть выражением протеста против разлуки с матерью [92]. Многие родители детей с ЭМ не проявляют озабоченности этой проблемой и не считают нужным лечить его. Фактически многие случаи ЭМ не становятся очевидными до тех пор, пока ребенок не пойдет в школу. Пока

ребенок проводит большую часть времени в семье, отсутствие речи в присутствии незнакомцев расценивается родителями как застенчивость, из которой ребенок «вырастет». Часто ЭМ ребенка подкрепляется родителем, который сам был «немым» в детстве. Также мать может благоприятствовать ЭМ ребенка, если она принадлежит к типу «собственницы», изолируя его от внешнего мира и делая его менее восприимчивым к влиянию других.

Часто негативной является и характеристика отца ребенка, страдающего ЭМ. Он пассивен, безразличен, эмоционально холоден, бывает в частых отъездах. Иногда доминирует в семье благодаря своей жестокости и применению телесных наказаний.

Для многих детей с ЭМ при встрече с незнакомцем является характерным стремление избегать взгляда в глаза собеседника, опустошенное или настороженное выражение лица, опущенные голова и плечи, напряженные конечности. При попытке заставить их говорить они могут реагировать слезами или полным уходом в себя [53, 92, 98, 110, 116].

Некоторые дети с ЭМ избегают только вербальной коммуникации и используют письмо, жесты, мимику. Другие же воздерживаются от всех видов коммуникации. Для большинства детей с ЭМ является характерным использование исключительно письменных ответов на уроках в школе.

Некоторые авторы описывают такой феномен, как «неохотная речь», когда дети скорее неразговорчивые, а не немые [109, 120]. Такие дети могут иногда кратковременно реагировать на настойчивые призывы говорить. Часто они шепчут или прикрывают рот рукой во время разговора.

ЭМ может сочетаться с энурезом, энкопрезом, нарушениями аппетита, сна, тиками. У 2 из 3 пациентов, описанных Pustrom E. and Speers R. [102], энурез все еще наблюдался в возрасте 8 лет. Трое из шести пациентов, описанных Schachter M. [107], страдали энурезом. В группе из 24 детей с ЭМ Kolvin J. and Fundudis T. [81] обнаружили в 3 раза большее количество детей с энурезом и в 8 раз большее количество детей с энкопрезом по сравнению с контрольной группой. Отсутствие контроля над мочевым пузырем и кишечником было наиболее заметным сопутствующим явлением при ЭМ в их группе. В исследовании Steinhausen H. & Juzi C. [112] в группе из 100 детей у 25% ЭМ сочетался с энурезом, у 8% - с энкопрезом; 67% детей были тревожными, а 85% - застенчивыми. Симптомы, указывающие на депрессию, гиперактивность с дефицитом внимания, нарушения поведения, почти не встречаются при ЭМ.

В исследовании Dummit S. et al. [56], из 50 детей с ЭМ 24 ребенка (48%) имели дополнительные диагнозы: у 13 (26%) отмечалось тревожное расстройство, вызванное разлукой, 7 (14%) обнаруживали свертотревогу, у 17 (34%) наблюдались простые фобии, один ребенок страдал трихотилломанией.

Хотя не было сообщений о систематической оценке речи и языка, некоторые авторы отмечали замедление речи, или иные речевые проблемы у детей с ЭМ. Kolvin J. and Fundudis T. [81] сообщили, что 24 ребенка с ЭМ начали говорить позже, чем 102 из контрольной группы (27,3 месяца по сравнению с 21,9 мес.). Половина детей с ЭМ характеризовалась незрелостью речи, в то время как в контрольной группе - только 9%. Wilkins R. [125] сообщил, что 6 (25%) из 24 отобранных детей с ЭМ имели замедленное начало речи и 2 (8,3%) имели проблемы с речью во время оценки, в то время как такие проблемы не были обнаружены ни у кого из контрольной группы. Wright H. [128] обнаружил проблемы с артикуляцией у 5 (21%) из 24 пациентов.

В более поздней литературе отмечалось сходство между детьми с ЭМ и с социальной фобией [45, 54]. Crumley F. [50] сообщил о случае с 29-летним мужчиной, у которого был ЭМ в возрасте 8,5 лет. Мужчина помнил, что он боялся говорить из-за страха сказать или сделать что-нибудь неправильно. В ситуациях, где от него ожидали речь, он испытывал «внезапные эпизоды интенсивной тревоги» и панические проявления (потопотделение, учащенное дыхание). Автор считает, что проблемы пациента с социальной фобией могут соотноситься с его первичными симптомами ЭМ.

Black B. and Uhde T. [45] описали девочку с ЭМ, которая не говорила потому, что «ее голос звучит смешно и она не хочет, чтобы другие слышали ее». Boon F. [47] сообщил о 6-летней девочке, которая не говорила со взрослыми. Она объясняла свое нежелание говорить так: «Мой мозг не разрешает мне, мой голос звучит странно». Boon F. относил ЭМ к тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам.

Как уже упоминалось выше, длительность ЭМ составляет от нескольких месяцев до нескольких лет. Некоторые дети «вырастают» из своего ЭМ. В связи с этим необходимо отметить, что выжидательная позиция все же не является оправданной, т.к. ЭМ будет замедлять успехи ребенка и препятствовать его социальной интеграции [6, 9, 29, 30, 53, 81, 92]. Кроме того, есть сообщения, что даже при исчезновении ЭМ остаются многие другие проблемы коммуникации [94]. Почти нет сведений об отдаленном катамнезе детей с ЭМ. Е.И. Кириченко, Н.С. Ротинян и А.В. Михайлова [13] выделили 3 варианта невротического формирования лично-

сти при затяжном течении мутизма: 1) с преобладанием астенических черт характера; 2) с преобладанием психастенических черт характера; 3) с псевдошизоидными чертами характера.

С одной стороны, клиника ЭМ представляется наиболее широко освещенной в литературе, с другой стороны, выявляет необходимость дальнейшего изучения психопатологической характеристики, уточнения нозологической представленности функционального ЭМ и критериев дифференциальной диагностики, клинической динамики и отдаленного исхода заболевания.

Дифференциальный диагноз

ЭМ – это довольно последовательное и устойчивое поведение. Поэтому его следует отличать, в первую очередь, от временной немоты, которая часто наблюдается у маленьких детей, когда они встречают незнакомцев или попадают в новую обстановку.

Дифференциальный диагноз следует проводить прежде всего с ранним детским аутизмом. В информационных системах Интернета эти два заболевания даже иногда путают. Rauschen R. (цит. по [4]) считает, что для невротического мутизма характерны возникновение нарушения речевой коммуникации после периода нормального общения с окружающими; отсутствие глобальных нарушений поведения, моторики и мимики; преимущественно избирательный характер мутизма, который тесно связан с определенной ситуацией или лицом; частое сочетание с задержкой интеллектуального развития и речевыми дефектами. При раннем детском аутизме мутизм чаще всего выступает как проявление сниженной потребности в общении с окружающими и сочетается с расстройствами поведения. По мнению Rauschen R. [103], при раннем детском аутизме мутизм проявляется очень рано и не зависит выраженно от ситуации. Большое сходство между двумя этими заболеваниями обнаруживается в тех случаях, когда ранний детский аутизм сочетается с резидуальной органической церебральной недостаточностью.

Табл. 1

Частота элективного мутизма у детей

Автор	Год	Выборка	Популяция	%
Reed	1963	4/2000	Дети, госпитализированные в психиатрические клиники	0,2
Adams	1970	2/1000	Дети, направленные на психиатрическое лечение	0,2
Bradley & Sloman	1975	26/6865	Школьники (23 – из семей иммигрантов)	0,3
Brown & Lloyd	1975	42/6072	Ученики 1 классов	0,72
Haenel & Werder	1977	6/5000	Пациенты детских больниц	0,32
Гарбузов, Захаров, Исаев	1977	50/1000	Дети с неврозами и другими пограничными расстройствами	5,0
Fundudis et al.	1979	2/3300	Дети, исследованные по поводу задержек речи	0,06
McGregor et al.	1994	18/110000	Ученики начальных и средних школ	0,02
Dummit & Klein	1997	1/1000	Ученики школ Британии и Канады	< 0,1
Канадское исследование	1997	?	Дети эмигрантов	0,79

Табл. 2

Соотношение полов [90, с. 19]

Авторы	Мальчики	Девочки
Goll (1979)	3	7
Kolvin and Fundudis (1981)	11	13
Morin, Ladouceur and Cloutier (1982)	1	-
Miquel and Granon (1982)	8	6
Schachter (1977)	1	5
Wergeland (1979)	4	7
Wright (1968)	7	17
Wright et al. (1985)	2	2
Youngerman (1979)	1	-
Всего:	38 (40%)	56 (60%)

Анализ литературы и данные собственных незавершенных исследований позволяют выделить следующие ключевые аспекты и методы изучения ЭМ [34, 35]:

1) Распространенность различных вариантов проявления ЭМ, уточнение возраста его возникновения, распределения по полу - *эпидемиологический метод*.

2) Причинные, провоцирующие, предрасполагающие и патопластические факторы этиопатогенеза - *анамнестический, неврологический, логопедический, психолингвистический, патопсихологический (интеллект, темперамент, характер), психологический (обследование семьи), нейропсихологический (межполушарная асимметрия, высшие корковые функции), электроэнцефалографический и др. методы*.

3) Углубленное изучение психопатологической характеристики различных клинических вариантов синдрома - *психопатологический и этологический (невербальное поведение в семье, индивидуально значимой социальной среде) методы*.

4) Уточнение нозологической представленности функционального ЭМ, критериев дифференциальной диагностики - *клинико-психопатологический и патопсихологический методы*.

5) Выделение критериев ранней диагностики патологических форм ситуативной немоты и их отграничения от индивидуальных психологических реакций ребенка на ситуацию общения - *клинико-психопатологический, этологический, социально-психологический методы*.

6) Изучение синдромальной и клинической динамики ЭМ, отдаленного исхода затяжных форм синдрома-болезни, выделение патогенных и саногенных факторов, влияющих на клиническую динамику расстройства и социальный прогноз пациентов - *клинико-диагностический, катанмнестический, патопсихологический, социально-психологический, статистический методы*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амусин Г.Л. *Опыт психотерапевтической коррекции школьной дизадаптации с проявлениями элективного мутизма*. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по школьной дизадаптации, 1995: 80-81.
2. Божич Н. *Элективный мутизм*. 7-я науч. сессия по дефектологии. 25-28 марта 1975 г. – 322 с.
3. Буянов М.И. *О психогенном мутизме у подростков с патологическим формированием личности тормозимого типа*. Тез. докл. (3-й Всерос. съезд невропатологов и психиатров) – М., 1974. – т. 2. – 25-28.
4. Буянов М.И., Каганская Л.А., Кириченко Е.И. *Мутизм в детском возрасте (история изучения и современное состояние проблемы)*. Ж. невропатол. и психиатр. 1978, 10: 1576-1581.
5. Буянов М.И. *Мутизм: классификация, психотерапия, прогноз, личность при мутизме*. Дефектология, 1985, 2: 31-35.
6. Буянов М.И. *Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков*. М. 1995.
7. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. *Неврозы у детей и их лечение*. –Л.: Медицина, 1977. –272 с.
8. Горелов И.Н., Седов К.Ф. *Основы психолингвистики*. Изд. «Лабиринт», М., 1998. – 256с.
9. Добридень И. В. *Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста*. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. Московский педагогический государственный университет. 2000.
10. Каган В. Е. *Аутизм у детей*. - Л.: Медицина, 1981. –190 с.
11. Кириченко Е.И., Каганская Л.А. *Особенности психогенного мутизма у детей дошкольного возраста*. В кн.: Тезисы докл. 3-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. - М., 1974. – Т.2. – 71-72 с.
12. Кириченко Е.И., Каганская Л.А. *Клиника и динамика психогенного мутизма у детей дошкольного возраста*. Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 1976. – Т.75. – 177-183 с.
13. Кириченко Е.И., Ротинян Н.С., Михайлова А.В. *О патологическом формировании личности у детей и подростков с затяжным психогенным мутизмом*. 4-я Всерос. конф. по невропатологии и психиатрии дет. воз. – М., 1978. – 160-162 с.
14. Кириченко Е.И., Шевченко Ю.С., Бобылева Г.И. *Психопатологическая структура реактивных депрессий у детей раннего возраста*. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1986, 10: 1555-1560.
15. Ковалев В.В. (ред.). *Неврозы и нарушения характера у детей и подростков*. М., 1973. - 57.
16. Ковалев В.В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков*. –М.: 1985. – 288 с.
17. Ковалев В.В.. *Психиатрия детского возраста*. М. 1979.- 608 с.
18. Ковалев В.В.. *Психиатрия детского возраста*. М. 1995. –560 с.
19. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. *Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии*. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова

ва, 1991, 6: 127-130.

20. Мандрусова Э.С. *Анализ случая избирательного мутизма у девочки 9 лет*. Патопсих. исслед. в психиатр. клинике. – М., 1974. – 124-129 с.

21. Медведева И.Я., Шишова Т.Л. *Некоторые характерологические и поведенческие особенности детей, страдающих избирательным мутизмом*. Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы 1-й Всерос. учебно-практ. конференции по психотерапии. 1996. – М.: Институт психотерапии, 1996. – 82 с.

22. Николитч В., Попов И. *Элективный мутизм – синдром или симптом?* 7-я научн. сессия по дефектологии. 25-28 марта 1975 г. – М., 1975. – с.413.

23. *Психокоррекция: теория и практика*. Под ред. Шевченко Ю.С., Добриденя В.П., Усановой О.Н. – Н.П.Ц. «Коррекция», 1995. –224 с.

24. *Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии*. Под ред. С. Робсона. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1999. – 488 с.

25. Семке В.Я. *Истерические состояния*. –М.: Медицина, 1988, -223 с.

26. Симсон Т.П. *Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста*. – М. –Л.: Госуд. Мед. изд., 1929. –256 с.

27. Симсон Т.П. *Неврозы у детей, их предупреждение и лечение*. М. 1958.

28. Соловьева М.В. *Шизофрения. Вопросы патогенеза основных явлений*. М., 1939, с. 50-60.

29. Сухарева Г.Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста*. М., 1955. – Т.1. –458 с.

30. Сухарева Г.Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста*. М., 1959, т.2. –406 с.

31. Шевченко Ю.С. *Патологические привычные действия у детей и подростков (лекция)*. РМАПО, 1994. –16 с.

32. Шевченко Ю.С. *Мутизм. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста*. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 1999.-752 с.

33. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. *Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС)*. Практическое пособие. – М.: Российское психологическое общество, 1998. –157 с.

34. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Добридень И.В. *Актуальные аспекты и методы изучения элективного мутизма*. Материалы конференции по актуальным вопросам детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Минск, 2000. – с. 65.

35. Шевченко Ю. С., Кириллина Н. К., Добридень И.В. *Элективный мутизм: клинико-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы*. Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. Материалы 1 региональной научно-практической конференции. Под ред. Семина И.Р., Анаркова А.П. Томск, 2000. - с. 108-113.

36. Adams M. S.: *A case of elective mutism*. J. National Medical Association 1970, 62(3), 213-216.

37. Ajuriaguerra J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, 1970. –1023 с.

38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. Washington: American Psychiatric Association, 1987.

40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

41. Amman H.: *Schweigende Kinder*. Heilpaedagogische Werkblaetter, 1958, 5, 209-216.

42. Atlas J. *Symbol use in a case of elective mutism*. Percept. Mot. Skills. 1993, 76 (3 Pt 2): 1079-1082.

43. Becker K.-P, Sovak M. (Беккер К.-П., Совак М.) *Логонедия*: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1981. –184-195 с.

44. Bishop D.: *Developmental disorders of speech and language*. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1994, 546-568.

45. Black B. and Uhde T. W.: *Elective mutism as a variant of social phobia*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992, 31(6), 1090-1094.

46. Black B. and Uhde T. W.: *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 847-856.

47. Boon F. *The elective mutism controversy (continued)*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32: 283.

48. Bradley S., Sloman L.: *Elective mutism in immigrant families*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1975, 7, 510-514.
49. Brison D. *Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: An application of behavior therapy*. J. School Psychol., 1966, 4: 65-69.
50. Browne J., Lloyd H. *A controlled study of children not speaking in school*. Assoc. Workers Maladjust Child, 1975, 3: 49-63.
51. Browne E., Wilson V., Laybourne P. *Diagnosis and treatment of elective mutism in children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1963, 2: 605-615.
52. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern approaches*. Third edition. Edited by M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov. Blackwell Science.
53. Cline T. and Baldwin S.: *Selective mutism in children*. London: Whurr Publishers Ltd, 1994, 170 p.
54. Crumley F. *is elective mutism a social phobia? (letter)*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32: 1081-1082.
55. Dow S., Sonies B., Scheib D., Moss S. and Leonard H.: *Practical Guidelines for the assessment and treatment of selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 836-846.
56. Dummit S., Klein R., Tancer N., Asche B., Martin J. and Fairbanks J.: *Systematic assessment of 50 children with selective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997, 36(5), 653-660.
57. Elson A., Pearson C., Jones D., Schumacher E. *Follow-up study of childhood elective mutism*. Archives of General Psychiatry, 1965, 13: 182-187.
58. Evans J. *Adolescent and Pre-Adolescent Psychiatry*. London, 1982. –274 p.
59. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. *Manuel de Psychiatrie*. Paris, Masson, 1967. –1211 p.
60. Finch S. *Fundamentals of Child Psychiatry*. N.-Y., W.W. Norton, 1960. –812 p.
61. Freud A. (Фрейд А.) *Введение в технику детского психоанализа*. Одесса, 1926. –98 с.
62. Freud A. (Фрейд А.) *Разлука с матерью //Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия*. – М.: Просвещение, 1991. –с. 142-143.
63. Goll K.: *Role structure and subculture in families of elective mutists*. Family Process, 1979, 18, 55-68.
64. Gollnitz G. *Neuropsychiatri des Kindes und Jugendalters*. VEB Gustav Fischer Verlag. -Yena, 1970. –428 p.
65. Graham P. *Child Psychiatry. A developmental approach*. Oxford – N.Y. – Tokio – Ox. Un. Press, 1986. – 465 p.
66. Graham P., Turk J., Frank C.V. *Child Psychiatry. A developmental approach*. Third edition. Ox. Un. Press, 1999. - 554.
67. Halpern W., Hammond J., Cohen R. *A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism reexamined*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 94-107.
68. Hartmann B. *Mutismus*. Berlin: Spieb, 1991.
69. Hayden T.: *The classification of elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1980, 19: 118-133.
70. Heinze H. Z. *Kinderforsch.*, 1932, 40: 235-256.
71. Hesselman S.: *Elective mutism in children 1877-1981*. Acta Paedopsychiatr. 1983, 49: 297-310.
72. Heuyer G. et al. *Encerhale*, 1927, 22: 478.
73. Heuyer G. *Introduction a la psychiatrie infantile*. Paris, 1966.
74. Jacobsen T.: *Case study: Is selective mutism a manifestation of dissociative identity disorder?* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7): 863-866.
75. Johansson-Jansson K. and Therning J.: *Behandling av selective mutism hos ett finskt invandrabarn i Sverige – en fallstudie*. Report from Department of Psychology, Goteborg University. 1976.
76. Kaplan Tancer N.: *Elective mutism. A review of the literature*. Advances in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press. 1992.
77. Kempinsky A. (Кемпински А.) *Психопатология неврозов*. Варшава, Пол. Мед. изд., 1975. –400 с.
78. Kisker K., Freyberger H., Rose H., Wulff E. (Кискер К., Фрайбергер Г., Розе Г., Вульф Э.). *Психиатрия, психосоматика, психотерапия*. Пер. с нем. –М.: Алетея, 1999, с. 63-64.
79. Klin A. and Volkmar F.: *Elective mutism and mental retardation*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1993, 32: 860-864.
80. Kolakowski A., Liwska M., Wolanczyk T. *Elective mutism in children: literature review*. Psychiatr. Pol., 1996, 30 (2): 233-246.
81. Kolvin J., Fundudis T.: *Electively mute children: psychological development and background factors*. J.

- Child. Psychol. Psych. 1981, 22: 219-232.
82. Kopp S. and Gillberg C.: *Selective mutism: A population-based study: A research note*. J. Child Psychol. Psychiat. 1997, 38(2): 257-262.
 83. Kratochwill T. *Selective mutism: implecations for research note*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1981.
 84. Krohn D., Weckstein S. and Wright H.: *A study of effectiveness of a specific treatment for elective mutism* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992, 31(4): 711-718.
 85. Kristensen H.: *Elective mutism – associated with developmental disorder/delay. Two case studies*. European Child Adolesc. Psychiatry 1997, 6: 234-239.
 86. Kristensen H.: *Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000, 39 (2): 249-56.
 87. Kumpulainen K., Rasanen E., Raaska H. and Somppi V.: *Selective mutism among second-graders in elementary school*. European Child & Adolescent Psychiatry, 1998, 7, 24-29.
 88. Kupietz S., Schwartz I. *Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases*. New York State Journal of Medecin. 1982, June: 1073-1076.
 89. Kurth E. and Schweigert K.: *Ursachen und Entwicklungsverlaufe des mutismus bei kindern*. Psychiatrie, Neurology und Medizinische Psychologic, 1972, 24, 741-749.
 90. Kussmaul A. *Die Storungen der Sprache*. – Bassel: Benno Schwabe, 1877. – p. 211.
 91. Lebovici S., Diatkine R., Klein F. and Diatkin-Kalmanson D.: *Le mutisme et les silences de l'enfant*. Psychiatrie de l'Enfant, 1963, 6, 79-138.
 92. Lebrun Y.: *Mutism*. Whurr Publishers Ltd: London and New Jersey, 1990, 124 p.
 93. Lesser-Katz M.: *Stranger reaction and elective mutism in young children*. Am. J. Ortopsychiatr. 1986, 56(3), 458-469.
 94. Lorand B.: *Katamnese electiv mutistischer Kinder*. Acta Paedopsychiatrica, 1960, 27: 273-289.
 95. MacGregor R., Pullar A., Cundall D. *Silent at school – elective mutism and abuse*. Arch. Dis. Child. 1994, 70 (6): 540-541.
 96. Meijer A.: *Electiv mutism in children*. Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 1979, 17: 93-100.
 97. Meyers S. *Elective mutism in children: A family system approach*. American Journal of Family Therapy, 1984, 12: 39-45.
 98. Myquel M., Granon M. *Le mutisme electif extrafamilial chez l'enfant*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30: 329-339.
 99. Oudschorn D. (Оудсхорн Д.) *Детская и подростковая психиатрия*. –М., 1993. –319 с.
 100. Parker E., Elsen T., Throckmorton M. *Social casework with elementary school children who do not talk in school*. Social Work (New York, NY), 1960, 5: 64-70.
 101. *Psychiatry (Психиатрия)*. Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. –М., Практика, 1998, 485 с.
 102. Pustrom E., Speers R. *Elective mutisme in children*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1964, 9: 287-297.
 103. Rauschen R. *Die menschliche Kommunikation mit Hilfe der Sprache und ihre Einschränkung beim elektiven Mutismus des Kindes*. – Dis. Wurzburg, 1966.
 104. Reed G. *Elective mutism in children: A re-appraisal*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1963, 4: 99-107.
 105. Rosler M. *Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern*. Praxis der Kinderpsychiatrie/ - 1981, v. 6: 187-194.
 106. Ruzicka B., Sackin D. *Elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1974, 13: 551-561.
 107. Schachter M. *Le mutisme electif chez l'enfant d'age prescolaire et scolaire. Contribution a la psychopathologie de la communication*. Schweizerischer Rundschau Medezin (Praxis), 1977, 66: 1442-1449.
 108. Schenk-Danziger L.: *Sprechverweigerer in der Schule*. Psychologische Praxis, 1961, 29: 167-174.
 109. Shaw W. *Aversive control in the treatment of elective mutism*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1971, 10: 572-581.
 110. Shreeve D. *Elective mutism: origins in stranger anxiety and selective attention*. Bull. Menninger. Clin., 1991, 55 (4): 491-504.
 111. Smayling L. *Analysis of six cases of voluntary mutism*. Journal of Speech and Hearing Disorders, 1959, 24: 55-58.
 112. Steinhausen H. and Juzi C.: *Elective mutism: an analysis of 100 cases*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psy-

chiatry 1996, 35(5): 606-614.

113. Strait R. *A child who was speechless in school and social life*. J. Speech Hearing Disorder, 1958, 23: 253-254.

114. Straugan J., Potter W., Hamilton S. *The behavioral treatment of an elective mute*. J. Child Psychol. and Psychiatry, 1965, 6: 125-130.

115. Strehlov U., Kirchmann H., Schafer H. *Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES)*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr., 1993, 42 (5): 157-160.

116. Strunk P. *Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik*. In: Harbauer/Lempp/Nissen/Strunk: *Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 4. Auflage. Berlin: Springer.

117. *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Edited by R. Murray, P. Hill, P. McGuffin. —3rd ed. Cambridge University Press, 1997. p. 115-116.

118. Tramer M.: *Electiver Mutismus bei Kindern*. Z.Kinderpsychiatr. 1934, 1: 30-35.

119. Valner J., Nemiroff M. *Silent eulogy. Elective mutism in six-year-old Hispanic girl*. Psychoanal. Study Child., 1995, 50: 327-340.

120. Wallace M. *The Silent Twins*. London, 1987: Penguin.

121. Wassing H. *A case of prolonged Elective Mutisms in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment*. Acta paedopsychiatrica, 1973, 40: 75-96.

122. Weber A. *Zum electiven Mutismus der Kinder*. Acta paedopsychiatrica, 1951, 17: 1-15.

123. Wergeland H.: *Elective mutism*. Acta Psychiatr. Scan. 1979, 59: 218-228.

124. Wernitznig H. *Stationäre Behandlung eines elective mutistischen Kindes – eine Fallstudie*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr., 1993, 42 (5): 160-167.

125. Wilkins R.: *A comparison of elective mutism and emotional disorders in children*. Brit. J. Psychiatry 1985, 146, 198-203.

126. WHO (1978) *International classification of disease (ICD-9)* (9th ed). Geneva: Author.

127. WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and guidelines*. Geneva: Author.

128. Wright H. *A clinical study of children who refuse to talk in school*. J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1968, 7: 603-617.

129. Wright H., Miller D., Cook M. and Littmann J.: *Early identification and intervention with children who refuse to speak*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1985, 24(6), 739-746.

130. Wright H., Cuccaro M., Leonhardt T., Kendall D. and Anderson J.: *Case study: Fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with elective mutism*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995, 34(7), 857-862.

131. Yanof J. *Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: the medium is the message*. J. Am. Psychoanal. Assoc., 1996, 44 (1): 79-100.

132. Youngerman J. *The syntax of silence: Electively mute therapy*. International Review of Psycho-Analysis, 1979, 6: 283-295.

133. Zerdalia K. S. *Le couleurs du silence: le mutisme des enfants de migrants*. DAHOUN. Paris: Calmann-Levy, 1995. — 259 p.

П. В. Безменов, Р. И. Безменова, Г. М. Ланцева

РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ

Детская психиатрическая больница № 6. Москва.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Результаты систематического обзора 14 исследований, включавших детей в возрасте 6—12 лет, свидетельствуют, что распространенность гиперкинетических расстройств оставляет 4,2%—26,0%, причем показатель распространенности различается при использовании разных диагностических шкал (при квалификации состояния в соответствии с DSM-III — 6,8%, а DSM-III-R — 10,3%) [1]. В ходе исследования [1], в котором применялась классификация DSM-IV, было показано, что распространенность гиперкинетического расстройства у детей, включенных в выборку, составляет 6,8%, причем у мальчиков она в 3 раза выше, чем у девочек (9,2 и 3,0% соотв.); зависимости от возраста не выявлено. Результаты обзора [1] подтверждают полученные

ранее данные о высокой коморбидности гиперкинетических расстройств: в 35,2% случаев было выявлено оппозиционно-вызывающее расстройство, в 25,7% — расстройства социального поведения, в 18,2% — депрессивные нарушения, в 25,8% — тревожные расстройства. В ходе данного исследования показано, что у 12% гиперактивных детей выявляются специфические нарушения учебных навыков.

В систематическом обзоре 18 рандомизированных клинических испытаний, проведенных после 1981 г., показано, что применение психостимуляторов (метилфенидат, дексамфетамин, пемолин) при гиперактивных расстройствах более эффективно, чем назначение плацебо (при оценке состояния учителями) [2]. Систематический обзор A. Jadad et al. включал рандомизированные контролируемые испытания психостимуляторов, трициклических антидепрессантов и плацебо [3]. В ходе 18 испытаний не выявлено статистически значимого различия в эффективности применения метилфенидата, дексамфетамина и пемолина. В 5 из 9 плацебо-контролируемых испытаний дезипрамина показан положительный эффект от его использования в отношении поведения. В 1 из 3 испытаний имипрамина не выявлено статистически значимого различия в эффективности при использовании препарата и плацебо. В ходе 4 сравнительных испытаний трициклических антидепрессантов и психостимуляторов получены статистически незначимые результаты.

В систематическом обзоре W. Pelham et al., включавшем 58 исследований, изучена эффективность применения психотерапевтических вмешательств [4]. Показано, что использование когнитивно-бихевиоральной терапии не способствовало улучшению академической успеваемости или нормализации поведения. В то же время, терапия, направленная на изменение поведения, и групповая терапия оказывали положительное влияние. В систематических обзорах A. Miller et al. [2] и A. Jadad et al. [3] не выявлено статистически значимого различия в эффективности комбинированного вмешательства (медикаментозного лечения и психотерапии) и только медикаментозной терапии. В исследовании MTA Cooperative Group изучался отдаленный эффект комбинированной терапии [5]. 579 детей в возрасте 7—9 лет были разделены на 4 группы: медикаментозного лечения в сочетании с психологической поддержкой, бихевиоральной терапии, комбинированной терапии (медикаментозная и бихевиоральная) и обычной амбулаторной помощи. Продолжительность наблюдения составляла 14 мес. В группах комбинированной и медикаментозной терапии по сравнению с группами бихевиоральной терапии и амбулаторной помощи отмечено уменьшение выраженности проявлений гиперактивности и оппозиционно-агрессивных симптомов. Эффективность комбинированной терапии и медикаментозного лечения в целом не различалась, однако эффект в отношении таких показателей, как уровень тревожности, социализация, удовлетворение качеством лечения и академическая успеваемость, был выше при использовании комбинированной терапии.

Результаты, полученные в исследовании J. Elia et al. [6], подтверждают регрессионность динамики гиперактивности, однако свидетельствуют, что клинически значимые симптомы, достаточные для постановки диагноза, могут сохраняться у 22%—85% подростков и 4%—50% взрослых. Коморбидность с расстройствами социального поведения с возрастом уменьшается, в то время как с токсико- и наркоманиями — возрастает. Прослежена обратная зависимость между выраженностью гиперактивных расстройств в младших классах и уровнем академической успеваемости к 18 годам [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Green M., Wong M., Atkins D., Taylor J., Feinleib M. Diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1999.
2. Miller A., Lee S., Raina P., Klassen A., Zupancic J., Olsen L. A review of therapies for attention deficit/hyperactivity disorder. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 1998.
3. Jadad A., Boyle M., Cunningham C., Kim M., Shachar R. The treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. Evidence report/technology assessment: Number 11. AHCPR Publication No. 99-E017, Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (in press).
4. Pelham W., Wheeler T., Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol 1998;27:190—205.
5. MTA Cooperative Group. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073—86.
6. Elia J., Ambrosini P., Rappoport J. Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999;340:780—8.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ И РИСК РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

С наибольшей частотой психические нарушения выявляются у лиц, принадлежащих к низшим социальным классам, причем в отношении шизофрении эта закономерность считается наиболее убедительно доказанной. Получены данные, что распространенность шизофрении среди рабочих почти в 5 раз превышает аналогичный показатель в других группах населения [1]. На момент манифестации шизофрении социальный класс больного может измениться по сравнению с детством, что, однако, не позволяет исключить возможности увеличения риска развития заболевания у детей, родившихся в семьях, принадлежащих к низшему социальному классу. Считается, что возникновение болезни во многом обусловлено воздействием окружения на протяжении первых лет жизни. К числу внешних факторов, повышающих вероятность развития шизофрении, относятся осложнения в родах [2], инфекционные заболевания в пренатальном периоде [3], нарушения питания [4]. Все эти неблагоприятные факторы наиболее часто выявляются у матерей, принадлежащих к низшему социальному классу. Однако в ходе недавнего исследования [5] не выявлено увеличения вероятности заболевания у детей, чьи родители принадлежали к низшему социальному классу. Напротив, показано незначительное увеличение риска развития шизофрении у детей, чьи родители принадлежали к высшему социальному классу. Средний возраст начала заболевания, по данным исследования, приходится на 24,8 и 33,1 года (семьи, принадлежавшие к высшему и низшему классу соответственно), то есть отчасти зависит от социального класса. Авторы заключают, что роль принадлежности семьи к низшему социальному классу может сводиться к отсрочке начала лечения (обусловленной как низким образовательным уровнем, так и недостаточной возможностью получить квалифицированную медицинскую помощь) в данной группе населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Argyle M. The psychology of social class. London: Routledge, 1994.
2. Hultman C.M., Sparen P., Takei N., Murray N.M., Cnattingius S., Geddes J. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *BMJ* 1999;318:421—6.
3. Sham P.C., O'Callaghan E., Takei N. Schizophrenia following pre-natal exposure to influenza epidemics between 1939 and 1960. *Br J Psychiatry* 1992;160:461—6.
4. Susser E.S., Lin S.P. Schizophrenia after prenatal exposure to the Dutch hunger winter of 1944—1945. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:983—8.
5. Mulvany F., O'Callaghan E., Takei N., Byrne M., Fearon P., Larkin C. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *BMJ*, 2001;323:1398—401.

АУТИЗМ

Многие авторы отмечают рост распространенности аутизма, наблюдающийся в последние годы. Так, по данным В. Taylor et al. [1], полученным в Англии, начало роста заболеваемости приходится на конец 1980-х гг., а наиболее значительное увеличение — на период 1989-1992 гг. В недавнем исследовании сообщается, что общий показатель заболеваемости на 10 000 детей в год возрос с 0,3 в 1988 г. до 2,1 в 1999 г. [2]. Пик выявления аутизма приходится на возраст 3—4 года. Мальчики составляют более 80% от общего числа заболевших. У мальчиков, родившихся в 1988 г., риск развития аутизма до 5-летнего возраста составлял 8 на 10 000, в то время как у родившихся в 1993 г. — уже 29 на 10 000.

Некоторые авторы указывают на наличие временной связи между столь резким скачком заболеваемости и вакцинацией против паротита, кори и краснухи, в последние годы ставшей обязательной процедурой во многих странах [3], другие оспаривают это мнение [1]. В ходе недавнего исследования подобной зависимости не выявлено [2]. Авторы работы аргументируют свой вывод тем, что в период с 1988 по 1993 гг. заболеваемость ежегодно увеличивалась, в то время как количество вакцинированных все эти годы оставалось неизменным и составляло примерно 95% от общего числа родившихся детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Taylor B., Miller F., Farrington C.P., Petropoulos M.-C., Favot-Mayaud I., Li J., et al. Autism and measles, mumps and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* 1999;353:2026—29.
2. Kaye J., Melero-Montes M., Jick H. Mumps, measles and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis. *BMJ* 2001;322:460—3.
3. Wakefield A.J. MMR vaccination and autism. *Lancet* 1999;354:949—50.

РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ НА РУКОПИСЬ А. В. МУДРИКА «СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА»: УЧЕБНИК ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПЕД. ВУЗОВ / ПОД РЕД. В. А. СЛАСТЕНИНА - М.: ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР «АКАДЕМИЯ», 2002. - 200 С..

Актуальность рецензируемого учебника «Социальная педагогика» не вызывает сомнения. В условиях затнувшейся нестабильности общества, связанной с социально-экономическими преобразованиями, кризисным состоянием системы образования и воспитания, будущим педагогам необходимо иметь четкую картину социально-педагогической действительности, обладать необходимым объемом знаний, уметь анализировать и решать проблемы возникающие в процессе социального воспитания.

Безусловно удачным можно назвать построение учебного курса в логике изучения социального воспитания в контексте социализации, начинающееся с рассмотрения социализации как социально-педагогического явления, факторов и обстоятельств, влияющих на социальное воспитание, его содержание и методику, и завершающееся рассмотрением проблем социализированности человека.

Первая глава книги освещает социальную педагогику под углом зрения учебного предмета, с момента возникновения социальной педагогики, развивавшейся как теория и методика воспитания детей в учебно-воспитательных учреждениях, до определения задач социальной педагогики как учебного предмета.

Далее раскрывается сущность социализации как социально-педагогического явления, выявляются этапы, факторы, агенты и средства социализации, механизмы взаимодействия человека в процессе социализации с различными факторами и агентами. В качестве объекта и субъекта в процесса социализации рассматривается человек. Автором выделяются три группы задач, решаемых человеком на каждом возрастном этапе социализации: естественно-культурные, социально-культурные и социально-психологические. С подробным рассмотрением факторов социализации скрупулезно рассматриваются и составляющие их влияния на процесс социализации человека. Выделяются мегафакторы, мезофакторы и микрофакторы.

Анализируются основные составляющие влияния мезофакторов на социализацию человека: регион, средства массовой коммуникации, субкультуры, типы поселения: воспитание в контексте микрофакторов социализации, среди которых выделяются: семья и семейное воспитание, соседство, группы сверстников, религиозные организации и религиозное воспитание, воспитательные организации и социальное воспитание, контркультурные организации и диссоциальное воспитание, микросоциум.

Большое внимание в книге уделяется созданию условий для развития духовно-ценностной ориентации человека в воспитательных организациях - начиная от быта воспитательной организации, с оценкой возможных архитектурно-планировочных решений, предметно-пространственной среды, до режима функционирования, этикета, традиций и даже одежды (возможно, излишней детализацией). Подробно рассматривается и жизнедеятельность воспитательной организации с описанием организации и обучения взаимодействию.

Интересно и построение глав учебника, написанных лаконично, доступным и понятным языком, заканчивающихся своеобразным руководством к действию: вопросами для самоконтроля, темами для углубленного изучения, литературой для самостоятельной работы. Оправдано и включение в текст удачно подобранных фрагментов исторических хроник, ярко и образно иллюстрирующих рассматриваемые темы.

Несомненным преимуществом учебника является синтетический подход ко многим проблемам, многоуровневый их анализ; например, факторов социализации - от мегафакторов (космос, планета, мир), до микрофакторов (семья, соседство, группы сверстников), подход к проблеме воспитания как совокупности (семейного, социального, религиозного и т.д.), реализующейся на различных уровнях (государственном, религиозном, муниципальном, локальном). Важна направленность учебника на формирование гуманистических социальных установок по отношению к субъектам и процессу социального воспитания.

В целом учебник содержит новые и оригинальные подходы, отвечает современным запросам общества, будет интересен специалистам, работающим в области педагогики.

Е. О. Черкашин, научный сотрудник ИОСО РАО

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Н. Б. Морозова

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (ЛЕКЦИЯ 1)

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Москва.

1. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ОФОРМЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Негативные социально-экономические процессы в нашей стране в последние годы сопровождаются увеличением количества детей-социальных сирот, учащением случаев жестокости и насилия в отношении них, неуклонным ростом подростковой преступности. По данным НИИ МВД, за последние 10 лет на 55% увеличилось число правонарушений, совершенных несовершеннолетними в возрасте от 16 до 18 лет, примерно треть из них приходится на долю насильственных (в том числе и тяжких). Более 60% преступлений носит групповой характер. Отмечается также снижение среднего возраста подростков-правонарушителей. Многие из них являются выходцами из неблагополучных семей, у большинства имеются врожденные или приобретенные психические расстройства, признаки нарушенного развития (дисонтогенеза), депривации и педагогической запущенности с задержкой или искажением социализации личности под влиянием комплекса отрицательных социальных факторов. Возрастная психическая незрелость и психические расстройства с интеллектуальной недостаточностью и психопатоподобными нарушениями, психологические особенности подросткового периода (реакции группирования со сверстниками, имитации, эмансипации) зачастую облегчают усвоение несовершеннолетними отрицательного социального поведения, что нередко способствует совершению ими преступлений. Наиболее часто правонарушения связаны с массивной социально-педагогической запущенностью (независимо от наличия или отсутствия психических расстройств), реже они совершаются подростками с патологической мотивацией при выраженных психических расстройствах. Подростки, совершившие правонарушения, также как и взрослые, привлекаются к уголовной ответственности. При этом основной предпосылкой «вины» и уголовной ответственности является «вменяемость».

«Вменяемость-невменяемость» - это юридические понятия, позволяющие отграничить преступления (которые влекут уголовную ответственность и наказание) от общественно опасных деяний, совершенных в состоянии невменяемости (такие лица признаются судом неответственными и им назначаются меры медицинского характера). Формула «невменяемости» изложена в ст. 21 Уголовного кодекса (УК) РФ и состоит из юридического (психологического) и медицинского критериев: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло **осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими** вследствие **хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики**». Обязательным условием «невменяемости» является совпадение медицинского и юридического критериев, которые определяются судебно-психиатрическими экспертами при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Наличие одного медицинского критерия является недостаточным для вынесения заключения о невменяемости, так как многие психические расстройства пограничного уровня не лишают вменяемости. Вместе с тем они могут ограничивать способность лица с психическими расстройствами **в полной мере** осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (ст. 22 УК РФ - «ограниченная вменяемость»), что учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

Несовершеннолетние по сравнению со взрослыми имеют особое правовое положение, которое заключается в том, что возраст от 14 до 18 лет является возрастом относительной уголовной ответственности: к уголовной ответственности они могут быть привлечены с 14 лет только за совершение наиболее тяжких правонарушений, а полная уголовная ответственность наступает по достижении ими 16 лет. Не подлежат уголовной ответственности несовершеннолетние, достигшие 14 лет, которые во время совершения общественно опасных действий вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руко-

водить ими (ч. 3, ст. 20 УК РФ). При назначении наказания судом учитываются условия их жизни и воспитания, уровень психического развития, особенности личности, а также влияние на них старших по возрасту лиц (ст. 87, 95 УК РФ). В случае лишения свободы несовершеннолетние отбывают наказание в особых исправительно-воспитательных учреждениях, где получают образование и профессию. Если несовершеннолетний совершил преступление, не представляющее большой общественной опасности, то он может быть освобожден от уголовной ответственности, к нему могут быть применены не пенитенциарные, а принудительные меры воспитательного воздействия.

Что касается детей и подростков-жертв преступлений, то Законом не ограничен тот минимальный возраст, по достижению которого они признаются потерпевшими и могут участвовать в предварительном и судебном расследованиях. В ходе следствия как обвиняемые, так и потерпевшие наделяются определенными правами и обязанностями (процессуальными функциями), которые до 18-летнего возраста ими исполняются с участием законных представителей. При этом Закон исходит из презумпции способности несовершеннолетних реализовывать свои права и обязанности в ходе следствия. Вместе с тем, эта способность может быть нарушена в результате разных (психологических и психопатологических) причин. Поэтому растет внимание правоохранительных органов к различным аспектам судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних - обвиняемых и потерпевших.

Основанием для направления детей и подростков на экспертизу могут являться данные об их наследственной отягощенности психическими заболеваниями, сведения о перенесенных ими экзогенно-органических вредностях на любом этапе онтогенеза, наличие признаков отставания в психическом развитии, психофизического инфантилизма, ранее данные заключения врачей-психиатров при амбулаторном консультировании или стационарном лечении в психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах, сведения из характеристик с места жительства, учебы или работы о неправильном поведении несовершеннолетних, неспособности приобретения ими полноценных знаний или о социальной дезадаптации. Важное значение имеют и сведения родственников, педагогов, работников правоохранительных органов о неадекватности поведения подростков, наличии у них необычных интересов и увлечений, припадков, склонности к патологическому фантазированию, частым аффективным реакциям, бродяжничеству и другим проявлениям, которые могут свидетельствовать о психической патологии. Кроме того, основанием для направления на экспертизу являются данные о необычайной жестокости подростков при совершении ими противоправных действий, их последующее неадекватное отношение к совершенному, а также сомнения, возникшие у работников следствия в ходе непосредственного общения с обвиняемыми, основанные на таких признаках, как заторможенность или излишняя веселость, детскость, нелепость, злобность, отказ от бесед, контакта, повышенная внушаемость, безразличие к своей судьбе и многое другое.

Предпочтительным является направление несовершеннолетних на амбулаторную судебно-психиатрическую или психолого-психиатрическую экспертизу, в ходе которых решаются диагностические и экспертные вопросы или выносятся обоснованное заключение о необходимости проведения стационарной экспертизы.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (АСПЭ) несовершеннолетних обвиняемых проводится в соответствии с основными положениями проведения АСПЭ для взрослых лиц. Основной ее задачей является выявление психического расстройства, его нозологическая квалификация, определение степени выраженности и его влияния на способность обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Вместе с тем она имеет и свои особенности, связанные со спецификой психических расстройств, их диагностики и экспертной оценки в детском и подростково-юношеском возрасте. Именно в этот период нередко манифестируют или обостряются хронические психические заболевания, происходит декомпенсация психического состояния у лиц с ранними резидуально-органическими поражениями головного мозга, формирующимися личностными расстройствами. Кроме того, психоэндокринные сдвиги, происходящие в подростковом возрасте, зачастую обуславливают повышенную чувствительность к психогенным факторам, снижают порог аффективной выносливости, что способствует развитию психогенных состояний и учащению аффективных реакций. Дисгармоничное или патологическое течение пубертатного криза может иметь не только патопластическое и преципитирующее усиливающее, но и самостоятельное значение в генезе психических расстройств, что важно учитывать при производстве судебно-психиатрической экспертизы. Диагностика и экспертная оценка психических расстройств у несовершеннолетних затруднена в связи с наличием отчетливой возрастной специфики клинического оформления психических расстройств в этом возрасте. Поэтому выявление психических расстройств, синдромальная и нозологическая квалификация должны основываться на глубоких знаниях о возрастных особенностях психических заболеваний в подростково-юношеском периоде. К ним относят:

- 1) полиморфизм психических расстройств с мозаичностью клинических проявлений за счет сочетания различных

синдромов вне зависимости от их нозологической принадлежности;

2) преобладание невротического уровня психопатологии и личностного регистра реагирования над психотическими расстройствами;

3) характерность психопатоподобного (психопатического) и неврозоподобного (невротического) синдромов, сопровождающихся девиантным поведением и нарушением школьной и социальной адаптации;

4) рудиментарность, атипичность и неразвернутость многих психопатологических синдромов, их маскированность и корреляция с пубертатной симптоматикой;

5) выраженность в клинической картине пубертатной психопатологии (сверхценные переживания и увлечения, дисморфофобия, гебоидные состояния, патологическое фантазирование, расстройства влечений, пубертатная астения и др.) и симптоматики, обусловленной дизонтогенезом (тотальный или парциальный психофизический инфантилизм);

6) наличие у каждого пубертатного психопатологического синдрома психологического (непатологического) аналога (например, возрастная склонность к фантазированию, подчиняемость и внушаемость детей, психологические реакции подросткового возраста эмансипации, группирования со сверстниками, повышенный интерес к вопросам жизни и смерти, философским проблемам и т.д.);

7) мультифакторность возникновения психических расстройств с большим удельным весом социально-психологических и психогенных влияний, а также наличием патологической почвы в виде резидуально-органических состояний.

В практике судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних наиболее часто диагностируются пограничные психические расстройства (органического генеза, формирующие личностные расстройства, задержки психического развития, умственная отсталость), гораздо реже – шизофрения и эпилепсия, причем последние две нозологические формы в амбулаторных условиях устанавливаются лишь при наличии верифицированного диагноза, установленного ранее при обследовании в стационарных условиях. Ведущее место среди подростков, направляемых на АСПЭ, занимают лица с психопатоподобными нарушениями, школьной и социальной дизадаптацией, которые сопровождаются делинквентным поведением, склонностью к злоупотреблению алкогольными напитками, токсикоманическими или наркотическими средствами. Особенно сложными в диагностическом и экспертном плане являются подростки с дебютом шизофрении и несовершеннолетние с психогенным развитием личности, возникшем в условиях хронической психотравмирующей ситуации в семье в результате жестокого обращения. Они совершают наиболее тяжкие деликты: первые – с патологической мотивацией, вторые – аффективные (убийства лица – источника психогении).

Трудности диагностики психических заболеваний в подростковом возрасте, тем более в амбулаторных условиях, при однократной беседе с подэкспертным свидетельствуют о предпочтительности **«функционального диагноза»** с акцентом не на нозологическую форму, а на синдромальную структуру, с оценкой выраженности возрастной психопатологии и глубины динамического сдвига в период пубертатного криза. Например, у испытуемого выявляются признаки раннего органического поражения головного мозга с неблагоприятной динамикой в период патологически протекающего пубертатного криза с выраженным психопатоподобным синдромом и нарушением социальной адаптации. Первичная диагностика психического заболевания производится при наличии убедительных клинических данных с учетом одного из важнейших принципов – осторожности при установлении окончательного диагноза в подростковом возрасте.

Учитывая тот факт, что клиническое оформление психических расстройств у детей и подростков зависит во многом не от нозологии, а от возрастного этапа и его возможностей, а также от социальных факторов, первостепенное значение приобретает анализ структуры и динамики психопатологических проявлений и их отграничение от непатологических девиаций личности в результате педагогической запущенности и неправильного воспитания. При отсутствии объективных данных (меддокументация, сведения со слов родственников, подтверждения в характеристиках о необычном поведении испытуемого до совершения им криминальных действий и т.д.), трудностях установления продуктивного контакта с подростком в ходе амбулаторного обследования проводится повторное амбулаторное освидетельствование после предоставления следствием необходимой документации. В случае неясности клинической картины и при наличии признаков реактивного состояния для уточнения диагноза и определения степени выраженности имеющихся психических расстройств подростки направляются на стационарную СПЭ. Такое же решение принимается и при совершении подростками общественно опасных действий против личности с особой жестокостью и патологической мотивацией, что может являться единственными проявлениями манифестации психического заболевания в этом возрасте. Во многих случаях трудности диагностики и экспертной оценки могут разрешить грамотно проведенные психологические исследования, особенно в рамках амбулаторных комплексных судебно-психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ). Важным аспектом этого вида экспертизы является определение отставания психического развития подростков от возрастных норм и наличия юридического критерия ст. 20 УК РФ, определение «аффекта»

при аффективных деликтах и существенного влияния индивидуально-психологических особенностей на поведение обвиняемых в криминальной ситуации и в ходе следствия, а также решение других важных для следствия вопросов, которые входят в компетенцию психолога-эксперта.

Наблюдение 1: Испытуемый К., 17,8 лет, обвиняемый по статье 105 часть 2 УК РФ (убийство).

Из анамнеза: отец испытуемого страдал шизофренией, неоднократно лечился в психиатрических больницах. Испытуемый родился от нормально протекавшей беременности, родоразрешение путем кесарева сечения. Раннее развитие проходило без особенностей. Детские дошкольные учреждения посещал своевременно. По характеру формировался впечатлительным, ранимым, замкнутым. В школу был определен с семи лет. Как следует из школьной характеристики, К. проучился в школе с 1989 по 1997 год, учился удовлетворительно, предпочитал гуманитарные предметы. На уроках часто сидел с отсутствующим взглядом, в классе держался обособленно, в общественной жизни участия не принимал, имел склонность к фантазированию: написанию рассказов, изображению фантастических героев в рисунках. С 1997 г. проходил обучение в педагогическом колледже. Из характеристики колледжа следует, что у К. в последнем семестре обучения резко снизилась успеваемость, появились пропуски занятий, неожиданно пропал интерес к учебе, на занятиях сидел с отрешенным видом, в подавленном настроении, стал замкнутым, пассивным, безынициативным. На учете у нарколога и психиатра не состоял. Как следует из материалов уголовного дела, К. с 1997 г. начал вступать в половые отношения с мужчинами, в том числе с потерпевшим В. и с соучастником по делу Н., имел несколько половых партнеров, стал увлекаться литературой о гомосексуалистах, с этого же периода начал употреблять алкогольные напитки. 10.03.01 г. испытуемый К. с Н. прибыли на квартиру к потерпевшему В., где Н. угрожал потерпевшему ножом, а К. связал В. скотчем руки и ноги. Затем Н. нанес потерпевшему удар молотком по голове и матерчатым поясом сдавил его шею, в результате этого наступила смерть последнего. Затем К. пригласил в квартиру водителя потерпевшего, которому нанес три удара молотком по голове, а Н. одновременно нанес шесть ударов ножом в различные части тела водителя. Когда тот упал, Н. сдавил его шею ремнем, отчего наступила смерть потерпевшего. По данному делу К. 24.05.01 г. проходил амбулаторную комплексную судебную психолого-сексолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ им. В. П. Сербского. Был манерен, не скрывал своей гомосексуальной ориентации. На вопросы отвечал пространно. Сообщал, что в детстве испытывал неопределенные страхи, нарушения сна и приступы тревоги, спонтанно возникавшие и проходившие, отмечал, что «иногда появлялись мысли, что родители ему не родные». Характеризовал свою мать, как женщину с «необычным взглядом», у которой бывают «периоды заторможенности». Себя характеризовал замкнутым человеком, «со своим внутренним миром», говорил, что он «человек абстракции», что «чувствует свое подсознание, предугадывает свои поступки», любит фантазировать. Уточнял, что с 16 лет и по настоящее время избегает «влияния на него людей», иногда его одолевали мысли, что окружающие «не так» на него смотрят, из-за чего хотел изменить свою внешность, казалось, что за ним «кто-то специально идет». Отмечал, что периодически у него спонтанно возникали «периоды плохого настроения», в такие периоды хотел уйти из жизни. Добавлял, что после убийства В. «очень испугался, перед глазами все поплыло, затем стало все равно, хотелось выключить свет и лечь спать». Формально сожалел о содеянном. При экспериментально-психологическом исследовании обращало на себя внимание опосредование обобщающих понятий в образную, символическую, лично значимую ассоциативную продукцию; склонность к актуализации отдаленных предметных связей, некоторая вычурность формулировок ответов, а также некоторая аморфность, расплывчатость, многословность суждений. Из индивидуально-психологических особенностей на первый план выступало сочетание черт интровертности и демонстративности, склонность к аутизации, повышенная сенситивность, низкий порог фрустрации, склонность к реакциям избегания, замыканию в себе и имитации стресса. Также была выражена навязчивая фиксация на отношениях с близкими людьми, сверхценный характер этих отношений.

В связи с неясностью клинической картины (шизофрения?) комиссией рекомендовалось проведение К. стационарной комплексной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы.

При проведении стационарной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы в ГНЦ им. В.П. Сербского, К. был ориентирован формально правильно. Во время беседы неадекватно улыбался, был манерен, отмечал, что «люди его с детства не понимали и не принимали, как и он сам не понимал себя». Сообщал, что приблизительно с 10 лет у него «сами по себе появлялись фантазии», что с 14 лет «стал думать, что родители ему не родные», а с 15 лет «стал более равнодушен к матери». С этого же периода подолгу рассматривал себя в зеркале, думал о пластической операции. Не скрывал своей сексуальной ориентации, говорил, что его соучастник по делу Н. является его «возлюбленным». Сообщал, что иногда его мысли «текут рекой», бывают «наплывы мыслей, принадлежащих не ему». Пояснял, что «общается с Богом, ощущает в голове его мысли, зву-

чащие его голосом». Добавлял, что бывают периоды «когда в голове пусто». Был убежден, что у него есть «определенная миссия на земле». Рассказывал, что иногда «внутри головы видит яркие картины, которые бывают странными», о содеянном не сожалел. Мышление было непоследовательным, паралогичным, эмоционально был выхолощен. Фон настроения снижен. Критика к своему состоянию и инкриминируемому деянию отсутствовала. При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживалась склонность к субъективной интерпретации стимульного материала и продуцированию ответов, исходя из своеобразных критериев с некоторой непоследовательностью суждений при вербализации решений, вплоть до элементов разноплановости и тенденции к использованию усложненных речевых конструкций. В личностной сфере выступали своеобразие установок и представлений обследуемого, их некорректируемость, что сочеталось с повышенной чувствительностью и сенситивностью в отношении собственной личности и некоторой аффективной неустойчивостью. Заключение сексолога: «Транзиторный редуцированный садомазохизм. Искажение половой идентичности. Сложная дисгармония пубертатного развития. Бисексуальность». Экспертная комиссия пришла к заключению, что К. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизофрении. Было указано, что К. в период совершения инкриминируемого ему деяния не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию в связи с наличием у него выраженных расстройств мышления, эмоционально-волевой сферы, критических способностей К. в настоящее время также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, представляет значительную социальную опасность, поэтому нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Сексологом было отмечено, что выявленные у К. аномалии сексуального влечения в виде транзиторного редуцированного садомазохизма нашли отражение в его поведении в исследуемой ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ

1. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (Пособие для врачей под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой). – М.: РИГ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – 84 с.
2. Клиническая и судебная подростковая психиатрия (Под ред. проф. В.А. Гурьевой). – М.: Генезис, 2001. – 480 с.
3. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: изд. Моск. университета, 1999. – 497 с.
4. Ривман Д.В., Устинов В.С. Виктимология. – СПб.: изд. ЮР.Центр-Пресс, 2000. – 332 с.
5. Судебная психиатрия: Учебник для ВУЗов. (Под ред. проф. Б.В. Шостаковича) – М.: Зерцало, 1997. – 385 с.

И. К. Шац

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Клиника «Семейная медицина» при НИИ промышленной и морской медицины Минздрава РФ. Санкт-Петербург.

В последние годы значительно улучшилось лечение, а, следовательно, и прогноз у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями. Успехи в лечении позволили увеличить продолжительность жизни больных, а часто добиться и полного выздоровления. Однако угрожающие жизни заболевания, интенсивное лечение, стрессовая ситуация, в которую вовлекается как больной, так и вся его семья, вызывают множество психологических проблем и порой формируют психические расстройства у больных детей.

Совершенно очевидно, что к работе с детьми, страдающими серьезными заболеваниями, необходимо привлекать психологов и психиатров (психотерапевтов). И хотя на эту тему проводились исследования уже 20-30 лет назад [1, 3, 4, 9], до сих пор в стране не создана специализированная психолого-психиатрическая служба для этой категории больных.

В связи с этим, разработка и внедрение в повседневную практику клиничко-психологической и психологической диагностики существенно дополняют и расширяют диапазон диагностических, а порой терапевтических возможностей как детских психиатров, так и детских врачей других специальностей.

Методики представленные в данной работе (стандартизированная анкета для родителей и оригинальный вариант методики «Незаконченные предложения») разработаны автором для индивидуального обследования и

психотерапии и апробированы в работе с более чем 450 детьми, страдающими психозами, другими психическими расстройствами, а также тяжелыми соматическими заболеваниями [5–8].

Стандартизированная анкета для родителей

Данная стандартизированная анкета предназначена для получения данных о семейно-социальном анамнезе детей, страдающих серьезными и/или хроническими заболеваниями. Она включает четыре группы вопросов.

I. Вопросы 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 касаются формальных сведений о социально-бытовых особенностях семьи и отношении к ребенку до заболевания.

II. Вопросы 3, 5, 11 – дублирующие вопросы соматического анамнеза. Включение в анкету этой группы вопросов носит маскирующий характер: они соответствуют ожиданиям родителей по отношению к тому, «чем должен интересоваться врач», и помогают переходу к основной части анкеты, представленной III и IV группами вопросов.

III. Вопросы 12–23. Ответы на вопросы 12, 13, 14, 15, 16, 17 и 18, касающиеся пережитого ребенком опыта столкновения с болезнью и смертью других людей, призваны выявить те моменты реальной жизни ребенка, которые могут отрицательно сказываться на переживании им своего заболевания. Это, по существу, оценка средовых предпосылок негативизации внутренней картины болезни. Вопросы 19–23 направлены на выяснение проявления отношения к болезни в поведении ребенка.

IV. Вопросы 10, 25–31. В случаях тяжелых, угрожающих жизни заболеваний эта группа дополняется вопросами 24 и 32. Эта группа вопросов направлена на выяснение реагирования родителей на болезнь ребенка.

Таким образом, анкета дает возможность получить сведения о психосоциальных особенностях семьи в связи с болезнью ребенка, предпосылках и проявлениях реакции ребенка на болезнь, условиях госпитализации и лечения.

ТЕКСТ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ АНКЕТЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

1. Состав семьи:

1.1. полная

1.2. мать одинокая

1.3. отец одинокий

1.4. отец, мачеха

1.5. мать разведена

1.6. мать, отчим

1.7. мать, родители матери

1.8. отец, родители отца

2. Род занятий и образование:

2.1. Мать

2.2. Отец

2.1.1. начальное

2.2.1. начальное

2.1.2. неполное среднее

2.2.2. неполное среднее

2.1.3. среднее

2.2.3. среднее

2.1.4. высшее

2.2.4. высшее

3. Какая беременность по счету данным ребенком?

3.1. первая

3.2. вторая

3.3. третья

3.4. другое

4. Другие дети в семье:

4.1. нет

4.2. есть 4.2.1. один 4.2.2. два 4.2.3. три 4.2.4. более

5. Все ли дети здоровы: 5.1. да 5.2. нет

Если больны, то чем? _____

6. Материально-бытовая устроенность семьи:

6.1. неблагоустроенность, перенаселенность;

6.2. средние, удовлетворительные условия;

6.3. полный достаток и благоустроенность;

6.4. изобилие, прекрасные условия

7. Особенности воспитания:

- 7.1.воспитывался вне семьи;
- 7.2.часто был предоставлен самому себе;
- 7.3.снисхождение к проступкам;
- 7.4.всепрощение;
- 7.5.изнеживающее, заласкивающее;
- 7.6.в системе повышенной ответственности;
- 7.7.постоянно жестокое, подавляющее;
- 7.8.неровное, лишенное твердых принципов

8. Отношение к ребенку до заболевания:

- 8.1.мать
 - 8.1.1. жестокое
 - 8.1.2.скорее безразличное, не интересовалась его жизнью
 - 8.1.3.скорее суровое, чем доброе и ласковое
 - 8.1.4.во всем проявлялась любовь
 - 8.1.5. на воспитание не оставалось времени - много работала
 - 8.1.6.забота ограничивалась лишь бытовой устроенностью
 - 8.1.7.отношение было неровным:
- 8.2.отец
 - 8.2.1. жестокое
 - 8.2.2.скорее безразличное, не интересовался его жизнью
 - 8.2.3.скорее суровое, чем доброе и ласковое
 - 8.2.4.во всем проявлялась любовь
 - 8.2.5. на воспитание не оставалось времени - много работал
 - 8.2.6.забота ограничивалась лишь бытовой устроенностью
 - 8.2.7.отношение было неровным

9. Тип наказания:

- 9.1. осуждение
- 9.2. лишение удовольствий
- 9.3. иногда физическое
- 9.4. физическое как система
- 9.5.другое

10. Отношения между родителями до болезни ребенка:

- 10.1. жили в основном мирно (серьезно не ссорились)
- 10.2. уважали и заботились друг о друге
- 10.3. стремились командовать друг другом
- 10.4. любили друг друга
- 10.5.жили совместными интересами и заботами
- 10.6. каждый жил сам по себе

11.Перенесенные заболевания ребенком после 1 года:

- 11.1.простудные 11.1.1.нет 11.1.2.редко 11.1.3.часто
- 11.2.аллергические 11.2.1.нет 11.2.2.легкие 11.2.3. тяжелые
- 11.3.травмы головы 11.3.1.нет 11.3.2.легкие 11.3.3. тяжелые
- 11.4.детские инфекции 11.4.1.нет 11.4.2.легкие 11.4.3. тяжелые
- 11.5.мозговые инфекции 11.5.1.нет 11.5.2.легкие 11.5.3. тяжелые

12. Болели ли в семье длительное время?

- 12.1. бабушка
- 12.2. дедушка
- 12.3. мать
- 12.4. отец
- 12.5. брат
- 12.6. сестра
- 12.7. другие близкие родственники

- 12.8. любимое животное
13. Какая была реакция ребенка на болезнь близкого человека?
 - 13.1. был безразличен (это его не волновало)
 - 13.2. ухаживал, но без желания (по необходимости)
 - 13.3. сопереживал, тревожился (активно ухаживал)
 - 13.4. высказывал опасения за исход болезни близкого
 - 13.5. боялся заболеть (заразиться), спрашивал, не заболеет ли он сам
 - 13.6. другое
14. Каков был исход заболевания близкого?
 - 14.1. выздоровление
 - 14.2. инвалидность
 - 14.3. смерть
15. Сталкивался ли ребенок со смертью?
 - 15.1. бабушки
 - 15.2. дедушки
 - 15.3. отца
 - 15.4. матери
 - 15.5. брата
 - 15.6. сестры
 - 15.7. другого близкого родственника
 - 15.8. соседей по квартире
 - 15.9. детей в больнице
 - 15.10. незнакомого человека
 - 15.11. любимого животного
16. При каких обстоятельствах ребенок сталкивался со смертью?
 - 16.1. был свидетелем
 - 16.2. узнал со слов
 - 16.3. присутствовал на похоронах
 - 16.4. другое
17. Какая была реакция на смерть?

17.1. Эмоции 17.1.1. испугался 17.1.2. переживал 17.1.3. был безразличен 17.1.4. проявлял интерес	17.2. Поведение 17.2.1. убежал 17.2.2. не хотел подойти 17.2.3. стремился увидеть 17.2.4. задавал вопросы
---	---
18. Отношение ребенка к болезням до данного заболевания:
 - 18.1. пассивно подчинялся лечению
 - 18.2. сопротивлялся лечению, осмотру врачей
 - 18.3. всегда интересовался диагнозом, лечением
 - 18.4. любил лечиться, обследоваться, охотно ходил к врачам
 - 18.5. высказывал опасения за свое здоровье
 - 18.6. предъявлял много жалоб при хорошем состоянии
 - 18.7. другое
19. Какими при первых проявлениях данной болезни были?

19.1. Поведение: 19.1.1. медлителен 19.1.2. суетлив 19.1.3. более подвижен, чем обычно 19.1.4. утратил интерес к занятиям 19.1.5. не изменилось 19.1.6. другое	19.2. Эмоциональный фон: 19.2.1. подавлен 19.2.2. тревожен 19.2.3. раздражителен 19.2.4. приподнятое настроение 19.2.5. не изменился 19.2.6. другое
--	---
20. Как проявляется интерес ребенка к болезни?
 - 20.1. подслушивал разговоры взрослых
 - 20.2. пытался подсмотреть мед. документы (историю болезни, справки и т. д.)
 - 20.3. читал медицинскую литературу

- 20.4.интересовался причиной болезни
- 20.5.спрашивал диагноз
- 20.6.интересовался лечением
- 20.7.интересовался исходом болезни
- 20.8.высказывает опасения за свое здоровье
- 20.9.высказывает опасения за свою жизнь
- 20.10.высказывает опасения за свое будущее
- 20.11.не задавал вопросов на эту тему
- 20.12.другое
- 21. Отношение к другим детям в больнице:
 - 21.1.безразличен
 - 21.2.сторонится детей
 - 21.3.относится с состраданием
 - 21.4.относится враждебно
 - 21.5.стремится к общению со сверстниками
 - 21.6.стремится к общению с младшими детьми
 - 21.7.стремится к общению со старшими детьми
 - 21.8.другое
- 22. Поведение в больнице:
 - 22.1.сопротивляется процедурам, обследованию, лечению, осмотрам врача.
 - 22.2.пассивно подчиняется лечению
 - 22.3.охотно лечится, активно участвует в лечении
 - 22.4.стойко переносит все процедуры
 - 22.5.периодически интересуется выпиской
 - 22.6.постоянно, назойливо говорит о выписке
 - 22.7.безразличен к окружающему
 - 22.8.другое
- 23. Вашему ребенку нужна помощь психиатра (психотерапевта) для того, чтобы:
 - 23.1.снять напряжение, тревогу, страх, успокоить
 - 23.2.уменьшить страдания
 - 23.3.отвлечь от грустных мыслей
 - 23.4.вселить надежду
 - 23.5.другое
 - 23.6.помощь не нужна
- 24. Ваша первая реакция на диагноз:
 - 24.1.была надежда на то, что это, может быть, ошибка
 - 24.2.не знали, как себя вести
 - 24.3.ситуация представлялась абсолютно безнадежной
 - 24.4.совершенно не поверили в правильность диагноза
 - 24.5.другое
- 25. Ваши действия после установления диагноза:
 - 25.1.появилось желание сразу взять ребенка домой
 - 25.2.просили провести дополнительное обследование для уточнения диагноза
 - 25.3.начали знакомиться с медицинской литературой по данному вопросу
 - 25.4.полностью доверились врачам
 - 25.5.другое
- 26. Что Вы предпринимали в отношении ребенка после первой выписки из больницы (если данная госпитализация повторная):
 - 26.1.консультации в других медицинских учреждениях
 - 26.2.применяли средства народной медицины
 - 26.3.обращались к знахарям
 - 26.4.обращались к экстрасенсам
 - 26.5.продолжили рекомендованное лечение

- 26.6. не лечились совсем
- 26.7. другое
- 27. Отношения между родителями сразу после установления диагноза:
 - 27.1. жили в основном мирно (серьезно не ссорились)
 - 27.2. уважали и заботились друг о друге
 - 27.3. стремились командовать друг другом
 - 27.4. любили друг друга
 - 27.5. жили совместными интересами и заботами
 - 27.6. каждый жил сам по себе
- 28. Отношение к ребенку после начала заболевания:
 - 28.1. мать
 - 28.1.1. жестокое
 - 28.1.2. скорее безразличное, не интересовалась его жизнью
 - 28.1.3. скорее суровое, чем доброе и ласковое
 - 28.1.4. во всем проявлялась любовь
 - 28.1.5. на воспитание не оставалось времени - много работала
 - 28.1.6. забота ограничивалась лишь бытовой устроенностью
 - 28.1.7. отношение было неровным:
 - 28.2. отец
 - 28.2.1. жестокое
 - 28.2.2. скорее безразличное, не интересовался его жизнью
 - 28.2.3. скорее суровое, чем доброе и ласковое
 - 28.2.4. во всем проявлялась любовь
 - 28.2.5. на воспитание не оставалось времени - много работал
 - 28.2.6. забота ограничивалась лишь бытовой устроенностью
 - 28.2.7. отношение было неровным
- 29. Отношение между родителями сейчас:
 - 29.1. живут в основном мирно (серьезно не ссорятся)
 - 29.2. уважают и заботятся друг о друге
 - 29.3. стремятся командовать друг другом
 - 29.4. любят друг друга
 - 29.5. живут совместными интересами и заботами
 - 29.6. каждый живет сам по себе
- 30. Что собираетесь предпринять в отношении ребенка после выписки:
 - 30.1. проконсультировать в других медицинских учреждениях
 - 30.2. применять средства народной медицины
 - 30.3. обратиться к знахарям
 - 30.4. обратиться к экстрасенсам
 - 30.5. продолжить рекомендованное лечение
 - 30.6. не лечиться совсем
 - 30.7. другое
- 31. Помощь психиатра (психотерапевта) нужна Вам для того, чтобы:
 - 31.1. успокоиться, снять напряжение, тревогу
 - 31.2. утешить
 - 31.3. вселить надежду
 - 31.4. отвлечь от грустных мыслей
 - 31.5. другое
 - 31.6. помощь не нужна
- 32. Не представляете семьи без ребенка, и поэтому хотелось бы:
 - 32.1. иметь еще ребенка
 - 32.2. усыновить, если не будет своих
 - 32.3. определенных планов нет

Опыт применения анкеты показывает, что ответы родителей достаточно искренни и соответствуют их восприятию и пониманию происходящего с ребенком. Обычно анкету заполняют матери. Но можно предложить ее для заполнения каждому из непосредственно воспитывающих ребенка взрослых членов семьи. Сопоставление их ответов на вопросы 7-10, 12, 15, 18, 19, 20, 23-32 позволяют выявить существующие в семье разногласия, не безразличные для душевного состояния ребенка и организации его лечения, а значит – построить дифференцированную, индивидуализированную работу с семьей.

Необходимым завершением анкетирования является обсуждение ответов вместе с родителями. Оно помогает уточнить некоторые неточности и неясности. Но главная задача такого обсуждения – профилактика ятрогенных эффектов и рациональная психотерапия. Мать, указавшая, что она относилась к ребенку жестоко или безразлично, может чувствовать себя виновной в болезни ребенка. Ей необходимо убедительно разъяснить необоснованность ее самообвинений, перенести акцент с обсуждения того, что было, на то, что теперь нужно для ребенка. Обязательно подчеркнуть значение для ребенка ее уверенности, спокойствия. В других случаях надо помочь родителям заболевшего ребенка понять, что не устраивающее их изменение поведения ребенка – не «распущенность», не проявление его «злой воли», а следствие болезни и вызываемых ею переживаний, и помочь семье выработать более адекватное отношение и оптимальный подход к ребенку. Приходится помнить, что порой жесткое отношение к ребенку, может быть обусловлено ощущением бессилия перед лицом болезни. Поведение врача должно быть поэтому свободно от осуждения и морализирования; гораздо полезнее вместе с родителями сформулировать такой подход к ребенку, при котором они могли бы чувствовать себя активными и значимыми участниками его лечения.

Методика «Незаконченные предложения»

Различные варианты этой методики, восходящие к методике Сиднея и Сакса, давно и широко используются в клинической и исследовательской практике [2]. Испытуемому предлагается закончить предъявленные ему незаконченные предложения, составленные так, что допускают практически неограниченное разнообразие возможностей их завершения. Полученные в итоге фразы рассматриваются как отражение значимых, актуальных для личности переживаний.

Разработанный нами, совместно с В.Е. Каганом, вариант предназначен для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними переживаний у соматически больных детей. Незаконченные предложения в предлагаемом варианте составлены так, чтобы в их продолжении проецировались основные аспекты внутренней картины болезни:

Представление о здоровье – предложения 1, 8, 15, 22

Представления о болезни – предложения 2, 9, 16, 23

Отношение к болезни – предложения 3, 10, 17, 24

Отношение к лечению – предложения 4, 11, 18, 25

Представление о будущем – предложения 5, 12, 19, 26

Отношение семьи к болезни – предложения 6, 13, 20, 27

Отношение к госпитализации – предложения 7, 14, 21, 28

Для самостоятельного заполнения, если позволяет состояние, бланк может даваться детям, начиная с восьмилетнего возраста. Инструкция должна быть такой, чтобы ребенок не чувствовал себя отчитывающимся в своих переживаниях.

Обычно необходимо говорить: «Сейчас мы посмотрим – умеешь ли ты быстро работать. Это задание на скорость. Я дам тебе листок. На нем будут незаконченные предложения. Каждое из них надо закончить. Чтобы получилось быстро, надо написать первое, что приходит в голову, лишь бы получилось законченное предложение – закончить надо все. Здесь нет правильных или неправильных ответов: что напишешь – то и правильно. Важно, чтобы все предложения были закончены и как можно быстрее. Я даю тебе листок, и как только ты начнешь писать, – засекаю время».

По окончании обязательно необходимо поощрять работу, говоря ребенку, что он «уложился в хорошее время, не всем так удается».

Инструкция для детей младше восьми лет или по соматическому состоянию не имеющих возможности заполнить бланк самостоятельно – та же. Разница лишь в том, что обследующий читает ребенку вопрос, «фиксирует» прошедшее до ответа время и продолжение незаконченного предложения записывает сам.

«Маскирующая» инструкция помогает уменьшить сознательные, намеренные искажения, которые могут диктоваться страхом, опасением «сказать не то», стремлением скрыть что-либо или желанием представить себя в наилучшем свете.

ТЕКСТ НЕЗАКОНЧЕННЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

- 1.Мое здоровье было бы хорошим, если бы ...
- 2.Я заболел, потому что ...
- 3.Когда я думаю о своей болезни ...
- 4.Чтобы вылечиться, мне нужно ...
- 5.Я хочу, чтобы когда-нибудь ...
- 6.Когда я заболел, моя семья ...
- 7.Когда я жду врачей ...
- 8.Мое здоровье зависит прежде всего от ...
- 9.В большинстве случаев моя болезнь возникает, когда ...
- 10.Самое неприятное в моей болезни ...
- 11.Я думаю, что лечение моей болезни ...
- 12.Будущее кажется мне ...
- 13.Мои близкие думают, что я ...
- 14.Я хотел бы, чтобы мой врач ...
- 15.Чтобы не болеть, я посоветовал бы другим ...
- 16.С такой болезнью, как у меня ...
- 17.Если бы все знали, как я боюсь ...
- 18.Чаше всего мне становится легче от ...
- 19.Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем ...
- 20.Все ждут, что я ...
- 21.Когда я опять поступаю в больницу ...
- 22.Когда я был здоров ...
- 23.Среди многих других болезней моя ...
- 24.С болезнью у меня связано чувство ...
- 25.Если бы лечение ...
- 26.Я верю, что в будущем ...
- 27.В моей семье сейчас ...
- 28.Когда я впервые поступил в больницу ...

Наиболее важен качественный, содержательный анализ ответов. Надо помнить, что ответы характеризуют не объективную тяжесть заболевания, а переживание болезни. Так, мальчик девяти лет, проходивший стационарное обследование в связи с предполагавшимся гастритом, закончил предложения так:

3. Когда я думаю о своей болезни ... я боюсь умереть.
10. Самое неприятное в моей болезни ... то, что она становится все тяжелее.
13. Мои близкие думают, что я ... никогда не поправлюсь.
17. Если бы все знали, как я боюсь ... болезней.
24. С болезнью у меня связано чувство ... страха.

Очевидно, что этот ребенок нуждается в помощи психотерапевта.

Упрощенный способ обработки заключается в количественной оценке: когда окончание предложения не выражает отрицательных переживаний – ответ оценивается как «О», когда же отрицательные переживания звучат в предложении – ответ оценивается как «1». Подсчитывается сумма баллов по каждой из семи подгрупп и в целом. Приведем пример.

Алла В., 9 лет. Острый лимфобластный лейкоз, 1 активная фаза.

- | | |
|--|---|
| 3. Когда я думаю о своей болезни ... у меня падает настроение. | 1 |
| 10. Самое неприятное в моей болезни ... белокровие. | 1 |
| 17. Если бы все знали, как я боюсь ... не выздороветь. | 1 |
| 24. С болезнью у меня связано чувство ... трудности. | 1 |
| Итого: 4 балла | |
| 4. Отношение к лечению | |
| 4. Чтобы вылечиться, мне нужно ... хорошо кушать. | 0 |
| 11. Я думаю, что лечение моей болезни ... скоро кончится. | 0 |
| 18. Чаше всего мне становится легче ... от чтения. | 0 |
| 25. Если бы лечение ... было быстрым. | 1 |
| Итого: 1 балл | |

В данном случае основные негативные переживания связаны с отношением к болезни, отношением к лечению более благополучно.

Сергей П., 12 лет. Обострение хронического гастродуоденита.

1) Представления о здоровье – 0 баллов; 2) Представления о болезни – 1 балл; 3) Отношение к болезни – 3 балла; 4) Отношение к лечению – 3 балла; 5) Представления о будущем – 1 балл; 6) Отношение семьи к болезни – 4 балла; 7) Отношение к госпитализации – 4 балла. Всего: 16 баллов. Можно отметить, что основные негативные переживания связаны с реакцией семьи, отношением к лечению, госпитализации и болезни при малой негативизации представлений о здоровье и оптимистической оценке перспективы.

Количественный метод обработки результатов удобен для сравнения связанных с болезнью представлений и переживаний на разных этапах болезни и лечения, сравнения групп больных (с разной тяжестью заболевания, с разными заболеваниями, у проходящих стационарное и амбулаторное⁶ лечение и т.д.).

Таким образом, методика обеспечивает возможность качественной и количественной оценки отношений к болезни и лечению, и на их основании – оптимизации лечебно-реабилитационной работы.

Оптимальный вариант обработки и интерпретации результатов заключается в сочетании качественного и количественного методов. Качественная, содержательная интерпретация дает возможность завершить процедуру обследования психотерапевтической беседы, затрагивающей наиболее актуальные переживания больного ребенка.

В заключение хочется выразить надежду, что вышеописанные методики окажутся полезными для всех специалистов, работающих с детьми и подростками, страдающими тяжелыми соматическими заболеваниями. В то же время, они могут быть хорошим дополнением при организации работы с детьми с психической патологией. Исходя из нашего опыта, применение этих методик существенно улучшает этап диагностики психологического, а порой и психического состояния, позволяет четко выстроить психотерапевтическую работу как с ребенком, так и с его ближайшим окружением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурнов Л.А., Рожнов В.Е., Соленов В.Н. Опыт работы детской онкологической клиники по психотерапии больного// Педиатрия. – 1979. - № 4. – С.56-57
2. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983 – 312 с.
3. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей//Неврозы у детей и подростков: Тез.докл.Всесоюз.конф. – М., 1986. – С.74 – 75.
4. Шац И.К. Клинико-психологические аспекты острых лейкозов у детей //Тезисы докладов 5-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. -М., 1985. с. 164-166
5. Шац И.К. Дифференцированная психофармакотерапия детей, страдающих соматическими заболеваниями // Психосоматическисоматопсихические расстройства у детей. – Л., 1990. – С.108-114.
6. Шац И.К. Синдромы приобретенного слабоумия у детей и взрослых. – СПб, - 1998. – 116 с.
7. Шац И.К. Психозы у детей: психология и психопатология. – М. – 2002. – 216 с.
8. Шац И.К. Психологические и психиатрические аспекты детской онкологии. Детская онкология. (Рук. для врачей). – СПб. – 2002. - С. 176-194.
9. Kipatrick K., Hoffman I., Futterman E.H. Dilemma of trust: relationship between medical care givers and parents of fatally ill children// Pediatrics. – 1974. – Vol. 54, № 2. – P. 169-175

⁶ Для детей, проходящих амбулаторное лечение, изменяется формулировка предложения 21. Когда я прихожу в поликлинику ... и 28. Когда я первый раз пришел к врачу из-за этой болезни ...

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум проводился 28 октября 2002 г. в Институте психологии и психотерапии (директор – кандидат психол. наук А.В. Махнач). Присутствовали 20 человек (психиатры, психологи, дефектолог, нейропсихолог, электрофизиолог, сотрудники и студенты Института психологии и психотерапии).

Основной докладчик – детский врач-психиатр, доктор мед. наук Н.М. Иовчук.

Ведет консилиум – кандидат мед. наук А.А. Северный.

Ребенок X, 11,5 лет, ученица 6 класса.

Наследственно-семейный фон

Отец – инженер-технолог, имеет незаконченное высшее образование, в настоящее время работает в строительной фирме. В разводе с матерью ребенка около 5 лет после 9 лет брака. Совсем не участвовал в делах семьи и воспитании детей. Человек холодный, жестокий, злобный. По словам жены и тещи, садист, «моральный урод», не признающий общечеловеческих ценностей, дружбы, любви, добра, не умеет жалеть, сопереживать. С 16-летнего возраста злоупотреблял алкоголем. В связи с нелепым поведением и галлюцинаторными переживаниями во время запоя лечился стационарно в психиатрической больнице по поводу «белой горячки, синдрома Корсакова». Издевался над женой, бил ее, мучил, все в ней подвергал злой критике – внешность, одежду, манеру держаться. После скандалов и избиений тут же требовал от жены физической близости. Запретил ей встречаться с подругами и друзьями. Тем не менее, усыновил дочь жены от первого брака; всегда хорошо относился к девочкам, не делая между ними никакой разницы. После развода, по отрывочным сведениям, возможно, совсем не употребляет алкоголя, женился, после долгого перерыва снова стал работать. Приходя в дом бывшей жены, ведет себя сдержанно, но отчужденно, безразличен к нуждам семьи, хотя с детьми по-прежнему ласков. С дочерью встречается раз в месяц, в основном водит ее по магазинам и покупает все, что она захочет. При этом деньги на содержание ребенка дает далеко не каждый месяц. Девочка внешне и в поведении во многом похожа на него.

Известно, что две троюродные тетки по линии отца больны шизофренией, почти постоянно находятся в психиатрических больницах.

Бабка по линии матери живет в семье дочери, является основным воспитателем больной. Очень внимательна, деятельна, рассудительна, на ней держится все хозяйство. Чувствительна, ранима, тяжело переживает болезнь девочки. Жалеет свою дочь, считает ее «неудачницей», преувеличивает ее болезненность, старается во всем ей помочь. Дает наиболее объективные, четкие сведения о развитии ребенка. В подростковом возрасте отмечались «обморочные состояния», которые возникали без всяких предвестников. К зрелому возрасту они прошли.

Мать больной, 36 лет, художник-оформитель. Не имеет законченного художественного образования. В настоящее время – без постоянной работы, довольствуется случайными, очень редкими заказами. Талантлива, может из старой тряпки или бутылки сделать художественную вещь, но в то же время не находит времени для овладения компьютерной графикой, по существу необходимой для получения хорошей работы. Много занимается с детьми, весь день занята: что-то перешивает, рисует, делает художественные вещи – для своей семьи и чужих людей, в основном бесплатно. Семье с двумя детьми практически не на что жить, кроме пенсии бабушки и редких алиментов от отца. Дает четкие характеристики ребенку, но иногда они кажутся слишком отстраненными и рассудочными. В подростковом возрасте отмечались «обморочные состояния», чувствовала приближение «обморока» как дурноту, немели руки, затем щеки, после чего теряла сознание. Успевала лечь или сесть на корточках у стены, чтобы не упасть. После приступа наблюдалась слабость. В тот же период отмечались кратковременные состояния нарушения дыхания с невозможностью или неполнотой вдоха, сопровождавшиеся страхом смерти. Кроме того, неоднократно возникали эпизоды нарушения зрения с невозможностью фокусировать зрение или «полной слепотой». В зрелом возрасте трижды перенесла сотрясение головного мозга (один раз во время «обморока», остальные – бытовые травмы), в связи с чем лежала в неврологических отделениях. После первого сотрясения мозга стала очень раздражительной, плаксивой, подавленной, падала на пол, рвала на себе одежду. Психиатром были назначены карбонат лития, финлепсин и фенобарбитал, после 2 месяцев лечения настроение улучшилось, «обмороки» больше не повторялись. Во время обеих беременностей – эклампсия с судорожными состояниями. После обращения к психиатру по поводу особенностей младшего ребенка отмечалось длительное снижение настроения с плачем, частыми рыданиями, бессонницей.

Принимала амитриптилин и элениум, состояние на несколько месяцев значительно улучшилось. В последнее время лекарств не принимает, снова очень плохо себя чувствует из-за болей в спине и постоянных головных болей, настроение снижено.

Старшая сестра больной (от первого брака матери), 14 лет, ученица 9 класса. Развивалась с некоторым опережением, всегда была спокойной, серьезной, собранной, общительной, аккуратной. Учится отлично, отличается самостоятельностью, целеустремленностью, надежная помощница в семье. В последнее время отмечаются порой «приступы глупого упрямства» и плаксивости, ранее ей не свойственные. Дома ее называют «железной кнопкой» из-за того, что она все знает и может ответить на любой вопрос.

Наша обследуемая - от 2 беременности, на третьем месяце которой у матери ребенка был обнаружен герпес, лечилась инъекциями иммуноглобулина. Токсикоз и угроза выкидыша отмечались на протяжении всей беременности. В 8 мес. начались схватки, в течение одной недели подтекали воды. Роды (в 8 мес.) со стимуляцией. Во время родов отмечались судороги. Вес ребенка при рождении 2500, рост 46 см. По шкале Апгар – 8 баллов. Родилась с кривошеей, подвывихом обоих тазобедренных суставов, пупочной грыжей. Кроме того, было обнаружено полное отсутствие полезной флоры в кишечнике при многочисленности патогенной флоры. С первых дней жизни очень плохо ела, при этом отмечались срыгивания и рвоты фонтаном. Самостоятельный стул отсутствовал до 4 мес. В возрасте 1 мес. девочка не только держала головку, но и практически стояла на четвереньках.

С 3 мес. стала хохотать по любому поводу и без повода – при любом звуке, при появлении любого человека, даже незнакомого, при смене ситуации, при виде игрушки. Казалась жизнерадостной, веселой, но посторонние удивлялись такому постоянному смеху, считали его необычным, ненормальным. Изредка плакала (чаще от боли, обиды), при этом плач был как бы более адекватным, чем смех. Стала хорошо есть, значительно прибавила в весе, почти перестала спать днем. Ночью спала хорошо, но засыпала лишь при длительном укачивании. Совсем не ползала, стала садиться только после того, как встала на ножки. После того как стала самостоятельно сидеть, появились почти непрерывные качательные движения вперед-назад. Самостоятельно стала пользоваться ложкой в 8-месячном возрасте.

Ходить и говорить начала почти одновременно в - 1 год 1 мес. В этот момент резко изменилась в поведении – практически в течение одного дня: перестала хохотать и выглядеть постоянно веселой; наряду с качаниями сидя вперед-назад появились качания сбоку-набок стоя, которые невозможно было остановить и которые временами отмечаются и в настоящее время; стала непослушной, капризной, негативистичной, старалась делать все назло близким. Так, еще на втором году жизни могла высыпать грязные камушки в чистую воду для ванны, засорить ванну, насыпав туда мусор, вылить флакон шампуня в раковину и т.п. Всякое предложение со стороны родителей встречало противодействие: ее невозможно было одеть, увести гулять, уложить спать и т.д. Какое-то время могла играть, а потом снова начинала «вредничать» и «подгаживать» исподтишка: разорвать нужные бумаги, испачкать чужую одежду, исцарапать тетради сестры. Была дерзкой, грубой, требовательной, неласковой. Отличалась определенными художественными способностями, но рисовала мало, неохотно. Легко и быстро усваивала новое. С 3 лет успешно занималась английским языком. К 7 годам умела читать и считать, знала многие английские слова. С детьми играла, но они быстро теряли к ней интерес из-за того, что не умела подчиниться правилам игры, была неровной, агрессивной, крикливой. Дети говорили, что она «не умеет играть и скандалит». В детский сад девочку не отдавали, поскольку боялись обострения дисбактериоза.

В школу пошла 7,5 лет по программе 1-4. В этот класс ее определили из-за очень хорошей учительницы, хотя так была подготовлена, что могла бы пойти и во второй сразу. Первые полгода училась с удовольствием, быстро привыкла к классу, привязалась к учительнице. С восторгом рассказывала о школе, но к оценкам была равнодушна. Училась между тем отлично. В классе подружилась с одной девочкой, но играла с ней только в школе, никогда не вспоминая о ней вне школы.

Зимой 1998 г. (7,5 лет ребенку) впервые, без какой-либо видимой причины, отмечался первый приступ: внезапно упала вперед на диван и отвалилась с него навзничь, назад, на 1 мин. потеряв сознание. После приступа заплакала: «Что это со мной было?». 15.03.99 г. впервые увидела пьяного отца, который был агрессивен, орал, буйствовал. Испугалась, завалилась назад, при этом были сложены щепотью руки, сведены ноги, рот перекошен, губы сомкнуты. Такое состояние длилось около 1 минуты. 21.03.99 г. утром перед школой, во время того как ее причесывала мама, вдруг закрыла глаза, привела руки к лицу, упала сначала вперед, потом резко перевернулась на спину, глаза были раскрыты, зрачки расширены, губы сомкнуты, рот перекошен, короткие мелкие судороги в конечностях («как у марионетки»). Такое состояние также продолжалось около 1 мин. В середине ноября 2000 г. отмечался кратковременный приступ без судорог, но с тем же основным дви-

жением – вперед, а потом назад. Больше пароксизмальных состояний не было.

Как говорят мать и бабушка ребенка, с момента ухода из семьи отца, то есть с 15.03.99 г., со дня второго пароксизмального состояния больше никогда не была прежней. В течение этих 3,5 лет состояние девочки постепенно ухудшается: она становится все более упрямой, капризной, агрессивной, грубой, циничной и пассивной. Каждый день начинается не просто с крика, с «ора». Она «орет» по каждому поводу и без повода, ей все не нравится: какую ей приготовили пищу, одежду, как на нее посмотрели, что сказали, и т.д. Даже новые вещи, одежду, подарки, игрушки она воспринимает со злобой, всегда всем остается недовольной. Не позволяет никому входить в свою комнату, злобно кричит на мать, чтобы та не ходила мимо ее комнаты, не позволяет трогать свои вещи даже во время уборки. Если ей не противодействовать, то цинично бранится, дерется. Особенно достается бабушке, которая никогда не повышает на нее голос и которую она называет не иначе, как «тварь поганая», толкает, бьет. При этом очень назойлива, ко всем пристаёт, всем мешает, особенно старшей сестре. Нередко говорит в ее адрес: «Ненавижу, сильно ее ненавижу!». Исподтишка портит чужие вещи – рвет, пачкает, мнет, царапает, расписывает тетради и учебники сестры. Тайком копается в чужих шкафах, прячет вещи, иногда забирает их себе. Испытывает удовольствие от того, когда напакостит, когда домашние ею недовольны или откровенно огорчены. Никогда никого не пожалеет, но ласкается, становится слащаво приставучей только, когда хочет чего-то добиться, например, какой-то покупки, в основном сладостей. К одежде равнодушна, носит одно и то же, причем, если надо починить или постирать ее любимую одежду, кричит, дерется и скандалит. В то же время стремится к тому, чтобы весь ее шкаф был заполнен новой одеждой. Если на любимой одежде появляется пятно или штопка, ни за что ее уже не оденет, тайно подкладывает вещи в ящики и шкафы домашних. Стремится захватить пространство в квартире и навести там свой порядок. Становится все более аккуратной в своей комнате, постоянно что-то перекладывает в своем шкафу, любую пылинку выносит из своей комнаты, чтобы бросить тут же за порогом. Часами дома может собирать свой портфель, складывая в него не только тетради и учебники, но и множество мелочей, в том числе игрушки, а также почему-то носки, трусы и т.п. Может по много часов подряд (до 10 часов) застилать свою постель, расправляя каждую складочку, или разглаживать шторы на своем окне. В остальном пространстве квартиры беспорядочна и неаккуратна. Ходит только в школу, не хочет гулять, походы в гости, в театр всегда заканчиваются злобным скандалом с ругательствами и оскорблениями в адрес близких. На свадьбе у родственницы исподтишка дважды сбросила на пол всю посуду. Недоброжелательна, безразлична к людям, совсем не сопереживает близким, даже в самую трудную минуту. Родители были поражены, насколько безразлично и даже со смехом она восприняла информацию о недавнем террористическом акте в Москве. Со слов родителей, видит мир «сквозь черные колючие очки». Становится бездеятельной. Все время вне школы проводит, перебирая свои полки, или в занятиях так называемыми «подчеркушками», когда она рисует одинаковых разряженных девушек и приписывает им бессмысленные, часто нелепые высказывания, после чего их комкает рисунки и выбрасывает или в скомканном виде отдает близким. Часами качается на домашних качелях или сидит неподвижно, обхватив колени руками. Совсем не читает, ее невозможно заставить смотреть любую программу по телевизору. Уроки не учит, за стол садиться отказывается, а если и села под сильным давлением родных, то учить уроки все равно не будет, а будет грубить, браниться. 1 и 2 классы окончила на «отлично», хотя уже потеряла интерес к занятиям, 3 класс закончила на «4», а в 5 и 6 все больше нарастает концентрация «2» на фоне сплошных «3». Давно потеряла единственную подругу. Если ее удастся вытащить на улицу, то гуляет с матерью. Дети в классе относятся к ней недоброжелательно, избегают ее, не принимают играть. Она пристаёт к ним, постоянно подначивает, дразнит, дергает, тыкает на уроке в спину, в их отсутствие копается в их портфелях и, по-видимому, берет из них какие-то мелочи. Если дети ее дразнят, впадает в ярость, может по-настоящему подраться. Дома жалуется близким, что ее дразнят, избивают, в то время как зачинщицей, как правило, бывает сама.

Единственное, от чего она получает удовольствие и от чего никогда не отказывается, – это еда. Интерес к еде постепенно и неуклонно повышается. Тема еды звучит постоянно – в обсуждении вкуса, цвета, формы, запаха конфет, печенья, пирожных, гостинцев, которые принесли девочки на урок труда (кулинарию), кто сколько, чего принес и сколько кому досталось и т.п. В последний год сильно поправилась и погрубела внешне. Весной с.г. обнаружила, что летние платья ей тесны, кричала, что все это подстроено родителями, чтобы она «осталась голой».

С июня 2001 г. стала получать финлепсин. С тех пор как стала получать лекарство, стала лучше засыпать вечером, иногда спит и днем. Зимой 2001-02 г. перенесла состояние, когда стала мрачной, молчаливой, еще более пассивной, плакала, говорила, что скучает об отце. Приблизительно в это же время появились довольно сильные моргания и подергивания плечами. На фоне лечения финлепсином получала амитриптилин, а затем

леривон. Стала очень взбудораженной, еще более агрессивной, циничной, грубой, нетерпимой, назойливой, в связи с чем антидепрессанты были отменены. Увеличена доза финлепсина до 750 мг в сутки, добавлены сонапакс (75 мг в сутки), неулентил (3-4 капли). В настоящее время принимает финлепсин – 750 мг в сутки, неулентил – до 10 мг в сутки, сонапакс – до 100 мг в сутки, фенибут – 1000 мг в сутки, микстуру с цитралью и витамины. За последний год тики становятся то сильнее, то почти исчезают вне связи с лечением.

Улучшение состояния отмечается в основном в летнее время. Так, в этом году, начиная с июня и кончая августом, когда девочка с бабушкой находилась на даче, а потом с матерью вдвоем дома, вела себя значительно лучше: не ругалась, не дралась, не употребляла ругательств, играла с детьми, но в основном дошкольного возраста, почти с ними не ссорилась, хотя оставалась пассивной, безразличной.

Психический статус (19.10.02 г.): небольшого роста, повышенного питания, с очень миловидными, даже красивыми чертами лица. При этом холодный взгляд и отсутствие живой мимики определенно диссонируют с постоянной улыбкой на лице и частым не вполне адекватным смехом. Несмотря на небольшой рост, производит впечатление девочки более старшего возраста, по-видимому, в связи со слишком взрослым, каким-то «бабьим» выражением лица. Движение быстрые, резкие, но практически отсутствует жестикация, а в коридоре в ожидании приема сидит практически неподвижно, рисуя свои «подчеркушки», напоминающие комиксы. То и дело входит в кабинет для того, чтобы передать матери уже скомканную бумагу. На приеме чрезвычайно вежлива, даже подобострастна. На лице постоянная улыбка, о чем бы ни зашел разговор. При этом говорит мало, в основном односложно. С широкой улыбкой рассказывает, что плохо себя ведет, ругается, со всеми ссорится, бьет бабушку, нередко дерется в школе. Одноклассники к ней плохо относятся, она не понимает причины того, что они ее дразнят, плюют в нее. О своих школьных успехах говорит уклончиво, преимущественно перечисляет положительные отметки, а если обнаружить осведомленность о ее неудачах, с неизменной улыбкой соглашается с этим. О родных, особенно о сестре, говорит недоброжелательно, считает, что они плохо к ней относятся. Больше всего любит папу, который покупает ей все, что она захочет. Особенно оживляется при разговоре о сладостях, конфетах, пирожных, не скрывает, что ее основное удовольствие – поесть вкусенького. К беседе безразлична, ни о чем спрашивает. Отмечаются очень редкие, но интенсивные мимические тики, реже – подергивания плечами. Критики к своему состоянию, поведению и к положению в школе нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЭЭГ от 14.10.02 г. (кандидат мед. наук В.В. Грачев): ЭЭГ дезорганизована. В затылочных отведениях регистрируется фрагментированный нерегулярный альфа-ритм частотой 7-10 Гц (достоверно преобладают колебания частотой 7-8 Гц). Фрагменты альфа-ритма перемежаются значительным количеством высокоамплитудных медленных волн, в структуре которых выявляются повторяющиеся волновые сочетания в виде комплексов «острая-медленная волна» с акцентом по правому полушарию. В центрально-теменных отведениях – ритмическая альфа-подобная активность (частотой 8 Гц), более заметная при регистрации ЭЭГ с открытыми глазами. Индекс диффузной медленноволновой активности значительно увеличен во всех отведениях. Отмечается определенный акцент медленноволновой активности в лобно-центрально-передне-височных отведениях левого полушария. Во всей записи в лобно-центральных отведениях отмечаются повторяющиеся билатеральные всплески дельта- и тета-волн, с амплитудным максимумом в левом полушарии. Прерывистая ФС еще более дезорганизует ЭЭГ и вызывает значительное усиление пароксизмальных проявлений в виде генерализованных разрядов высокоамплитудных тета-дельта-волн с включением в структуру разрядов отдельных комплексов «острая медленная волна» с амплитудным максимумом в лобных отведениях, продолжительностью до 4 сек. HV-проба приводит к резкому повышению индекса медленных волн, которые доминируют в записи со второй минуты пробы. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняются вызванные ею изменения фоновой активности.

Заключение: выраженные диффузные изменения по органическому типу с акцентом в лобно-центрально-передне-височных отведениях левого полушария головного мозга. На этом фоне выявляются признаки выраженной дисфункции коры головного мозга с недостаточностью организующих влияний лобных долей. Четкой эпилептической активности не выявлено, однако имеются признаки выраженного снижения порога пароксизмальной готовности. В сравнении с предыдущей ЭЭГ – значительное нарастание выраженности органических знаков и усиление признаков дисфункции лобных долей.

Реография (8.04.02 г.): кровенаполнение в бассейне а. carotis в левом и правом полушариях крайне снижено. Кровенаполнение в бассейне а. vertebralis в левом и правом полушариях значительно снижено. Пространственное перераспределение имеет диагональный характер: в правом полушарии переднее, в левом –

заднее направление. Тонус артерий распределения: в бассейне а. carotis значительно повышен справа и слева, в бассейне а. vertebralis – значительно повышен слева и умеренно повышен справа. Тонус артерий сопротивления: в бассейне а. carotis значительно повышен справа и слева, в бассейне а. vertebralis – умеренно повышен слева и в пределах нормы справа. Затруднение венозного оттока во всех отделах. РВГ легкая. Функциональные пробы с поворотом головы – отрицательные.

МРТ (18.02.02 г.): не выявлено очаговых изменений в веществе мозга больших полушарий, ствола и мозжечка. Боковые желудочки обычной формы и размеров. Субарахноидальные пространства слабо расширены в проекции лобных долей. Заключение: слабо выраженная наружная гидроцефалия.

Консультация окулиста (23.10.02 г.): границы полей зрения в норме. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены незначительно расширены. Макула, периферия не изменены.

Заключение невропатолога (22.10.02 г.): признаки дисфункции экстрапирамидных отделов (преимущественно «лобные»); легкая пирамидная симптоматика; легкие отдельные атаксические знаки без отчетливых симптомов мозжечковой дисфункции (более вероятно лобно-височные).

Консультация нейрохирурга (25.10.02 г.): данных за нейрохирургическое заболевание нет. Имеет место незначительная неврологическая симптоматика, свидетельствующая, как и данные параклинических обследований, об остаточных явлениях резидуально-органического поражения ЦНС.

Психологическое заключение (кандидат психол. наук Е.И. Морозова):

Причина обращения: решение вопроса о возможности обучения ребенка в массовой школе, уточнение диагноза, педагогические рекомендации.

Жалобы: со слов мамы и бабушки – «ничего и никого не любит, нет друзей, ничего не интересно, ничего не хочет делать; агрессивна, ненавидит сестру, желает ей смерти; постоянно проявляет непослушание, визжит, орет, воет как динозавр, неадекватно себя ведет...», щиплет мать, бьет ее по спине. Мама задает психологу вопрос: «Сможет ли вообще девочка жить среди людей, учиться в школе?»

При обследовании: заинтересованности в контакте не проявляет, но вполне его принимает (правда, скорее на уровне необходимого подчинения незнакомому взрослому, чем по собственной инициативе). Эмоциональный фон сниженный, мимика мало дифференцирована, несколько формальна, насторожена. Отмечается выраженная эмоциональная лабильность, перепады настроения происходят очень часто. Без всяких внешних причин начинает неестественно смеяться, адекватность поведения снижена. Проявляет заинтересованность в оценке своих действий и поведения окружающими. Выясняет реакцию психолога на те или иные свои достижения: «Посмотрите, пожалуйста, так я сделала?». Речь грамматически правильная, развернутая, достаточный словарный запас. В затруднительных ситуациях у девочки появляется сопровождающая речь, характерная для детей дошкольного возраста. При выполнении заданий: включается в задание самостоятельно, понимает цель, доходит до конечного результата. В легких заданиях способна к самостоятельному контролю (простые доски Сегена), в более сложных (матрицы Равена) прибегает к самоорганизующим действиям – при затруднении в анализе появляется внешняя планирующая речь, которая помогает в выборе правильного алгоритма действий. В дальнейшем фиксирует и комментирует все, что делает. Темп деятельности достаточный. Отмечаются персеверации, в основном в рисуночных пробах. Имеются явные графические способности.

Работоспособность грубо не нарушена, неравномерна в силу быстрой пресыщаемости и астенизации. Жалуется, что устала, но тут же заинтересовывается новым заданием и забывает про свою «усталость». Уровень достижений неустойчивый, скорее зависит от степени включенности ребенка в задание. Испытывает трудности в саморегуляции. Иногда недостаточно целенаправленна, нуждается в дополнительном побуждении, повторении инструкции, внешней организации деятельности.

При обследовании мышления выявились неравномерность уровня обобщения, специфические особенности. Способна к аналитико-синтетической деятельности. В тесте Равена самостоятельно учитывает несколько признаков одновременно, производит анализ задания, при самостоятельной внешней организующей помощи. При выполнении методики «Пиктограммы» инструкцию понимает сразу, точно ей следует. Рисунки для запоминания подбирает легко, располагает их в четкой последовательности. Использует для запоминания в основном конкретные символы слов, поэтому опосредование улучшает мнестические процессы. Ассоциации в целом адекватны. Например, при предъявлении для запоминания словосочетания «строгий учитель» рисует учительницу, стоящую у доски с указкой. Однако встречаются отдельные ассоциации по латентному признаку. Так, на слово «развитие» затруднилась сразу придумать символ, но после недолгих раздумий нарисовала несколько волнистых линий и пояснила: «я нарисовала ветер, он как бы развивается». При толковании пословиц наряду с ситуативно-конкретными ответами, встречаются соскальзывания, переходы на другие темы.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется выраженным инфантилизмом, негативизмом, амбивалентностью – недостаточно понимает и управляет собственными импульсами и желаниями. Отмечаются депрессивность, напряженность, наличие страхов (злых собак, огня, костров...). Отличается непредсказуемыми и необоснованными перепадами настроения, высокой лабильностью, противоречива в своих намерениях и поступках. Испытывает выраженные трудности в межличностных контактах, вероятно, из-за сниженной синтонности, недостаточной аффективной регуляции деятельности.

Таким образом, по материалам обследования выявляются особенности мышления по шизоидному типу, выраженные эмоциональные и личностные нарушения - общая диссоциированность психики, инфантилизм, склонность к депрессивным реакциям, импульсивность, трудности аффективной регуляции; отмечается недостаточный энергетический потенциал.

Резкое снижение адаптивности, а также достаточно хорошая обучаемость при индивидуальном подходе служат противопоказанием для изменения условий обучения. Возможно, целесообразно выведение на индивидуальный вариант обучения по математике. Рекомендации по воспитанию возможны только после уточнения диагноза и проведения консилиума.

Заключение по результатам нейропсихологического обследования (нейропсихолог В.А. Корнеева):

Во время обследования девочка охотно идет на контакт (как вербальный, так и тактильный). Эмоциональные реакции адекватные. При беседе о взаимоотношениях с родственниками агрессии не проявляет, говорит, что любит и маму, и бабушку, и сестру. На сестру обижается, потому что та больше с ней не играет, затем сразу же поясняет, что у сестры очень много дел, ей просто некогда. На вопрос о том, почему она ругается и дерется с бабушкой и мамой, со слезами на глазах отвечает, что сама этого не понимает. «Я злюсь, когда они подходят к моей комнате, потому что боюсь, что они наведут там беспорядок. Хотя, правда, они никогда не наводят беспорядок. Я не знаю, почему этого боюсь». Когда делает уроки, конфликтует с родственниками, потому что уроки делать «не хочется, очень тяжело». Заинтересована в правильности выполнения тестовых проб. Иногда излишне критично относится к результатам своей деятельности. Получая поощрение за старание, проявляет настойчивость при выполнении сложных для нее заданий. Отмечаются тики, обилие мышечных зажимов и синкинезий. На момент исследования можно констатировать наличие гипотонуса, высокий уровень истощаемости.

Исследование латеральных предпочтений выявляет ведущую правую руку и правый глаз, левую ногу и левое ухо. Исследование двигательных функций выявляет проблемы в области кинестетического праксиса как по зрительному, так и по кинестетическому образцу, перенос поз по кинестетическому образцу практически недоступен. В области динамического праксиса отмечается резкость движений и пропуск фаз в пробе «кулак-ребро-ладонь» (ошибки ребенок замечает, старается исправить), несформированность реципрокной координации рук. Тактильные и соматогностические функции дефицитарны, выявляются искажения пространственных представлений.

Устный счет выполняется по искаженному механизму (прибавляет и вычитает по единице). При этом допускаются частые ошибки. Слухоречевая память в пределах возрастной нормы. Зрительная память снижена. Фонематический слух в пределах нормы. Речевая артикуляция и кинетика в пределах нормы. Вербальный тест «4-й лишний» выполняет без ошибок. Речевые высказывания развернутые.

Суммируя результаты нейропсихологического обследования и анамнестические данные можно говорить о дефицитности подкорково-стволовых образований мозга, функциональной несформированности правого полушария и межполушарных взаимодействий при относительной сохранности функций левой височной доли и префронтальных отделов коры.

Психолого-педагогическое обследование (дефектолог, кандидат пед. наук А.М. Щербакова): во время обследования контактна, заинтересована в оценке. Перед началом работы попросила удалить маму и бабушку, объяснив это тем, что в их присутствии она очень отвлекается («я их стесняюсь»), волнуется и не может справиться ни с одним заданием. Далее в ходе обследования высказывалась: «Очень волнуюсь, когда отвечаю, от этого получаю двойки»; «Ведь я же люблю пятерки». С готовностью отвечает на тактильный контакт, с охотой включается в игру, эмоционально адекватна. Обращают на себя внимание своеобразная неподвижность, «тяжесть» взгляда. Ориентирована в собственной личности, времени и пространстве. Моторно неловка. Конструктивный праксис недостаточен.

При выполнении заданий на этапе ориентировки затрудняется в учете всех необходимых данных. Восприятие сужено, его simultaneity недостаточна (так, например, пересчет множества из 6 единиц требует дополнительных опор), нередко случаи нарушений предметности восприятия (девочка не узнает изображения

знакомых предметов). Выбрав один из способов решения задания, застревает на нем, не отвлекаясь от него и при прямом указании на ошибочность этого пути. При этом внезапно может правильно выполнить более сложное задание. При увеличении сложности и объема задания ссылается на усталость, отказывается его выполнять. Общей особенностью деятельности ребенка является более высокий уровень работы на вербальном уровне, чем на практически-действенном.

Мышление характеризуется низким уровнем обобщений, склонностью к ситуативности (выполняя задание на классификацию, объединила изображение парохода и моряка: «он находится на корабле»; оставила более 10 конечных понятийных групп, отказываясь объединять их далее). Крайне затруднено установление причинно-следственных зависимостей, составление суждений на основании выявленных посылок. Иллюстрация: рассказ по серии «Мальчик и волки». Заглавие «Как мальчик шел в школу и испугался волков». «Мальчик шел в школу через лес. Он увидел волков и испугался. Он уронил рюкзак и полез на дерево. Два дяденьки шли по лесу. Один вез на санках мальчика, а другой посадил его на дерево. Потом волки пришли к дереву, а он уже там сидел». Задание на составление рассказа по серии сюжетных картинок «Колесо» недоступно.

Навыки письма, чтения сформированы. Операции математического сравнения своеобразно нарушены (сравнивая изображения двух больших яблок и шести маленьких вишен и отвечая на вопрос, чего больше, ответила, что яблок больше, так как они больше, чем вишни). Условие математической задачи не может проанализировать вследствие трудностей выделения и удержания данных.

Результаты использования проективных рисуночных методик дают основания говорить о защитном инфантилизме, размытости образа «Я», страхе социальных контактов, табуированности сексуальной сферы, дисгармонии внутрисемейных отношений.

В беседе девочка признает, что ее поведение было «плохим», при этом считает, что сейчас она себя ведет лучше. Можно говорить об определенном «давлении» образа отца, некоторой идентификации с ним: «Я очень на него похожа. Мама развелась с ним потому, что он пил, закрывал дверь в свою комнату, никого туда не пускал. И я так же себя веду. И внешне на него похожа. Его поведение оказало на меня влияние». На вопрос о любимых домашних занятиях не нашлась, что ответить. С увлечением рассказывала, что нравится готовить на уроках домоводства в школе («Мне за винегрет пятерку поставили»). Дома готовить неинтересно.

Рассказ матери об истории развития дочери имеет негативно-отвергающую эмоциональную окраску. Несомненно выявляется объединение образов дочери и ее отца. Случаи, которые в рассказе приводились как пример негативизма и грубости дочери (относящиеся к полутора годам жизни ребенка), являются иллюстрацией некоторой неадекватности матери. Требуется особое внимание раннее интенсивное обучение ребенка: с 3 лет занятия иностранным языком, в 6 лет подготовка к школе, занятия могли продолжаться до 8 часов в день. При этом социально-бытовому развитию внимания не уделялось. В настоящее время мать сетует на отсутствие у девочки каких-либо познавательных учебных или досуговых интересов, при том что ребенок имеет определенную художественную одаренность. Девочка уничтожает те рисунки, которые нравятся матери. На похвалу и признание ее способностей (как со стороны матери, так и со стороны посторонних) отвечает негативной реакцией, отказывается сотрудничать.

Выводы: учитывая нарушения формирования витальной сферы и искаженную эмоциональность, нарушение контактов ребенка с внешней материальной и социальной средой в первый год его жизни, а также раннее речевое развитие при запаздывании формирования сенсомоторной сферы, можно предположить негрубое общее искажение развития по типу РДА. Психотравмирующий характер семейной ситуации, отсутствие отвечающих особым потребностям ребенка условий воспитания усугубили те нарушения, которые при других обстоятельствах, по нашему мнению, могли бы быть успешно скомпенсированы. Чрезвычайные перегрузки при подготовке к школьному обучению могли послужить одним из факторов перенапряжения ЦНС. Во всяком случае, эпилептические припадки, по времени следовавшие за этапом усиленной интеллектуальной и волевой нагрузки, привели к дополнительному повреждению психического развития. В настоящее время состояние девочки характеризуется чертами органической деменции, отягощенной неразрешенными проблемами самоидентификации и взаимоотношений с близкими, возникшими вследствие непродуктивной позиции взрослых, прежде всего, матери.

Рекомендации: снижение познавательных возможностей, нарушения внимания, общая истощаемость делают невозможным обучение девочки в школе с повышенным уровнем требований к усвоению ряда предметов. Адекватным возможностям ребенка является обучение в классе КРО. Девочке необходима помощь в освоении социума, т.к. ее социальная дезориентация во многом обусловлена суженными возможностями анализа и ориентировки в социальной ситуации. Помощь должна оказываться на доступном для понимания девочки уровне.

ОСМОТР РЕБЕНКА

Психический статус: Девочка невысокого роста, повышенного питания. Походка неуклюжая, манерная. Нет дружелюбных движений руками, совсем не жестикулирует. Выражение лица слишком взрослое, какое-то «бабье». Несколько раз на протяжении беседы отмечалось кратковременное моргание. На лице легкая улыбка, при этом взгляд тяжелый, жесткий. На вопросы отвечает коротко, часто односложно. На некоторые вопросы не отвечает вовсе, особенно если они касаются школы, игры, отношения к людям. К беседе и присутствию многих посторонних относится равнодушно. Считает, что здесь собрались врачи, чтобы ее лечить, но не может сказать, от чего ее надо лечить. Очень неохотно сообщает, что у нее двойки по математике и именно в этом она нуждается в помощи. При этом считает, что в остальных учебных предметах, помощь ей не требуется. Свое плохое поведение относит к прошлому, теперь «нормально» себя ведет. С удовольствием, улыбаясь, говорит, что обижает одноклассников – задирает их, толкает (как бы заигрывая трогает плечо врача – «вот так»). Были и драки, в которых она всегда побеждала. На вопрос, любит ли она маму, бабушку, сестру, отвечает: «Люблю» и тут же безразлично добавляет: «А, может, я их и не люблю». Обижает близких (может ударить, ущипнуть, бросить жвачку) иногда по причине, а иногда и просто так. С определенной долей удовольствия говорит, что ничего не любит делать и ничего целыми днями не делает – «я бездельница». Иногда играет в «куклы дом», а любимая игрушка – мягкий зайчик. С довольной улыбкой говорит о том, что любит поесть, что ей нравится кулинария в школе, но в то же время промолчала, когда ей было предложено представить, чем она угощает своих близких. Полагает, что люди бывают чаще плохими, чем хорошими. Увидев один из своих рисунков на столе («подчеркушку»), покраснела, взгляд стал злым, со злобой спросила, откуда он взялся. Улыбаясь сообщила, что здесь изображена «принцессочка», но после этого эпизода на вопросы отвечала только односложно («нет» или «не помню») или молчала, не опуская головы и продолжая смотреть на собеседника колючим взглядом. Во время беседы, когда зазвонил мобильный телефон и началось перемещение в кабинете, выглядела недовольной, появились напряжение и злобность во взгляде.

Беседа с бабушкой и матерью ребенка:

А.А. Северный: Как вы думаете, Ваша девочка умная или глупая?

Мама (после долгого молчания): Нет, не глупая.

А.А. Северный: Почему не глупая? Объясните.

Мама: (Растерянно молчит.).

А.А. Северный: В поступках, в действиях, в суждениях?

Мама: В суждениях, может быть.

Бабушка: У нее есть чувство юмора. Она может пошутить, может воспринять шутку.

А.А. Северный: Так же, как и раньше?

Бабушка: Нет, сейчас в меньшей степени.

А.А. Северный: В дошкольном возрасте она определенно была умной, сообразительной. Она с возрастом поглупела?

Мама: Да, пожалуй.

А.А. Северный: Характер, форма реагирования, взаимоотношения поменялись?

Мама: Да, появилась сильная агрессия. Нет нормального реагирования, постоянные истерики, рыдания. На любой раздражитель, который она сама себе определила, злобная реакция. Агрессивная реакция, если трогают ее вещи, либо нарушают ее пространство.

А.А. Северный: У нее есть причины для такого состояния?

Мама: У нее беспричинная смена настроения. Мирное состояние меняется на злобное. Я спрашиваю ее: «Что случилось? Что произошло?»

А.А. Северный: У нее бесцельная агрессия, бессодержательная, или есть желание причинить боль?

Мама: Скорее агрессия без повода, но она стала очень мстительна, злопамятна. Говорит: «Я тебе обязательно отомщу». Она не помнит, за что отомстит, но у нее всегда есть подпитка, новый повод.

А.А. Северный: А какова она в быту? Вам с ней легко?

Мама: Ужасно. Умыться, одеться - все с большим трудом. Сегодня застилала постель около 10 часов, а раньше был рекорд 5 часов.

А.А. Северный: Она застилала постель непрерывно 10 часов? Что она делала?

Мама: Тщательно разглаживала все складки, все морщинки, добивалась идеальности.

А.А. Северный: Она застревает на деятельности - уборка постели, уборка комнаты. Расскажите, на чем именно она застревает?

Мама и бабушка вместе: Она стремится к определенному положению занавесок, расправляет их подолгу. Если у нее хорошо получилось, как она считает, то зовет посмотреть.

А.А. Северный: Как проходят у нее вспышки гнева? Есть ли какие-то закономерности?

Мама: Нет. Все спонтанно. С какой ноги встала. Непонятно, от чего это зависит.

А.А. Северный: Как остановить нагнетание злости? Какая у вас защита?

Мама: Сон. Она ложится спать и мгновенно засыпает. Но после сна хорошее настроение не гарантировано.

А.А. Северный: Что снимает ее злобное напряжение?

Мама: Ну, вот у нее была несколько дней высокая температура. После этого она была добренькая, спокойная.

А.А. Северный: Это злобное состояние проходит вдруг, внезапно или постепенно?

Мама: По-разному.

А.А. Северный: Есть ли прерывание действий - застыла на мгновение?

Мама: Нет.

А.А. Северный: Как она спит?

Мама: При засыпании спокойна, вздрагиваний нет.

А.А. Северный: У девочки было четыре приступа с потерей сознания. Как она приходила в себя - быстро или постепенно?

Мама: Сразу включалась, не постепенно.

А.А. Северный: В чем вам нужно помочь?

Мама: Упорядочить поведение, снизить агрессию. Хотелось бы, чтобы у нее появились интересы в жизни, а то она, как цветок, растет и растет.

А.А. Северный: А как она ест? Если ее не остановить, она сама не перестанет есть?

Мама: Я ей говорю: «Хватит есть, ты уже объелась». Реакция спокойная, без злобы.

А.А. Северный: Она просит еду? Как много она ест? Какие у нее предпочтения?

Мама: Еду она просит, жалуется на голод, ест со всеми вместе. Из еды ничего не отвергает, ест все. Любит сладкое. Мы даем ей порции такие же, как едим сами. Она съедает порцию взрослого человека. Если ее не остановить, то она будет есть очень много. Потом говорит: «Ой, я уже так объелась».

А.А. Северный: Как долго у нее такой повышенный аппетит?

Мама: Около 1,5 лет она много ест, она поправилась.

А.А. Северный: Первый приступ был в 7,5 лет, четвертый приступ в 9 лет. Имел ли к этим событиям какое-то отношение Ваш бывший муж?

Мама и бабушка: Отношения с бывшим мужем никогда не были нормальными, были постоянные ссоры, но пьянство и скандалы от детей скрывали. Когда у отца были запои, то детей прятали. Отец любил демонстрировать агрессию детям, свою власть.

А.А. Северный: Как девочка относится к отцу? Она привязана к отцу?

Мама: Она говорит, что любит его, потому что он ее папа. Он ей все покупает, все, что она захочет.

А.А. Северный: Она по нему скучает? Звонит ему? Спрашивает о нем?

Мама: Нет, она не спрашивает, не скучает, не звонит.

А.А. Северный: Скажите, девочка вообще добрая?

Мама и бабушка: Нет.

А.А. Северный: Есть у кого-нибудь еще какие-то вопросы?

Профессор Ю.С. Шевченко: Скажите, как вы располагаетесь в вашей квартире?

Бабушка: У нас с ней одна комната. Она меня выгоняет, оскорбляет, иногда дерется.

Ю.С. Шевченко: Скажите, она именно выгоняет вас или чтобы комнаты была только ее?

Бабушка: Думаю, что не именно меня, а чтобы освободилась комната.

Мама: Девочка говорит: «Твои гадкие вещи портят мою комнату!». В ее комнате должен быть заповедник.

Ю.С. Шевченко: Какова ее реакция на ваши замечания относительно ограничения в еде? И какова ее реакция на замечание относительно уборки кровати или комнаты? Одинаково ли она одержима при насыщении и при застревании?

Мама: Когда я говорю ей, что достаточно есть, то она реагирует нормально, спокойно. Мы даем ей еду не больше, чем едят взрослые. Если сделать ей замечание относительно уборки кровати или комнаты, то будет жуткий скандал. На это она реагирует ужасно.

Профессор Ю.С. Шевченко: Она очень скупуплезна, убирая кровать, а насчет личной гигиены она не-

брежна. Налицо избирательность: к телу она не чистоплотна, а к своей территории относится очень трепетно, постоянно наводит порядок. Ее территория должна быть в порядке. Как долго она моется?

Мама: Моется она подолгу. Около часа. Она «отсутствует» на уроках, как говорят о ней учителя. Она не включена в процесс обучения, не может делать выводы, не может анализировать.

А.В. Махнач: Какие есть запреты в вашей семье?

Мама и бабушка: Нельзя кричать, ругаться.

А.В. Махнач: Как вы запрещаете ей это делать? Какие у вас методы?

Бабушка: Да уже чего только не пробовали. И сказками, и ласками.

А.В. Махнач: А какие были наказания?

Мама: И ругали, и даже били. Но ничего не помогало. Она еще и ворует. Еще мы замечаем, что она целует стенку, лижет стекло книжной полки, лижет книжку.

А.А. Северный: А прижимается она к чужим? Маструбирует?

Мама: Нет, этого не замечали. Маструбации точно нет.

Ю.С. Шевченко: Скажите, а нюхать она любит? Часто нюхает?

Бабушка: Да, нюхать она любит.

Ю.С. Шевченко: Скажите, каковы ее отношения с сестрой?

Мама: конфликт, ни на чем не основанный. Был случай: мы гуляли втроем, вдруг прибежала собака. Девочка говорит сестре: «Вот бы собака тебя разорвала на мелкие кусочки, и тебя бы не было!».

Ю.С. Шевченко: Есть ли у нее какие-то страхи?

Мама: Вообще-то нет. Но как-то она сказала: «Мама, там темно, наверное, я боюсь».

А.В. Махнач: Это было сказано наигранно, театрально, демонстративно, или ей реально было страшно?

Мама: Пожалуй, что реально.

А.А. Северный: Она становится чуднее и непонятней или примитивней?

Мама: Примитивней. Да, вот еще насчет ее беспричинного гнева. Как-то она приходит из школы и бросает тетрадь всю измятую и искусанную и говорит: «Вот смотрите, я не знаю, почему я это сделала».

А.А. Северный: А головные боли у нее бывают?

Мама: Вообще-то она никогда не жаловалась. Но недавно сказала: «У меня что-то болит во лбу, может быть это и есть головная боль?»

А.А. Северный: Все, спасибо, до свидания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА (Н.М. Иовчук)

Настоящее состояние определяется непродуктивными гипоманиакальными расстройствами, атипичность которых обусловлена сменяющимися благодушным и гневливым аффектом, бездеятельностью, малоподвижностью, отсутствием стремления к деятельности и контактам. На этом фоне выступают нерезко выраженными неврозоподобные расстройства (тики) и расстройства, которые в целом определяются нами как гебоидные - с отсутствием высших моральных ценностей, оживлением низших влечений, преимущественно садистических и пищевых, враждебностью и недоброжелательностью к окружающим. Перечисленные продуктивные психопатологические расстройства выступают на фоне определенных личностных особенностей: нарастающей эмоциональной холодности, утраты познавательных интересов, пассивности, недостаточной контактности. В то же время нельзя не отметить появившиеся в последние годы (уже после перенесенных приступов) взрывчатости вплоть ярости, жестокости, некоторой слащавости, ограниченной правда, но все же чрезмерной аккуратности, медлительности, инертности психических процессов. Следует отметить также присущую девочке парамию, внешнюю старообразность при явных признаках психического инфантилизма. Перечисленная дефицитарная симптоматика в основном усугубляется в последние 4 года, одновременно с утяжелением гебоидных расстройств, появлением неврозоподобных расстройств, возникновением депрессивного эпизода на фоне хронического гипоманиакального состояния. По-видимому, гебоидные и гипоманиакальные расстройства (гневливая гипомания) возникли в раннем возрасте, сразу после года, с началом речи и хождения. После эпилептиформных приступов это состояние значительно углубилось как за счет нарастания уже имевшихся аффективных и гебоидных расстройств, так и за счет появления новой - неврозоподобной - симптоматики, и привело к возникновению негативных расстройств разного плана: с одной стороны - к нарастанию эмоциональной выхолощенности, снижению активности, интересов и контактов, а с другой стороны - к появлению взрывчатости, жестокости, слащавости и ранее не свойственной аккуратности. Из этого можно заключить, что в данном случае мы сталкиваемся с сочетанием двух психических заболеваний: гебоидной шизофрении и эпилепсии.

Двойственная наследственность (пароксизмальная со стороны матери и гебоидно-шизофреническая со стороны отца) в данном случае также может свидетельствовать о сочетании двух указанных заболеваний.

Очень интересным представляется квалификация состояния, перенесенного ребенка с 3-месячного возраста до 1 года. Как явствует из описаний матери и бабушки, основными его признаками были повышенное настроение с необычным хохотом, стереотипные движения (раскачивания), отсутствие самостоятельного стула, расстройства питания (срыгивания, рвоты фонтаном), сокращенное время сна (отсутствие дневного сна). Это состояние напоминает, особенно с учетом формирования в дальнейшем хронической гипомании с гебоидными расстройствами и личностными особенностями шизоидного круга, ранний младенческий шизофренический приступ-шуб.

Между тем, заключения электрофизиологов, нейропсихолога, психолога, дефектолога со всей очевидностью свидетельствуют о каком-то, неясном пока органическом поражении головного мозга. Снижение познавательных процессов, памяти, огрубение, «лобная» симптоматика были бы понятны при обнаружении текущего экзогенно-органического заболевания. Таким образом, диагноз до настоящего времени остается дифференциальным.

ОБСУЖДЕНИЕ

Заключение Ю.С. Шевченко:

У ребенка наследственная отягощенность шизофренией по отцовской линии, аффективное расстройство и эпилептоидность по линии матери. Преморбид определяется церебрально-органической недостаточностью (герпес у матери во время беременности, недоношенность, невропатия). Отмеченные факторы реализовались в клинической картине заболевания, прежде всего в характере своеобразного процессуального дизонтогенеза. Дефицитарность подкорково-стволовых образований обусловила недостаточность энергетического обеспечения формирующихся психических функций. Период структурно-морфологического развития субкортикальных образований мозга, обеспечивающих функционирование первого блока мозга (по А.Р. Лурия) совпал с маниакальным приступом, продолжавшимся с трехмесячного возраста до 1 года 1 месяца, что, по-видимому, усугубило проблемы энергетического обеспечения соматовегетативных функций и проблемы формирования внутримозговых системных взаимодействий. Вследствие этого «строительство» вышележащих блоков мозга протекало дефицитарно и по искаженной онтогенетической программе.

Кроме этого, социальные факторы (изучение иностранного языка с 3-х лет, «вербальный» характер воспитания, сверхинтенсивная подготовка к поступлению в школу) способствовали тому, что изначально низкий энергетический потенциал ребенка был направлен прицельно на обеспечение формирования «верхнего этажа» (3-его блока) в ущерб тем функциям, которые соответствовали возрастной онтогенетической программе (формирование операционального блока (2-ой блок) заканчивается к 7–8 годам). Это проявилось в недоразвитии двигательных, тактильных и соматогностических функций, искажениях пространственных представлений и дизонтогенезе эмоциональной сферы, гармоничность и саморегуляция которой обеспечивается полноценностью межполушарных взаимодействий (О.А. Сидорова, 2001). Фактически наиболее сформированными оказались «левополушарные» функции височной и лобной долей (наиболее энергоемкие). Подобный дисбаланс частично компенсируется за счет архаических форм саморегуляции психического тонуса (базальной аффективности) в виде яктаций (стереотипных раскачиваний) и экспансивного поведения (В.В. Лебединский и соавт., 1990; О.С. Никольская, 2001). В пользу подобного вывода свидетельствует тот факт, что уменьшение интеллектуальной нагрузки во время каникул сопровождается улучшением поведения и уменьшением стереотипий, а декомпенсация состояния сопровождается вегетативными пароксизмами.

Процессуальный же характер описанного дизонтогенеза подтверждается симптомами диссоциации, регресса и специфической шизофренической деменции. Из продуктивных расстройств ведущими остаются аффективные нарушения, которые с течением времени усложняются за счет навязчивых симптомов и нелепых бредоподобных образований.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Дефектолог (А.М. Щербакова):

Нужно отметить выраженное расхождение в выборе между вербальным решением задачи и предметным решением. При классификации ей трудно дается обобщение, наблюдается потеря данных, ей трудно удерживать информацию. У девочки выраженные проблемы по описанию сюжетных картинок. Она нелепо трактует изображение на картинках. В ходе ее рассказа происходит нарушение трактовки, нет логики. Также есть застреваемость. Оценивая картинки с ошибками, она соскальзывает, не дорисовывает недостающие элементы. Постоянно выпадает, мерцает. При этом вдруг, неожиданно решает сложные задачи. Явное снижение мотива-

ции, нет интереса по оценке. Это можно объяснить. Она говорит, что она не может отвечать, потому что боится, что ее оценят. В течение двух часов занятия с ней, девочка была эмоционально адекватна, реагировала на шутки. Конструирование: выраженные проблемы, ребенок не может собрать целое. Маленькая способность волевого усилия. Если не получилось, то нет новых попыток, сделать еще раз. Математика: не удерживает условие задачи для первого класса. Рисуночные методики: все фигуры на рисунках без ушей - отгороженность; руки у фигур спрятаны, нарисованные дети все младшего возраста. Рисунки семьи: объединить семью не удалось - все члены семьи нарисованы отдельно. На одном из рисунков она изобразила себя вместе с сестрой, играющими в бадминтон. Сестра - значимая, эталонная фигура. Агрессия девочки, может быть, вызвана нежеланием сестры с ней общаться. Агрессия на отторжение сестрой. На рисунке она меньше сестры. Престижная школа, в которой она сейчас учится, на данный момент выпадает. Для родителей - это постоянное переживание неуспешности их дочери. Очевидна одержимость образом отца. Он скандалил, запирался в комнате, вел себя агрессивно, злобно - этим она объясняет свое поведение. Кстати, старшая дочь от другого отца. В беседе с матерью чувствуется неприятие дочери из-за ее отца. Мать призналась, что она 11 лет с ней мучается. Образ ужасного мужа и отца перенесен на дочь. Яна сама себя отнесла к 5-6-летнему возрасту. Она с вербальными проблемами. Я считаю, что девочке нужен коррекционный класс или перевод в другую школу.

Нейропсихолог (В.А. Корнеева):

Видны изменения на ЭЭГ. Есть первичные корковые дисфункции. Нарушена телесная ориентация: перенос лево-право, пространственный праксис. Кинетика, удержание в памяти информации нарушены, следовательно, нарушены лобные доли. Относительно сохранены: левое полушарие, левая часть коры головного мозга. Высокая истощаемость. Снижение мышечного тонуса. Есть ощущение деменции. Вербальный интеллект в норме, эмоционально адекватна. Способна к сложным эмоциям: переход из образа в слово. Двигательный уровень нарушен. Предлагаю нейропсихологическую коррекцию.

Психиатр (Н.М. Иовчук): наша сегодняшняя беседа посвящена сравнению вчерашнего и нынешнего статуса больной. На сегодня - гипомания, благодушие, гневливость, нервозоподобные расстройства - тик, подергивания, утрата высших моральных ценностей, жестокость. В отличие от больной, гебоиды у врача всегда прелестны. Она стремится причинить и физическую, и душевную боль. Личностные изменения, эмоциональное снижение, грубость, аффективные расстройства, депрессивность, нарушения мышления, отсутствие мотивации, нарастание замкнутости, грубое снижение познавательных процессов, брутальность, интеллектуальное снижение, слащавость, педантичность.

Я думаю, что это эпилептический круг заболеваний. Сдача экзамена по переходу в другой класс прошла удачно, девочка была довольна. И в этот день она впервые увидела скандал пьяного отца. Эти два разных события произошли в один день. И в этот же день произошел второй припадок, второй сдвиг. С тех пор, она стала другой. Последствия первого сдвига длились с 1 года до 7,5 лет. После ухода отца она стала злобной, другой. Первый сдвиг. С трех месяцев до одного года и семи месяцев она была хохочущим ребенком, без самостоятельного стула, плохо ела, хохотала на любой раздражитель, т.е. у нее была неадекватная реакция, а так же качания вперед-назад, влево-вправо.

Так что это? Гебоидная шизофрения? Имеются маниакальные включения, она безразлична ко всему, не привязывается, за все время лечения она ко мне никак не привязалась. Эпилептические изменения очевидны. Гебоидность и эпилепсия.

Психиатр (А.А. Северный): характерно ли слабоумие для шизофрении? При шизофрении предпосылки интеллекта не страдают, он видоизменяется. Даже тяжелый кататоник, лежащий в ступоре, способен решать задачи высокой сложности.

Дефектолог (А.М. Щербакова): у нее достаточно высокий интеллект, но нет мотивов, крайне несодержательный внешний мотив. Она способна реализовать багаж, усвоенный ранее, но она не восприимчива к новому, не обучаема. Структуры интеллектуального снижения различны. У нее сохранна фиксация происходящего в данный момент, но она не способна к восприятию целостности информации. Выраженная слабость суждения. Что делать? Лечить? Попытки снять злобу, коррекция поведения. Колоссальные дозы лекарственных препаратов ведут к снижению усвояемости. Нужна адаптация, т.е. коррекционный класс.

Семейный психолог (А.И. Локтионова): странно, что невменяемый папа ведет себя на данный момент совсем иначе. Встречается с дочерью, покупает ей вещи. В один миг смена поведения отца. Надо работать с семьей. Очевидна дизадаптация самой семьи.

Дефектолог (А.М. Щербакова): мама рассказывала о ранних проявлениях девочки. Ребенок очень громко играл и пуговицами. Мама сделала замечание ей. На что Яна ответила: «Да не кричи ты!», т.е. уже началась

ругань. Матерью все сваливается на отца - отец ругался. Эмоциональное отторжение ребенка матерью налицо.

Психиатр (Н.М. Иовчук): семья дисфункциональная, но и девочка имеет определенную патологию.

Семейный психолог (А.В. Махнач): социальное окружение играет важную роль. Мама жесткая, ригидная. Взгляд матери выхолащенный, холодный. Она явно перекладывает на дочь свою злобу на отца. Девочка по сравнению со старшей сестрой отверженная. Отец во всех отношениях плохой, его роль принижается. Дочь стремится быть такой же, как отец. Предлагаю, игровую терапию для коррекции отношений матери и ребенка.

Дефектолог (А.М. Щербакова): девочка с художественным вкусом. Ее рисунки стереотипны, однообразны, но обладают эмоциональностью. Мать говорит ей: «Ты плохо рисуешь, не рисуй больше!», выбрасывает ее рисунки. У девочки сложился негативный образ себя. Когда специалист сказал ей, посмотрев ее рисунки, что она гениальна, то она грубо ответила ему, что с ним она работать не будет и порвала рисунок. Ребенок стремится к сохранению образа. Родители общаются с ней на взрослом уровне, а она этот уровень просто не воспринимает. Родители оценивают ее как 5-6-летнего ребенка, а общаются как со взрослой. В школе ее все время сравнивают с сестрой. Ее сравнивают с сестрой и учителя, и родители. Я думаю, что необходима средовая терапия.

Нейрофизиолог (В.В. Грачев): по сравнению с прошлым годом грубо снизился уровень личности. Была тонкая, адекватная девочка, теперь она не критичная, грубая, следовательно, есть процесс, который приводит к снижению. Если это органика, то нет астении, нет головных болей. Процесс более сложный, чем органика. ЭЭГ показывает, что была родовая травма, что есть органический фон, плюс накладывается влияние лекарственных препаратов.

Психиатр (А.А. Северный): лекарства глупым не делают, они оглушают, снижается уровень познавательных процессов. Доза 0,7 финлепсина для 11-летней девочки огромна. Влияет ли это на ЭЭГ?

Психиатр (Н.М. Иовчук): почему она так легко переносит эти огромные дозы, если она органик?

Психиатр (А.А. Северный): какую в этом случае природу имеет дизонтогенез, какой носит характер, какой имеет процесс - эволютивный (нарушение развития связано с изначальным пороком, изначально заложена порочная программа, органика) или процессуальный (нарушение развития, появившееся в ходе жизни, приобретенное в течение жизни). Может, это эволютивно текущее заболевание. Начался этот дизонтогенез у больной в 3 года.

Нейропсихолог (В.А. Корнеева): сейчас основная проблема - это энергетическая проблема тонуса. Лурия отмечал, что один год и семь лет - очень важные периоды в развитии организма ребенка. К семи годам полностью формируются подкорка, ствол и межполушарное взаимодействие. Подкорка и ствол формировались у девочки на фоне мании, раздражения, гиперактивности. Она пошла, заговорила и - перестала быть веселой, постоянно хохотать. Вегетатика, моторика, стереотипии имеют врожденный путь развития. Эти механизмы описаны Никольским и Лебединской. Наблюдается повышенный интерес к еде, экспансия, т.е. захват территории. Ребенок в младшем школьном возрасте получил интенсивное развитие, в школе было вербальное обучение иностранному языку. 7 лет - это конец сроков формирования. Ребенок ущербен. Есть функциональная сохранность вербального интеллекта. Психопатоподобное поведение - компенсаторное, как компенсация. Она нуждается в подпитке, в стимуляции. Регресс - агрессия, и компенсация - стереотипия, деменция. Я считаю, что она нуждается в нейропсихологической коррекции, если процесс приостановлен.

Нейрофизиолог (В.В. Грачев): у девочки, скорее, не органика, а эндогенность. У нее нарушение питания, витальности, об этом писала Лебединская.

Психиатр (Н.М. Иовчук): Кто сказал, что шизофрения - не органический процесс? Ранняя шизофрения - это припадки, эпилепсии. Сейчас есть два рода признаков: по шизофрении - эмоциональное оскудение, снижение активности, и - эпилептические знаки, припадки. Так что это?

Психиатр (А.А. Северный):

1. Ее суждения не соответствуют возрасту.
2. Она интеллектуально не соответствует тому уровню, который был в детстве, явно регресс.
3. Снижение способности осмысливать, думать - слабоумие.
4. Эмоционально откликаема. Эмоционально живая, но эмоции крайне бедны, нет оттенков. При шизофрении эмоциональное уплощение - это оттенки, тонкость, это амплитуда, сила эмоциональных проявлений.
5. Нет негативизма, нет интроверсии, отстраненности - это главные симптомы шизофрении. Сохранен тактильный контакт.
6. Немотивированные пароксизмальные вспышки аффекта, без побудительных мотивов, то благодушна, то гневлива. Сочетание эксплозивности и застревания. Это свойственно эпилептическим расстройствам.

7. Напряженная витальность. Она много ест. И эта напряженность нарастает. Сейчас пищевая витальность, далее может быть сексуальная витальность или социальная.

8. Она не дает дисфорические разряды на еду, а только на свои сверхценности, т.е. поддержание нелепого порядка, лишённого всякого содержания.

9. Нарушение влечений — воровство, пищевая напряженность, застревания, она дает аффективную реакцию на прерывание ее сверхценных действий. Если прерывают навязчивые действия ананкаста, то он плачет. Если прервать эпилептика, то он изобьет, т.к. ему не дали разрешить свое влечение.

10. Старообразный бабий облик - ребенок не выглядит как 11-летняя девочка, у нее тяжелый взгляд, неживая поза, особая прическа. Для шизофрении характерна инфантильность, они тусклы, взгляд у них безразличный, они отгорожены.

11. У нее ощущение своей несостоятельности, но она не может осознать дефицит, который нарастает.

12. Вегетативный диатез.

13. Маниакальная фаза на 1-м году жизни, она диссоциативна. Маниакальная фаза может дать толчок развитию. Но девочка просто лежала и смеялась. Наблюдался скачок после маниакальной фазы, она встала на четвереньки раньше, чем села, - это грубая диссоциация.

14. В пять лет ребенок знал английский алфавит. Ее интеллект был нормален, не снижен. Затем начались приступы, и на их фоне началось прогрессирующее умственное снижение, после 7,5 лет. В чем причина? Это может быть органика или эндогенность (шизофреническая, эпилептическая).

Дефектолог (А.М. Щербакова): нарастает дефицит суждений. Ее хвалят за оценки, она стремится, она хочет получать «5». От оценки зависит отношение к ней близких, похвала, позитивная оценка ее самой. Если «5», то она - «хорошая». Если «2», то она - «дура». Это для ребенка важно.

Психиатр (А.А. Северный): нет ни одного психопатологического продуктивного симптома, которого не бывает при эпилепсии. Это и неврозоподобные состояния, и аффективные фазы – депрессивные, маниакальные, аффективно-бредовые психозы и много другое. Это все описывалось как ларвированная эпилепсия. Другие нозологии ограничены в симптоматике, например, шизофрения. Высокая переносимость психотропного препарата - подтверждение правильности диагноза. Индивидуальная переносимость препарата тем выше, чем более адекватен препарат данному диагнозу. Если антидепрессант помог, следовательно, это депрессия, хотя психопатологически мы и не смогли это доказать, так тоже бывает. Если она переносит колоссальные дозы противоэпилептического лекарства, значит, они адекватны эпилепсии. Это эпилептический процесс или шизоэпилептический?

Нейрофизиолог (В.В. Грачев): если это эпилепсия, то эмоциональную тупость куда девать? Много людей, которые перенесли множество эпилептических приступов, но у них нет изменения личности.

Психиатр (А.А. Северный): височная эпилепсия ведет к изменению личности - дисфоричность, злобность, вспыльчивость. Грубая дезорганизация на подкорковом, стволовом уровнях. Настоящие пароксизмальные состояния, эпилептические разряды. Ни один из обследовавших специалистов не отметил эмоциональную тупость, наоборот, констатировали адекватную эмоциональность.

Психиатр (Н.М. Иовчук): если процесс не останавливается, то значит, мы не долечиваем. Нужна смена препарата, активизация коры.

Вопрос из аудитории: могли ли сильные учебные нагрузки спровоцировать припадки?

Психиатр (А.А. Северный): когда нагрузки превышают потенциал ребенка, то он просто выключается, а не становится слабоумным.

Вопрос из аудитории: что это такое - лижет книги, целует стенку?

Психиатр (А.А. Северный): это регрессивное поведение - защита, пуэрилизм.

Итак, мы останавливаемся в рамках эпилептической парадигмы. Смена лекарств (депакин). Необходимые меры: нейropsychологическая коррекция, психотерапевтическая коррекция, программа социально-творческой реабилитации (театральная студия, двигательная терапия - студия «Круг»), семейная коррекция - надо научить родителей общаться с ребенком, чтобы девочка не была изгоем. Нужна официальная рекомендация по направлению в коррекционный класс по программе массовой школы.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

**ПРОЕКТ ПРИКАЗА
«О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ»⁷**

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Приказ № _____
«О мерах по совершенствованию
психиатрической помощи детям
и подросткам».

г. Москва

В целях повышения уровня психиатрической помощи детям и подросткам и улучшения условий перехода к полипрофессиональному обслуживанию детей и подростков с психическими расстройствами:

1. Утверждаю:

1.1. Положение о враче-психиатре детско-подростковом (Приложение 1).

1.2. Положение о городском (областном, краевом, республиканском) детско-подростковом психоневрологическом диспансере (Приложение 2).

1.3. Положение о дневном стационаре для детей, страдающих психическими расстройствами (Приложение 3).

1.4. Положение о подростковом дневном (ночном) стационаре для подростков, страдающих психическими расстройствами (Приложение 4).

1.5. Положение о психоневрологическом кабинете для детей раннего (до 3 лет) возраста (Приложение 5).

1.6. Дополнение к Приложению 4 Приказа Минздравмедпрома России № 27 от 13.02.95 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» (Приложение 6).

1.7. Штатные нормативы медицинского и иного персонала дневных стационаров (отделений, палат) для детей или подростков, действующих в качестве отдельных подразделений в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений (Приложение 7).

2. Приказываю:

2.1. Утвержденные настоящим приказом штатные нормативы принять к руководству и исполнению.

2.2. Ввести в номенклатуру медицинских специальностей и в перечень должностей специалистов с высшим образованием учреждений здравоохранения номенклатуру «Психиатр детско-подростковый».

2.3. В городах с населением 1 млн. чел. и более организовать детско-подростковые психоневрологические диспансеры.

2.4. Ввести должность заместителя главного врача по детско-подростковой помощи в штат областного (республиканского краевого) психоневрологического диспансера или в штат областной (республиканской, краевой) больницы, имеющей в своем составе диспансерное отделение, а также в психиатрические больницы, имеющие в своем составе 150 и более коек для детей и подростков.

2.5. В городах с населением 1 млн. и выше в психоневрологических диспансерах (или в детских психоневрологических диспансерах, где они имеются) организовать кабинеты для детей раннего детского возраста (до 3 лет).

3. В целях подготовки специалистов для участия в психиатрической помощи детям и подросткам:

3.1. Кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО,

⁷ **ОТ РЕДАКЦИИ:** В № 1, 2001, журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» было опубликовано Решение Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения» от 15 мая 2001 г. Сейчас, спустя почти 2 года, ничего по сути не изменивших в организации психиатрической помощи детям и подросткам, эта проблема вновь обсуждается в Рабочей группе, созданной по инициативе Минздрава РФ. Мы сочли целесообразным опубликовать Проект приказа, разработанный более 2 лет назад Ассоциацией детских психиатров и психологов совместно с Российским обществом психиатров и представленный в свое время в Минздрав, с тем чтобы специалисты в последующем смогли сами оценить, в какой мере руководство Российским здравоохранением учитывает мнение профессиональных сообществ в формировании политики в области охраны психического здоровья детей и подростков.

Санкт-Петербургскому психоневрологическому институту им. В.М. Бехтерева и Уральской академии дополнительного образования поручить последипломную подготовку психологов для участия в психиатрической помощи детям и подросткам.

3.2. Московскому НИИ психиатрии МЗ РФ совместно с кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, Санкт-Петербургской академии дополнительного образования. Уральской академии дополнительного образования поручить последипломную подготовку психотерапевтов для психотерапевтической помощи детям и подросткам.

3.3. Московскому НИИ психиатрии МЗ РФ, Государственному Центру общей и судебной психиатрии им. Сербского, Санкт-Петербургскому психоневрологическому институту им. В.М. Бехтерева, Уральской академии дополнительного образования поручить последипломную подготовку специалистов по социальной работе для детской и подростковой психиатрической помощи.

3.4. Кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (совместно со специалистами из других учреждений) поручить последипломную подготовку детских психиатров для работы в психоневрологических кабинетах для детей раннего (до 3 лет) детского возраста.

Министр

Приложение 1
К Приказу Минздрава РФ
№ _____ от _____

ПОЛОЖЕНИЕ

о враче - детско-подростковом психиатре

1. Общая часть.

1.1. Врач-психиатр детско-подростковый - специалист с высшим медицинским образованием, владеющий теоретическими знаниями и практическими навыками в области детской и подростковой психиатрии в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, -

1.1.1. получивший специальность «педиатрия» и прошедший 3-годичную специализированную ординатуру (с обязательным включением годичного обучения по общей психиатрии);

1.1.2. получивший специальность «лечебное дело» и прошедший интернатуру по общей психиатрии (либо имеющий не менее 1 года стажа работы в общей психиатрии) и 2-годичную специализированную ординатуру.

1.2. Врач-психиатр детско-подростковый в своей работе руководствуется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», настоящим Положением и другими законодательными актами и нормативными документами по вопросам охраны здоровья детей и защиты их прав.

1.3. Врач-психиатр детско-подростковый участвует в оказании психиатрической помощи, осуществляя диагностику и лечение детей и подростков с психической патологией (в возрасте до 17 лет включительно) в психиатрических учреждениях либо в других учреждениях здравоохранения.

1.4. Врач-психиатр детско-подростковый в соответствии с должностными обязанностями осуществляет консультативно-лечебную помощь и проводит профилактическую работу в учреждениях системы образования и социального обслуживания, а также учреждений других ведомств, деятельность которых связана с детским и подростковым населением.

1.5. За врачами-психиатрами детско-подростковыми, работающими вне психиатрических учреждений, сохраняются профессиональные права и льготы, установленные законодательством и нормативными документами МЗ РФ.

1.6. Врач-психиатр детско-подростковый осуществляет лечебно-коррекционную деятельность в негосударственных организациях при наличии у этих организаций права (лицензии) на медицинскую деятельность и ведут в данных организациях помимо установленной в них документации собственную конфиденциальную документацию в соответствии с нормативами психиатрических учреждений.

1.7. Назначение и увольнение врача-психиатра детско-подросткового осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о труде.

2. Обязанности врача-психиатра детско-подросткового.

2.1. Обеспечивает надлежащий уровень обследования и лечения детей, страдающих психическими заболеваниями и нарушениями психического развития; определяет этапность, методы обследования и место лечения в зависимости от глубины и тяжести психических нарушений и состояния больного.

2.2. Оказывает консультативную помощь лечащим врачам других подразделений по вопросам дифференциальной диагностики при различных заболеваниях у детей.

2.3. Определяет необходимость дополнительных методов обследования в зависимости от состояния больного и вносит изменения в тактику лечения.

2.4. Проводит сам или участвует в проведении и оценке диагностических процедур у больного (соматоневрологическое обследование, патопсихологическое и нейропсихологическое тестирование, электроэнцефалографическое, эхоэнцефалографическое, реоэнцефалографическое исследование, рентгенография и компьютерная томография мозга).

2.5. Назначает, корректирует и контролирует дозы и режим введения лекарственных препаратов.

2.6. Рекомендует, проводит или участвует в проведении индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

2.7. Знает и своевременно проводит коррекцию осложнений психофармакотерапии у детей с психической патологией.

2.8. Руководит работой медицинских сестер, участвует в проведении занятий по повышению квалификации медицинского персонала детских психиатрических кабинетов и отделений.

2.9. Анализирует показатели деятельности подразделения (отделения, кабинета).

2.10. Обеспечивает правильное и своевременное ведение учетно-отчетной документации.

2.11. Соблюдает правила и принципы медицинской этики и деонтологии.

2.12. Участвует в санитарно-просветительной работе, пропагандирует знания, накопленные мировым опытом по диагностике и лечению нервно-психических расстройств у детей и подростков.

2.13. Периодически повышает свою квалификацию на циклах усовершенствования по специальности.

3. Права врача-психиатра детско-подросткового.

3.1. Может изменять тактику лечения и собственные назначения, руководствуясь состоянием ребенка и данными диагностического обследования.

3.2. Привлекает в необходимых случаях врачей других специальностей до консультации и проведения лечения больных.

3.3. Отдает распоряжения и указания среднему медицинскому персоналу, а также контролирует их выполнение.

3.4. Получает информацию, необходимую для исполнения своих обязанностей.

4. Ответственность врача-психиатра детско-подросткового.

4.1. Несет ответственность за четкое и своевременное выполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Несет персональную ответственность за правильность и своевременность лечебно-диагностической помощи больным.

Приложение 2

К Приказу Минздрава РФ

№ _____ от _____

ПОЛОЖЕНИЕ

о городском (областном, краевом, республиканском)
детско-подростковом психоневрологическом диспансере

1. Общие положения.

1.1. Детско-подростковый психоневрологический диспансер является учреждением органов здравоохранения, деятельность которого направлена на охрану психического здоровья детей и комплексное, основанное на межведомственном взаимодействии, решение проблем, связанных со своевременным выявлением, лечением, социально-психологической, медицинской реабилитацией детей и подростков с психическими расстройствами, отклонениями возрастного психического развития и нарушениями поведения.

1.2. ДПД создается городским (областным, краевым, республиканским) по предложению главного психиатра и главного детского психиатра в городах с не менее 1 млн. человек, в том числе являющихся административными центрами области, края, республики.

1.3. Порядок открытия подразделения ДПД, организация, условия материального обеспечения и финансирования, контроля за его работой определяются приказами городских (областных, краевых, республиканских) органов управления здравоохранением.

1.4. Методическое руководство работой ДПД осуществляется главным детским психиатром региона, Министерством здравоохранения и (федеральным научно-методическим Центром охраны психического здоровья детей и подростков).

1.5. ДПД в своей деятельности руководствуется Конвенцией ООН о правах ребенка, действующим за-

конодательством Российской Федерации, нормативно-методическими документами Минздрава России.

1.6. ДПД является юридическим лицом, имеет собственное имущество, самостоятельный баланс, печать, штампы и бланки со своим наименованием и другие реквизиты; заключает договора, открывает счета в банке, для обеспечения своей деятельности может привлекать внебюджетные средства в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2. Цели и задачи

2.1. Целью организации детского психоневрологического диспансера является создание в районе его обслуживания целостной системы психопрофилактики, специализированной психиатрической, психотерапевтической лечебно-диагностической, коррекционной и социально-медицинской помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития, основанной на межведомственном взаимодействии специалистов детской психиатрической службы с органами образования, социальной защиты, внутренних дел и негосударственными организациями, деятельность которых направлена на охрану психического здоровья детей.

2.2. Основными задачами городского (областного, краевого, республиканского) детско-подросткового психоневрологического диспансера являются:

2.2.1. Организационная, консультативная и методическая работа со всеми учреждениями детско-подростковой психиатрической службы с целью своевременного выявления и комплексного обследования детей и подростков с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития, а также детей группы «риска» в возрасте до 17 лет, имеющих отклонения в соматофизическом, интеллектуальном и эмоционально-личностном развитии, трудности в семейной, школьной и средовой адаптации с целью выявления у них возможных нервно-психических расстройств для разработки рекомендаций по оказанию возможной психолого-медико-педагогической помощи, по выбору для них оптимальных форм специализированного обучения и социально-профилактической помощи в семье, учреждениях образования, социальной защиты и внутренних дел.

2.2.2. Организация и оказание во внебольничных условиях специализированной психиатрической консультативно-диагностической и лечебной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития;

2.2.3. Организация и оказание психотерапевтической симптомо-, личностно- и социоцентрированной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами;

2.2.4. Организация и внедрение в практику оказания психиатрической и психо- и социотерапевтической помощи детям и подросткам наиболее оптимальных форм и методов коррекционно-развивающей, социально-психологической и реабилитационной помощи детям; оценка их эффективности в структурных подразделениях детской психиатрической службы;

2.2.5. Организация и внедрение в практику общесоматических учреждений амбулаторной и стационарной педиатрической службы наиболее оптимальных форм и методов психопрофилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи детям с нарушениями физического развития, соматического здоровья и риском развития соматоформных нервно-психических расстройств.

2.2.6. Методическое руководство и оказание помощи врачам-психиатрам, психотерапевтам, работающим на постоянной основе или в качестве специалистов-консультантов в учреждениях органов образования, социальной защиты населения, внутренних дел в организации обследования детей с «риском» психической патологии, в определении уровня актуального психического развития и здоровья детей и его динамики в процессе пребывания в детских учреждениях коррекционно-реабилитационной направленности различных ведомств.

2.2.7. Создание для детей и подростков, получающих помощь в учреждениях детской и подростковой психиатрической службы, специальным образом организованной психотерапевтической и поддерживающей среды, основанной на включении в терапевтический и коррекционно-реабилитационный процесс всех форм поддержки и участия со стороны родителей и родственников детей-пациентов;

2.2.8. Оказание консультативной помощи родителям, специалистам педиатрической службы, педагогам, социальным работникам и другим заинтересованным лицам и организациям по проблемам психического здоровья и развития детей, нарушениям их семейной, школьной и социальной адаптации;

2.2.9. Анализ медико-статистических данных о состоянии психического здоровья детской и подростковой популяции в регионе обслуживания ДПД с внесением предложений в органы управления здравоохранением, образованием, социальной защиты населения, направленных на охрану психического здоровья детей и их оптимального психического развития.

2.2.10. Разработка и осуществление профилактических программ комплексной помощи с целью предупреждения нарушений психического здоровья и отклонений в психическом развитии детей, начиная с

периода раннего возраста.

2.2.11. При выполнении функций областного (краевого, республиканского) детско-подросткового диспансера:

а) обеспечение единства методических подходов во всех медицинских учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь детям и подросткам;

б) оказание консультативной помощи учреждениям и врачам, оказывающим психиатрическую помощь детям и подросткам;

в) осуществление консультативной и лечебно-диагностической помощи больным по направлениям врачей психиатрической службы области (края, республики), оказывающих помощь детям и подросткам;

3. Структура детско-подросткового психоневрологического диспансера:

3.1. В составе ДПД организуются следующие подразделения:

* консультативно-диагностическое отделение, профилированное по возрастным категориям

* психотерапевтическое отделение

* отделение социально-реабилитационной помощи

* отделение экспертизы и социально-правовой помощи

* организационно-методический отдел

* дневной стационар.

* стационар

3.2. Консультативно-диагностическое отделение оказывает специализированную психиатрическую консультативно-диагностическую помощь детям и подросткам с нарушениями психического развития и психическими расстройствами во внебольничных условиях. Для обеспечения консультативно-диагностической работы в составе отделения организуются:

- детские (участковые) психоневрологические кабинеты на базе общесоматических поликлиник педиатрической службы (одна должность детского (подросткового) участкового психиатра на 15 тыс. детского и 15 тыс. подросткового населения в городе и одна на 30 тыс. детско-подросткового сельского населения, но не менее чем одна на каждый сельский район;

- психоневрологический кабинет для детей раннего (до 3 лет) возраста (одна должность детского врача-психиатра);

- консультативный психоневрологический кабинет для детей (одна должность детского врача-психиатра консультанта на 150 тыс. детского населения в районе обслуживания ДПД);

- консультативный психоневрологический кабинет для подростков с 15 лет (одна должность подросткового врача-психиатра консультанта на 100 тыс. подросткового населения в районе обслуживания ДПД, но не менее чем одна на диспансер);

- кабинет функциональной диагностики нарушений центральной нервной системы, включая в качестве обязательного минимума следующие методы обследования: электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, реоэнцефалография (одна должность врача функциональной диагностики);

- кабинет психологической диагностики для детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста в составе следующих специалистов: медицинский психолог (нейропсихолог), специалист по коррекционной психологии или коррекционной педагогике;

- кабинет психологической диагностики для детей старшего школьного возраста (старше 15 лет) и подростков (две должности медицинских психологов);

- логопедический кабинет (одна должность логопеда).

Приложение 3

К Приказу Минздрава РФ

№ _____ от _____

ПОЛОЖЕНИЕ

о дневном стационаре для детей с психическими расстройствами

1. Дневной стационар для детей с психическими расстройствами создается как подразделение детской или общей психиатрической больницы (с детским стационарным отделением) или подразделение психоневрологического диспансера. Он может быть создан также на базе детской поликлиники, специальных школьных учреждений.

2. Дневной стационар для детей с психическими расстройствами должен быть развернут не менее чем на 15 мест.

3. Дневной стационар для детей с психическими расстройствами предназначен для оказания полустационарной помощи детям, не нуждающимся в госпитализации, но требующим ежедневного врачебного

наблюдения и более активных, чем это возможно в условиях амбулаторного лечения, терапевтических вмешательств. Задачами дневного стационара для детей являются:

- психиатрическое обследование, диагностика и лечение, и в том числе
- психо- и социотерапия;
- лечебно-педагогические и коррекционные воспитательные мероприятия;
- социореабилитационная работа, особенно коррекция семейных и школьных отношений.

4. Дневные стационары для детей могут быть дифференцированы по возрасту больных (по аналогии с детскими стационарными отделениями) - для дошкольников (от 4 до 7 лет) и младших школьников (от 8 до 14 лет).

5. Показаниями для направления в дневной стационар являются психические и поведенческие расстройства (независимо от их нозологической природы) у детей при упорядоченности и социальной приемлемости их поседения. Указанные дети могут направляться в дневной стационар в период выявления, обострения или очередного приступа психических расстройств, а также с целью подбора более эффективной терапии или для долечивания после лечения в стационаре.

6. Противопоказаниями для помещения в дневной стационар являются:

- наличие выраженного интеллектуального недоразвития;
- грубая разлаженность и диссоциальность поведения;
- суицидальные тенденции;
- значительная острота психопатологических расстройств с растерянностью, тревогой, возбуждением или выраженной заторможенностью;
- быстрое развертывание обострения с нарастанием симптоматики;
- наличие сопутствующих соматических, инфекционных и неврологических расстройств, требующих специальной терапии или постельного режима;
- конфликты, отсутствие условий соблюдения назначенного режима в домашних условиях.

7. Ребенок направляется в дневной стационар либо районным психиатром, либо заведующим детского психиатрического отделения (на долечивание).

8. Решение о приеме пациента в дневной стационар принимается заведующим дневного стационара.

9. Помещение для развертывания дневного стационара должны быть светлыми и просторными с учетом санитарных норм. Необходимо предусмотреть оснащенность достаточным количеством комнат для проведения психотерапевтической работы как индивидуально с детьми, так и с их родителями и для совместных мероприятий; игр и других видов занятости, учебного процесса.

10. В период пребывания в дневном стационаре дети получают двухразовое питание - завтрак и обед.

11. В условиях дневного стационара проводятся все виды психиатрического лечения, исключая лишь те медикаментозные воздействия, которые не требуют круглосуточного наблюдения и не осложняют ежедневное возвращение в домашние условия после пребывания в дневном стационаре.

12. Организация учебного процесса происходит с использованием возможностей детского стационарного отделения или с приглашением педагогов близлежащих школ.

13. Оптимальная длительность ежедневного пребывания ребенка в дневном стационаре в зависимости от условий и целей в среднем от 5 до 7 часов. Срок пребывания может колебаться до 30-60, в части случаев до 100 дней.

14. Выписка осуществляется врачом обязательно с родителями, усыновителями или опекунами. Выписка из истории болезни направляется психиатру, обслуживающему детское население по месту жительства ребенка.

15. Штаты дневного стационара для детей с психическими расстройствами определены в Приложении 7 настоящего Приказа

Приложение 4

К Приказу Минздрава РФ

№ _____ от _____

ПОЛОЖЕНИЕ

о дневном стационаре для подростков с психическими расстройствами

1. Дневной стационар для подростков с психическими расстройствами создается либо как самостоятельное структурное подразделение психоневрологического диспансера или больницы, либо как часть дневного стационара для взрослых. Организация дневного стационара для подростков возможна также при подростковом психиатрическом отделении.

2. Дневной стационар для подростков с психическими расстройствами должен быть развернут не менее

чем на 15 мест.

3. Дневной стационар для подростков с психическими расстройствами предназначен для оказания полустационарной помощи подросткам, не нуждающимся в обязательной госпитализации, но требующим ежедневного врачебного наблюдения и более активных, чем это возможно в условиях амбулаторного лечения, терапевтических вмешательств. Задачами дневного стационара для подростков являются:

- психиатрическое обследование, диагностика и лечение, в том числе
- психо- и социотерапия;
- военная экспертиза (в случаях, когда не требуется круглосуточного наблюдения);
- лечебно-педагогические мероприятия;
- социореабилитационная работа, в том числе коррекция отношений в микросоциальной среде (семья, учебный и производственный коллективы).

4. В подростковый дневной стационар направляются подростки от 15 до 17 лет включительно.

5. Показаниями для направления в дневной стационар являются психические и поведенческие расстройства (независимо от их нозологической природы) у подростков при упорядоченности и социальной приемлемости их поведения. Указанные подростки могут направляться в дневной стационар в период выявления, обострения или очередного приступа психических расстройств, а также с целью подбора более эффективной терапии или для долечивания после лечения в стационаре, а также для проведения военной экспертизы.

6. Противопоказаниями для направления подростка в дневной стационар являются:

- значительная острота психопатологических расстройств с растерянностью, тревогой, возбуждением или выраженной психомоторной заторможенностью;
- быстрое развертывание обострения с тенденцией к нарастанию симптоматики;
- социально опасный характер психопатологических расстройств;
- наличие суицидального риска;
- наличие сопутствующих соматических, инфекционных, неврологических расстройств, требующих специальной терапии или постельного режима;
- неблагоприятная домашняя обстановка, отсутствие условий для надзора и выполнения указаний врача.

7. Для приема подростка в дневной стационар необходимо направление либо психиатра районного диспансера, либо заведующего отделением больницы (на долечивание). Помещение в дневной стационар осуществляется при согласии подростка. Решение о приеме пациента в дневной стационар принимается заведующими дневного стационара.

8. Помещения для развертывания дневного стационара должны быть светлыми и просторными с учетом возрастных санитарных норм. Рекреационные помещения должны быть приспособлены для широкого и дифференцированного проведения досуга.

9. В условиях дневного стационара проводятся все виды психиатрического лечения, исключая лишь те медикаментозные воздействия, которые требуют круглосуточного наблюдения и осложняют ежедневное возвращение в домашние условия после пребывания в дневном стационаре.

10. Организация учебного процесса происходит с использованием возможностей подросткового стационарного отделения или путем привлечения педагогов близлежащих школ.

11. Работа дневного стационара для подростков требует организации психосоциальных воздействий (групповые формы, психотерапевтическая среда), режима занятости. Помимо учебного процесса должны использоваться все возможности базового учреждения для трудовой деятельности.

12. В случаях необходимости продолжения учебы в профессиональных учебных заведениях, чтобы не отрывать подростков от обучения, возможно более гибкое использование временного режима пребывания в дневном стационаре.

13. Оптимальная длительность ежедневного пребывания подростка в дневном стационаре - 6-7 часов. Длительность лечения в дневном стационаре - до 30-60, в части случаев до 100 дней.

14. В период пребывания в дневном стационаре подростки получают двухразовое (завтрак, обед) питание.

15. Выписка подростка осуществляется врачом дневного стационара с обязательным извещением родителей или опекающих лиц.

При выписке выдается справка о пребывании в дневном стационаре или листок временной нетрудоспособности. Выписка из истории болезни направляется в подростковый кабинет психоневрологического диспансера по месту жительства больного.

16. Штаты дневного стационара для подростков с психическими расстройствами определены в Приложении 7 к настоящему приказу.

Приложение 5
К Приказу Минздрава РФ
№ _____ от _____

ПОЛОЖЕНИЕ

о психоневрологическом кабинете для детей раннего детского (до 3 лет) возраста

1. Психоневрологический кабинет для детей раннего детского (до 3 лет) возраста организуется в составе детско-подростковых психоневрологических диспансеров, областных (краевых, республиканских) психоневрологических диспансеров либо диспансерных отделений областных (краевых, республиканских) психиатрических больниц.
2. Психоневрологический кабинет для детей раннего детского (до 3 лет) возраста работает в составе детского врача-психиатра, медсестры и социального работника.
3. На должность врача-психиатра кабинета назначается врач - детский психиатр, получивший специальное дополнительное образование, включающее курсы неврологии раннего детского возраста (500 час.); психологии младенчества и раннего развития (500 час.) и психиатрии раннего детского возраста (1000 час.).
4. Психоневрологический кабинет для детей раннего детского (до 3 лет) возраста осуществляет лечебно-диагностическую, консультативную, профилактическую и организационно-методическую помощь по вопросам микропсихиатрии.
5. Врач кабинета обеспечивает:
 - 5.1. Прием детей в возрасте до 3 лет по направлению детских участковых врачей-психиатров или по направлению детских поликлиник региона обслуживания.
 - 5.2. Диагностику постнатальных и ранних отклонений психического развития и других психических нарушений, выявляемых у детей в возрасте до 3 лет.
 - 5.3. Лечебно-консультативную помощь или диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение детей с психическими расстройствами в возрасте до 3 лет.
 - 5.4. Проведение организационно-методической работы по повышению знаний медицинского персонала детских поликлиник в области микропсихиатрии и организации выявления детей, нуждающихся в этом виде специализированной помощи.
 - 5.5. Внедрение в практику новых методов диагностики и лечения психических расстройств, выявляемых у детей в возрасте до 3 лет.
 - 5.6. Ведение учетной и отчетной медицинской документации в соответствии с действующими положениями.
 - 5.7. Анализ обслуживаемого контингента детей и оказываемой помощи с целью оценки результатов лечебно-профилактических мероприятий.
6. Обязанности медсестры и социального работника кабинета определяются задачами этого кабинета и соответствуют обязанностям этих специалистов, работающих совместно с другими врачами - детскими психиатрами.
7. Кабинет осуществляет свою работу в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Приложение 6
К Приказу Минздрава РФ
№ _____ от _____

ДОПОЛНЕНИЕ К ПРИЛОЖЕНИЮ 4

«Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психоневрологических диспансеров, отделений, кабинетов» Приказа Минздравмедпрома России № 27 от 13.02.95 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»

Дополнение к пункту 1.1. - Врачебный персонал:

- 1.1.9. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 45 тысяч детского и подросткового населения (до 17 лет включительно)
- 1.1.10. Должность заместителя главного врача по детству устанавливается в штате областного (республиканского, краевого) психоневрологического диспансера или в штате областной (республиканской, краевой) психиатрической больницы, имеющей в своем составе диспансерное отделение, выполняющее функции указанного диспансера.
- 1.1.11. Должности врача психоневрологического кабинета для детей раннего детского возраста (до 3 лет) устанавливаются их расчета 1 должность для указанного кабинета в областном (краевом, республиканском) психоневрологическом диспансере или диспансерном отделении областной (краевой, республи-

канской) психиатрической больницы.

1.1.12. Должность врача кабинета функциональной диагностики устанавливается в городском (областном, краевом, республиканском) детско-подростковом психоневрологическом диспансере.

Дополнение к пункту 1.2. - Средний персонал:

1.2.10. Должность медицинской сестры устанавливается в психоневрологическом кабинете для детей раннего детского (до 3 лет) возраста и должность медицинской сестры кабинета функциональной диагностики в областном (краевом, республиканском) психоневрологическом диспансере или диспансерном отделении областной (краевой, республиканской) психиатрической больницы.

Дополнение к пункту 1.7. - Иной персонал:

1.7.5. Должности психологов для работы с детьми и подростками устанавливаются из расчета 1 должность на 45 тысяч соответствующего населения (до 17 лет включительно).

1.7.6. Должности психологов в кабинетах психологической диагностики для раннего дошкольного и младшего школьного возраста и для детей старшего школьного возраста - по две должности в каждом из двух кабинетов в городском (областном, краевом, республиканском) детско-подростковом психоневрологическом диспансере.

1.7.7. Должности специалистов по социальной работе для оказания помощи детям и подросткам устанавливаются из расчета 1 должность на 45 тысяч детского или подросткового населения (до 17 лет включительно).

1.7.8. Должности социальных работников для оказания помощи детям и подросткам устанавливаются из расчета 1 должность на 15 тысяч детского или подросткового населения.

1.7.9. Должность социального работника устанавливается - 1 должность для психоневрологического кабинета раннего детского (до 3 лет) возраста в областном (краевом, республиканском) психоневрологическом диспансере или диспансерном отделении областной (краевой, республиканской) психиатрической больницы. 1.7.10. Должность логопеда устанавливается - одна должность в городском (областном, краевом, республиканском) детско-подростковом психоневрологическом диспансере.

Приложение 7

К Приказу Минздрава РФ

№ _____ от _____

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ

медицинского и иного персонала дневных стационаров (отделении, палат)
для детей или подростков, действующих в качестве отдельных подразделений
в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений

1. Врачебный персонал:

1.1. Должности заведующих дневными стационарами устанавливаются 1 должность на 30 и более мест; до 30 мест - вместо 1,5 должности врача-психиатра.

1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 20 мест.

1.3. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 30 мест.

2. Средний медицинский персонал:

2.1. Должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 15 мест.

2.2. Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 30 мест.

2.3. Должности старших медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям заведующих дневными и ночными стационарами.

3. Младший медицинский персонал

3.1. Должности сестер-хозяек устанавливаются 1 должность на дневной (ночной) стационар.

3.2. Должности палатных санитарок или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются из расчета 2 должности на 15 мест.

3.3. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 15 мест.

4. Иной персонал

4.1. Должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 30 мест.

4.2. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 30 мест.

5. Педагогический персонал

5.1. Должности воспитателей устанавливаются из расчета 1 должность на 15 детей

5.2. Должности логопедов устанавливаются из расчета 1 должность на 30 детей.

**О РАБОТЕ ТРЕТЬЕГО ЕВРОПЕЙСКОГО СЕМИНАРА
ПО ПРОБЛЕМАМ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ
(29 СЕНТЯБРЯ - 4 ОКТЯБРЯ 2002, ПАДУЯ-КАМПОСАМПЬЕРО, ИТАЛИЯ)
(информационное сообщение)**

Исследовательский семинар, посвященный современным подходам к исследованиям и оценке результатов в детской психиатрии, проходил с 29 сентября по 4 октября 2002 года в религиозной резиденции небольшого уютного городка Кампосампьеро, неподалеку от Падуи (Италия).

Организаторами проведения семинара выступили Европейское Общество Детской и подростковой психиатрии (ESCAP), Международная Ассоциация Детской и Подростковой психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP), в содружестве с итальянским исследовательским фондом по проблемам детства (CHILD). В состав экспертной группы вошли такие известные детские психиатры, как профессор Гельмут Ремшмидт (президент IACAPAP), профессор Филипп Жаме (президент ESCAP), профессор Эрнесто Каффо (вице-президент ESCAP и президент CHILD фонда), а также ведущие исследователи из Финляндии, США, Израиля, Норвегии и других стран.

Данный семинар - интернациональный форум, объединивший выбранных организаторами участников - детских психиатров, представителей более чем 30 Европейских стран, был посвящен продвижению и координации научных исследований по детской психиатрии в Европе.

Программа была весьма насыщенной и включала в себя как курс лекций, прочитанных ведущими европейскими специалистами по детской психиатрии, так и серию ежедневных семинаров и дискуссий, разделенных на три фокусных блока: эпидемиология, нейробиология и генетика, клинические исследования и проблемы функционирования служб психического здоровья. В рамках семинара, наряду с курсом лекций и обсуждением актуальных проблем детской психиатрии, участники представляли свои собственные планы научных исследований с последующим обсуждением с экспертами и пленумом.

Открывая семинар, Е. Каффо подчеркнул, что будущее развитие детской и подростковой психиатрии как дисциплины видится в том, чтобы соответствовать меняющимся нуждам детей и их семей, что должно быть обеспечено возможностями проведения высококачественных исследований, способных внести значительный вклад в развитие базирующейся на современной классификации и эмпирических данных детской и подростковой психиатрии в Европе.

На лекционном заседании, посвященном проблемам классификации, Г. Ремшмидт отметил, что детская психиатрия, находясь на стыке многих дисциплин, ставит перед собой новые задачи и междисциплинарное взаимодействие и координация усилий исследователей из разных стран Европы представляются абсолютно необходимыми для прогресса в научной и клинических областях. Он подчеркнул, что научная коммуникация в рамках Европы может и должна служить средством для улучшения интра- и интердисциплинарного взаимодействия и способствовать дальнейшему развитию Европейской традиции детской и подростковой психиатрии, в последние годы консолидирующейся на эмпирическом подходе, в значительной степени фокусирующемся на биологических аспектах детской и подростковой психиатрии.

Говоря о дальнейшем развитии исследований профессор Г. Ремшмидт выделил такие положения, как дальнейшее изучение этиологии психических расстройств, в первую очередь, научные программы, нацеленные на определение генетических механизмов таких расстройств как дислексия, аутизм, синдром Жилия де ля Туретта, расстройств пищевого поведения, а также многоуровневые исследования стабильности и изменений психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

В качестве критических замечаний в адрес существующих классификаций ICD-10 и DSM-4 с точки зрения фактора развития Г. Ремшмидт выделил исключение причинно-следственных отношений, игнорирование лонгитудинального течения психических расстройств, недостаточное внимание к возрасту начала расстройств (возрастным периодам развития), недооценку возрастных рамок адекватности поведения (как примеры, повышенный сексуальный интерес в 7-летнем возрасте, энурез в 15 лет и другие)

На семинаре был представлен широкий круг исследований, начиная от традиционных областей интереса, таких как различные аспекты синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей (ADHD) и расстройства пищевого поведения, кончая посттравматическими расстройствами пищевого поведения у младенцев (PTFD), не рубрифицированными в современных классификациях, представленными как объект научных изысканий представителем Турции.

Семинар, безусловно, вышел за рамки, первоначально заявленные как «дизайн исследования и оценка», и стал хорошей возможностью для обмена опытом и идеями. Подходы к исследованию и оценке дан-

ных по нервно-психическим расстройствам детского возраста обсуждались на разных секциях в течение всех дней семинара и вызвали несомненный интерес у всех участников.

Значительное внимание уделялось как общим, так и частным вопросам постановки темы исследования, методам, выборке, ожидаемому финансированию, так называемым «открытым» вопросам, проблеме адекватного инструмента и ясных целей исследования, а также практической значимости полученных результатов, что представляется традиционным для проведения научных исследований. Другой особенностью является широкое использование методов нейровизуализации, биохимии и молекулярной генетики в изучении психических расстройств в детском возрасте.

Сообщения, касающиеся исследований, направленных на изучение эффективности применения современных психотропных средств, выявили значительные расхождения в возрасте назначения, официальном разрешении к применению, применяемых дозах, предпочтительности использования тех или иных препаратов, необходимости выделения контрольной группы. В ряду обсуждений заметно выделялась проблема назначения и длительного применения препарата риталин при лечении ADHD.AD

Вместе с тем дискуссии показали, что вопросы исследований по детской психиатрии представляются достаточно сложными и многоаспектными, что включает проблему расширенного толкования психического здоровья детей, акцент на специфике детского возраста (проблема и фактор развития), возрастающий интерес к вопросам психической травматизации, насилия и злоупотребления детьми, особенно в контексте поиска как факторов риска, усиливающих психобиологическую уязвимость детей и подростков, так и факторов, обеспечивающих устойчивость к внешним воздействиям. В этой связи Ф. Жаме отметил, что имеющийся французский опыт помогает в рамках проводимого исследования группировать вместе несколько команд, в том числе международных, на общем проекте, что позволяет участникам проекта иметь общий протокол, обширную когорту и наиболее приемлемые методы, особенно для статистических целей.

Имеющиеся разногласия в оценке психических расстройств у детей, даже при использовании единой классификации, вскрыли ряд актуальных проблем. Так, согласно распространенному мнению, шизофрения крайне редко встречается до 15-летнего возраста, что может вызывать определенное возражение среди отечественных детских психиатров, так же как игнорирование динамики психических расстройств детского и подросткового возраста, являющейся ярким достижением российской традиции в психиатрии.

В целом следует отметить достойный профессиональный уровень всех заседаний, широкую представленность самых разных областей исследований, как нейробиологических и эпидемиологических, так и клинических, включая тонкие аспекты взаимоотношений мать-дитя. Особый интерес представляли данные об относительно новых диагностических методах, таких как видеозапись беседы с пациентом и родителями, компьютерная обработка данных световых датчиков, закрепленных на затылках для выявления детей с синдромами гиперактивности и дефицита внимания.

Говоря о современных методах исследований, нельзя не упомянуть о большом количестве опросников и тестов, широко используемых при диагностике и оценке лечения. Участники, представляя свои работы, пользовались целым арсеналом разработанных для каждого случая опросников или тестов, при этом обращалось внимание на валидность, удобство при наборе репрезентативного материала, простоту их использования в научном исследовании.

Представленные индивидуальные исследовательские планы позволяют обрисовать основные направления движения детской психиатрии, приняв их как срез современных знаний в области изучения нервно-психической патологии детского периода, и на основании которого можно выделить ключевые области интереса, сравнить проблемы и наметить пути для совместных исследований.

На наш взгляд, эти направления, а именно изучение морфологии и функций мозга с помощью современных методов нейровизуализации, биохимического и молекулярно-генетического анализа, опыт использования современных лекарственных средств, рост стандартизированных диагностических и контрольных опросников и расширение сферы деятельности психиатров являются основными векторами развития исследований в современной детской психиатрии. В то же время, значительное и постоянно накапливающееся число клинических фактов свидетельствует о назревающей необходимости систематизации полученных данных, что могло бы дать ясные перспективы развития и служить дальнейшему объединению детских психиатров Европы.

КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

По просьбе Президента Европейского общества детской и подростковой психиатрии (ESCAP) проф. Филиппа Жамэ, повторно сообщаем, что **XII Конгресс ESCAP** состоится **28.09-01.10.03 г. в Париже**. Вся информация о Конгрессе, в том числе формы тезисов и регистрации, размещена на сайте **<<http://www.escap2003.com>>**; дополнительную информацию можно также получить в Ассоциации детских психиатров и психологов, обратившись через электронную почту по адресу **<acpp@online.ru>**.