

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2003 (3), № 1

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В. Е. Каган ЭПИДЕМИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА?.....	7
А. Ю. Егоров Алкоголизация и АЛКОГОЛИЗМ В подростково-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, клинические ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ.....	10
А. В. Семенович, Е. Г. Курганская ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И КАРДИОПАТОЛОГИЕЙ (НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД).....	16
А. А. Северный, Н. М. Иовчук НЕКОТОРЫЕ ГИПОТЕЗЫ ПО ПОВОДУ ОДАРЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	23
В. А. Корнеева РАЗЛИЧИЯ В ПОНИМАНИИ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РАЗВИТИЮ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕБЕНКА.....	28
М. П. Гурьянова СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ.....	36

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

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЫВШИМ ЗАЛОЖНИКАМ.....	42
И. Л. Крыжановская, Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова, В. А. Красов ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИАПРИДАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....	49
И. В. Пятницкая, С. А. Игумнов ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	52
С. В. Тетерский ПРОГРАММА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – МОЙ ВЫБОР» В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ И ВИЧ/СПИД В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.....	55
Л. У. Звонарева СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ СМИ: ДЕТИ И ПЕДАГОГИ В ПОИСКАХ ВЫХОДА (ПО СТРАНИЦАМ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ И ДЕТСКИХ ИЗДАНИЙ).....	61

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Л. Ф. Ковалева ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ КОВАЛЕВ. ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ).....	67
В. В. Ковалев СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	69

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М. Е. Проселкова, И. А. Марголина КЛИНИКА И ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ УСЛОВИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ.....	76
Т. В. Дорофеева, М. Ю. Левина КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПРИЕМНЫХ ДЕТЕЙ.....	78

С. С. Носов

ФОРМИРОВАНИЕ НЕАДЕКВАТНОЙ САМОИДЕНТИЧНОСТИ И АГРЕССИВНОСТЬ:
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕВИАНТНЫХ ДЕТЕЙ-СИРОТ..... 82

Л. П. Рубина, И. В. Макаров

ДЕТСКИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ..... 84

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

А. А. Северный

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЛАМИКТАЛА
(ЛАМОТРИДИНА) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)..... 86

П. В. Безменов, Г. М. Ланцева, Т. А. Саркисова

РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ..... 92

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова

О МЕЖДУНАРОДНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ (ВТОРОЕ СООБЩЕНИЕ)..... 95

В. М. Башина, Н. В. Симашкова, М. Г. Красноперова

АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ В СВЕТЕ ICD-10 (1992), МКБ-10 (1999)..... 97

Н. Б. Морозова

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ
(ЛЕКЦИЯ 2)..... 101

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ..... 105

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

К ПРОЕКТУ ПРИКАЗА «О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ»..... 117

В. В. Грачев

О РАБОТЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА ПО ПРОБЛЕМАМ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ НЕЙРОИМИДЖИНГА В ПСИХИАТРИИ. (28 СЕНТЯБРЯ-
1 ОКТЯБРЯ 2002, КЬЯВАРИ, ИТАЛИЯ)..... 118

КОНВЕНЦИЯ МОТ 182..... 120

С. В. Тетерский

ВСЕРОССИЙСКИЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКИЙ ФОРУМ..... 124

ОБРАЩЕНИЕ участников Всероссийского добровольческого форума к Президенту РФ, Правитель-
ству РФ, Совету Федерации, Государственной Думе..... 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 дискете и с бумажной распечаткой по адресу: 123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В. Е. Каган

ЭПИДЕМИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА?

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва), VeriCare (Dallas, USA).

В 1973 г. Л. Каннер заметил, что 30 лет, прошедшие со времени выделения им раннего инфантильного аутизма [12,13], не принесли существенного прогресса в понимании проблемы [14]. Сегодня детский аутизм (ДА) занимает свое место в классификациях (299.00 в DSM-IV; F84.0 в МКБ-10) в группе т.н. первазивных расстройств развития. Более того, по сравнению с более ранними версиями этих классификаций, с диагноза ДА сняты возрастные ограничения, так что он может сохраняться в течение всей жизни. «Человек дождя» сошел с киноэкранов в жизнь. Казалось бы, точки над *i* расставлены и теперь, когда установлены диагностические рамки ДА, созданы необходимые условия для направленного изучения его этиопатогенеза и разработки специфических подходов к помощи при нем. Реальность, однако, не дает оснований для столь оптимистических заключений.

Если Л. Каннер неоднократно настаивал на хороших познавательных потенциях аутичных детей, сегодня общепринята и отражена в классификациях точка зрения, согласно которой порядка $\frac{3}{4}$ людей с этим расстройством имеют низкий интеллект, – она прочно заняла свое место в учебниках по психиатрии (например, [20]). Подчеркивается жесткая связь ДА с психическим недоразвитием на основании данных L. Wing, показавшей, что у детей с IQ=0-19 ДА выявляется в 86% случаев, с IQ=20-49 – в 42%, с IQ=50-69 – в 2% и с IQ 70 и выше – в 0,013% [22]. Как следует из обобщенных E. Fombonne [9] данных, процент аутичных детей с нормальным IQ колеблется в пределах 0–60%; при этом наиболее высокие цифры связаны с диагностикой по МКБ-8-9-10 и DSM-III, III-R, IV (среднее значение 41,1%, медиана – 47,1%, мода – 50%), тогда как низкие – преимущественно с клинической диагностикой, клиническими шкалами (0-30%). По данным L. Croen et al. [6] в Калифорнии в 1987-1994 гг. распространенность ДА выросла с 5,8 до 14,9 (+9,1) на 10000, тогда как психического недоразвития – снизилась с 28,8 до 19,5 (-9,3) на 10000.

Идет речь об изменении распространенности этих расстройств или о «перекачке» из одной диагностической категории в другую?

Одним из наиболее ярких показателей сохраняющейся неопределенности содержания понятия ДА являются данные о его распространенности. Л. Каннер, описавший ДА на основании 12 наблюдений, полагал описанный им синдром редким расстройством. Первое эпидемиологическое исследование [17] оценивало его популяционную распространенность весьма скромной цифрой 0,045% (4,5 на 10000). Используя каннеровское определение ДА, L. Wing and J. Gould [21] оценили распространенность этого расстройства как 0,2%: 0,05% - собственно ДА с IQ не ниже 70 и 0,15% - расстройства аутистического спектра (РАС). По S. Ehlers and C. Gillberg [7], ДА встречается у 0,36% популяции; J. Bertrand et al. [3] нашли ДА у 0,4% и синдром Аспергера - у 0,27% популяции. Американские данные варьируются от 1:500 до 1:2500 [4]. В Калифорнии за период 1987-1998 гг. распространенность ДА выросла на 210,43% и других первазивных расстройств – на 1965,9%, тогда как психического недоразвития - на 48,74% и числа лиц, пользующихся службами помощи в связи с нарушениями развития, – на 69,46% [5]. Сходная ситуация (рост примерно на 1000%) обнаружилась в штате Мичиган при сравнении данных 1982-1997 гг., тогда как число лиц, получающих специальное образование, - на 28% [19]. E. Fombonne [8,9], сравнив данные 32 исследований, проведенных в 1966-2001 гг. в разных странах, показал, что распространенность ДА выросла примерно на 1300%, удваиваясь каждые два года на протяжении 1976-2001 гг. H. Baker [1] в Австралии сравнила данные о РАС в 1989 и 1997 гг. и показала, что при уменьшении популяции на 0,5% диагностика РАС выросла на 200%, причем на долю относительно легких случаев пришлось всего 26%, а возрастные рамки диагностики РАС в 1997 г. оказались значительно шире. По ее мнению, это совпадает с данными других исследований в мире. D. Barcley [2] ссылается на британские данные: распространенность классического ДА – 16,8 на 10000 и РАС - 62,6 на 10000 детей.

Приведенных данных достаточно для постановки вопроса о том, что все-таки кроется за диагнозом ДА? Имеем мы дело с эпидемическим ростом распространенности ДА или с распространенностью его диагностики? Вероятность того, что эти данные отражают реальную распространенность РАС и ДА, более чем сомнительна. Иначе как объяснить, что у 7 из 14 пациентов с аутизмом выявлена шизофрения (в 5 случаях с позитивной и в 6 – с негативной симптоматикой), тогда как ни один из 14 пациентов с шизофренией не обнаружил критериев для диагностики аутизма [15]? Каким образом первазивные расстройства в целом и ДА в частности повторяют ситуацию взрослой психиатрии первой трети XX в., оказываясь

«большим котлом» детской, а в перспективе – не только детской психиатрии?

Разумеется, можно было бы предъявлять претензии к действующим основным классификациям (МКБ и DSM), диагностические критерии ДА в которых не совсем идентичны и по сравнению с критериями Л. Каннера выглядят достаточно расширенными и менее определенными. В известном смысле, можно согласиться с E. Fombonne [8,9], полагающим, что в 1980-х гг. концепция Л. Каннера была вытеснена концепцией pervasивных расстройств развития. Действительно, будучи по своему существу продолжением нозологической парадигмы психиатрии, МКБ и DSM лишь пытаются очертить круг детских расстройств, не укладывающихся в представление о шизофрении и о расстройствах личности шизоидного круга. Как он отмечает, наиболее часто используемая диагностическая категория – атипичный аутизм (NOS), т.е. случаи, в которых дифференциальная диагностика затруднена или невозможна [10]. Такая диагностика аутизма просто снимает необходимость дифференциальной диагностики синдрома Геллера, РДА Каннера, синдрома Аспергера, части случаев психического недоразвития и детской шизофрении (синдром Ретта в силу его достаточно демонстративных особенностей продолжает описываться в рамках казуистики). Безусловным недостатком существующих классификаций является отсутствие динамических критериев. Как мы отмечали [11], ДА (синдромы Каннера и Аспергера) представляет собой замедленное и неравномерное развитие коммуникативной функции, будучи в строгом смысле слова «расстройствами развития», что принципиально отличает ДА и от шизофрении с ее прогрессивностью, и от синдрома Геллера с его катастрофическим руинированием психики, и от синдрома Ретта с его характерными чертами и отсутствием потенций развития коммуникативности.

Однако, приведенные выше данные об умственном развитии при ДА едва ли дают основания возложить всю ответственность за гипердиагностику ДА только на недостаточность диагностических критериев. К тому же, обе классификации отнюдь не претендуют на окончательность и преследуют прежде всего статистические и научные цели – в частности, обеспечение сопоставимости диагностики тех или иных расстройств при изменении клинических представлений о них.

В пределах нозологической парадигмы проблемы диагностики ДА, строго говоря, неразрешимы. Предложенная Э. Крепелином парадигма регистров [16] и отпавляющаяся от нее новая парадигма Ю. Л. Нуллера [18] в этом плане гораздо перспективнее, но на сегодняшнем уровне развития психиатрии они носят поисковый характер. Они могут быть существенным подспорьем в клинической диагностике, хорошей стартовой площадкой для инноваций, однако противоположны по своей методологической ориентации: в гештальте нозологической парадигмы структура является фигурой, а система – фоном, тогда как в парадигме Крепелина-Нуллера – наоборот. Последняя не укладывается в рамки классификационных – даже очень гибких – решеток. МКБ и DSM остаются важным инструментом психопатологии. Другое дело – как мы этим инструментом пользуемся. Именно с этим может быть связана гипердиагностика ДА и pervasивных расстройств NOS (сведений о гипердиагностике других pervasивных расстройств практически нет). Едва ли, например, наличие стереотипий и ограничений социального поведения у ребенка с IQ порядка 20-50 является достаточным основанием для диагностики ДА, а постановка двух диагнозов (ДА и психотическое расстройство NOS) – сколько-нибудь оправданной даже в рамках широко понимаемой коморбидности. Между тем, такого рода диагностика распространена очень широко и, скорее всего, объясняет львиную долю роста «распространенности» ДА в последнее время.

Причины ее очень близки к тому, что часто называют «социальным диагнозом», т.е. диагнозом, не столько отражающим место расстройства в существующей системе научных представлений и особенности состояния данного пациента, сколько определяющим представления о «благее» пациента. Специфического медицинского лечения ДА не существует. Еще в 1960-е годы акценты стали смещаться на поведенческие методы в сочетании с социально-педагогическим ведением, использованием арттерапии, музыкотерапии и т.д. на основе гуманистического и психодинамического подходов. К настоящему времени сложилась и продолжает развиваться мультимодальная помощь, центрированная на индивидуальном подходе к ребенку, обеспечиваемом «командой» профессионалов, которые тесно контактируют с семьей. Она демонстрирует достаточно высокую реабилитационную эффективность, не будучи нозологически специфической и ориентированной на радикальное лечение. Это порождает «социальную» гипердиагностику ДА, связанную, с одной стороны, с возможностью получения помощи в ассоциациях, центрах и других институтах работы с ДА, а с другой, практической заинтересованностью подобных центров в финансировании. Оценивать такие тенденции односторонне отрицательно было бы ошибкой. По крайней мере, они обеспечивают клиническую разнородность групп, условия для социального научения и достаточно продуктивные взаимовлияния пациентов. Примечательно, что эпидемическое нарастание диагностики ДА идет след в след за развитием этой помощи и ее институтов.

По существу, мы оказываемся в «двойном зажиме», когда академический и практический подходы выдвигают трудно совместимые требования. С одной стороны, размывание границ ДА создает множество

препятствий для его изучения, объектом которого может оказаться едва ли не любое расстройство, в структуре которого обнаруживается якобы аутистическая симптоматика. Так, на основании обзора 90 публикаций E. Fombonne [9] показывает, что 14 из них обнаруживают связь ДА хотя бы с одним медицинским расстройством, по 11 – с синдромом Дауна и эпилепсией, по 10 – с туберозным склерозом и врожденной красной волчанкой, по 8 – с ломкой X-хромосомой, по 7 – с расстройствами слуха и фенилкетонурией, по 6 – с нейрофиброматозом и ДЦП, по 5 – с дефицитом зрения. Бесспорно, изучение каждого из этих расстройств может пролить свет на механизмы возникновения тех или симптомов, входящих в картину ДА. Но практически невероятно, что таким образом мы можем приблизиться к пониманию собственно ДА и его соотношений с другими нарушениями общения. С другой стороны, фокусирование помощи только на ДА может значительно уменьшить ее эффективность и доступность, а возможно, и сузить ассоциативное поле, в котором сегодня рассматривается ДА.

Примечательно, что во множестве дискуссий, вызванных «эпидемией» аутизма, практически не затрагиваются такие классические основы психопатологической диагностики, как различия симптома, синдрома и расстройства. Можно с сожалением констатировать, что термин «аутизм» стал расплывчатой диагностической биркой с крайне неопределенным содержанием. Это грозит вывести и без того трудное изучение ДА на уровень беспредметности, ибо едва ли можно серьезно и доказательно изучать особенности мозговых дисфункций, нейрохимии, расстройств сна и других аспектов этиопатогенеза психических нарушений на основе их «социальной» диагностики.

Налицо два противоположных диагностических подхода – своего рода Сцилла и Харибда проблемы ДА. Можно ли пройти между ними, не потеряв то, что привнес в психиатрию Л. Каннер выделением ДА как специфического расстройства? Как мне представляется, эта возможность связана с методологическим разграничением изучения ДА и помощи при нем.

Основой социально-педагогической и психологической помощи является гуманитарный подход. В его рамках клинический диагноз в лучшем случае ничего не проясняет, а в худшем мешает, создавая мощные предпосылки для работы не с пациентом, а с «симптомами-мишенями». Это прекрасно известно педагогам, психологам, музыко- и арттерапевтам. Методологическое поле этой работы формируется взаимодействием гуманистической и поведенческой психологии (функциональный анализ поведения и психологический диагноз), по существу своему не нуждающимися в диагнозе психиатрическом. В этом поле с равными основаниями могут получать помощь дети с ДА, шизофренией, психическим недоразвитием, тяжелыми нарушениями зрения и слуха и др. Медикаментозная помощь структурно носит здесь вспомогательный характер, направленный на сглаживание особенностей поведения, препятствующих социально-педагогической и психологической помощи. Основания для получения такой помощи должны определяться особенностями актуального состояния ребенка, а не психиатрическим диагнозом.

Основой психопатологического/психиатрического подхода является максимально возможное дифференцированное понимание ДА как специфического расстройства, установление взаимодействия отдельных сторон этиологии и патогенеза в его формировании. Наиболее продуктивным в этом плане представляется опора на выделенные Л. Каннером признаки структурного и системного характера, а не их изменение и безудержное расширение. Так, собственно, и обстоит дело до середины 1980-х гг., когда распространенность РАС оценивалась как 4-5 на 10000 детей и классического ДА – примерно как 2 на 10000 [2]. Эти цифры, видимо, отражают истинную распространенность аутистических расстройств.

Приведенные данные касаются западных стран, где существуют достаточно ригидные и сложные системы финансирования помощи, в значительной мере определяющие подходы к практической диагностике. В России, где история изучения ДА и работы с ним имеет сравнительно недавнюю историю и еще не сложились инерционные, организационно-финансово регулируемые схемы отношения к ДА, построение гибкого взаимодействия финансового, психологического и психиатрического подходов имеет достаточно широкие перспективы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baker H. (2002) A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. J. of Autism and Dev. Disorders, 32 (2); 121-125.
2. Barklay L. (2003) Rate of autism may be increasing. JAMA; 289: 49-55.
3. Bertrand J., Mars A., Boyle C., Bove F., Yeargin-Allsopp M., Decoufle P. (2001) Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. Pediatrics. 108(5); 1155-1161.
4. Bryson S., Smith I (1998) Epidemiology of autism: prevalence, associated characteristics, and service delivery. Ment. Ret. And Dev. Disabil. Res. Review. 4: 97 –103.
5. Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California's Developmental Services System: 1987 through 1998. A Report to legislature. March 1, 1999. <http://www.autism.com/ari/dds/dds.html#page14>

6. Croen L., Grether J., Hoogstrate J, Selvin S. (2002) The changing prevalence of autism in California. *J. Autism Dev Disord.*, 32; 207-215.
7. Ehlers S., Gillberg C. (1993) The epidemiology of Asperger's syndrome. A total population study; *J. of Child Psychology and Psychiatry*; 34(8); 1327-1350.
8. Fombonne E. (2003) The prevalence of autism. *JAMA*; 289, 87-89.
9. Fombonne E. (2003) Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Trends in evidence-based neuropsychiatry*. 7:1; 29-36.
10. Каган В.Е. (1981) Аутизм у детей. М: Медицина, 1981.
11. Каган В.Е. (1983) Клинико-психологические аспекты онтогенеза коммуникативности. *Вопросы психологии*, 2; 96-100.
12. Kanner L. (1943) Autistic Disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, 2-3; 217-250.
13. Kanner L. (1944) Early Infantile Autism. *J. Pediatrics*, 25; 211-217.
14. Kanner L. (1973) *Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights*. Washington.
15. Konstantareas M., Hewitt T. (2001) Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *J. of Autism and Dev. Disord*, 31 (1); 19-28.
16. Краепелин Е. (1920) – цит. по Нуллер Ю. Л. [18].
17. Lotter V. (1966) Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry* 1; 124-137.
18. Нуллер Ю.Л. (1993) *Парадигмы в психиатрии*. Киев: Издательство Украинской Психиатрической Ассоциации.
19. Nutall J. (2002) <http://nwmail.washtenav.cc.mi.us/~ela101/statistics.html>
20. Waldinger R. (1997) *Psychiatry for medical Students* (3rd ed.). Washington-London: American Psychiatric Press.
21. Wing L. (1993) The definition and prevalence of autism: a review; *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 2 (2); 61-74.
22. Wing L., Gould J. (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification; *J. Aut. Dev. Disord.*, 9; 11-29

А. Ю. Егоров

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И АЛКОГОЛИЗМ В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ:

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Институт специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Р. Валленберга (Санкт-Петербург).

Последние социологические исследования и данные статистики показывают, что употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде. Средний возраст начала потребления алкоголя составляет 14 лет. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, около 82% людей в возрасте 12-22 лет. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек. Пиво предпочитают $\frac{3}{4}$ подростков. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет – двое из каждых трех. Доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах составляет 15,7%, в ПТУ – 24,4%, в техникумах и колледжах – 33,7%, в вузах – 32,4% [35]. Данные официальной статистики зафиксировали, что за период с 1991 по 2000 гг. число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100 тыс. подростков. Число подростков, состоящих на учете у наркологов, также выросло в 1,5 раза и, по данным официальной статистики на 2000 г., составило 819,8 человек на 100 тыс. населения. О явно неблагоприятной ситуации в отношении алкоголя свидетельствует и существенный рост алкогольных психозов среди подростков – в 8 раз - за последнее 10-тилетие XX века [17]. Это прогностически неблагоприятный показатель, т.к. алкогольный психоз у подростка – случай достаточно редкий [22]; для его возникновения алкоголизм должен длиться минимум 2-3 г.

Алкоголизм у подростков встречается не очень часто, поскольку как заболевание развивается в течение определенного промежутка времени и зачастую не успевает сформироваться к совершеннолетию. Наиболее актуальной проблемой является ранняя алкоголизация - знакомство со спиртным в возрасте до 16 лет и регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте [22]. Ранняя алкоголизация рядом авторов рассматривается как нарушение поведения [21, 22, 28], требующее скорее психолого-педагогической, а не медицинской коррекции. На этапе ранней алкоголизации у подростков отмечается феномен групповой зависимости, когда тяга к спиртному возникает исключительно в «своей» компании

[30]; отрыв от группы прекращает алкоголизацию.

Аддитивное поведение (addictive behavior) - это употребление различных веществ, изменяющих психическое состояние, до формирования зависимости [40, 42]. Ц. П. Короленко [16] дает более широкую трактовку аддитивного поведения: это «...одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций». С точки зрения А. Е. Личко и В. С. Битенского [22], для подростков термин аддитивное поведение представляется наиболее адекватным, поскольку указывает на то, что речь идет о нарушениях поведения. А. Е. Личко [21] подчеркивал, что важную роль в развитии аддитивного поведения играют особые типы акцентуации характера (неустойчивого, эпилептоидного, гипертимного и истероидного круга). Алкоголизация у неустойчивых – это результат их тяготения к легким развлечениям, способность легко попадать под дурное влияние. Побудительный мотив - получить веселое настроение. Это перекликается с мнением К. Леонгарда [19], что общей характерологической особенностью, которая предрасполагает к алкоголизму, является сниженная способность к самоконтролю, тенденция действовать по минутному впечатлению. У неустойчивых чаще встречаются неглубокие степени опьянения. Сходный тип алкоголизации отмечается и у гипертимных подростков. У эпилептоидных подростков картина алкоголизации иная: короткая стадия эйфории, затем опьянение по дисфорическому типу - агрессия, аутоагрессия, может быть сексуальное насилие. Эпилептоиды напиваются до тяжелых степеней опьянения. Для них алкоголизация - это своеобразная «разрядка» накопившегося напряжения и раздражения. Истероиды и в алкоголизации остаются демонстративными - преувеличивают степень опьянения, с пафосом рассказывают сверстникам о большом количестве спиртного, которое они могут выпить; иногда изображают алкогольных эстетов: рассказывают сверстникам, что они употребляют только элитные алкогольные напитки, причем определенного сорта.

А. Е. Личко [20, 21] считал, что акцентуанты неустойчивого круга наиболее подвержены риску развития аддитивного поведения в целом, поскольку у них наиболее развита реакция группирования. В более поздних исследованиях среди подростков с аддитивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание эпилептоидного и истероидного типа [7], гипертимных и конформных акцентуантов, наряду с эпилептоидными [25]. Появились исследования, где приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются истероидные акцентуанты, а среди опийных наркоманов – эпилептоидные [34].

Мы исследовали личностные особенности у 30 подростков (героиновая наркомания), проходящих курс лечения в клинике, а также у 32 подростков с ранним алкоголизмом, обучающихся в вечерней школе. Личностные особенности изучались посредством диагностической беседы [20], а также с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) [14]. В качестве контроля к группе наркозависимых подростков выступала верифицированная по возрасту и полу группа из 30 здоровых школьников, а к группе алкоголизовавшихся – 18 неалкоголизирующихся подростков из той же школы.

Анализ результатов по ПДО показал, что в группе наркоманов по сравнению с контрольной группой достоверно преобладали подростки с эпилептоидными чертами характера, а также со склонностью к алкоголизму и депрессии. В контрольной группе достоверно преобладали психастеники, а эпилептоидный тип находился на последнем месте. В целом в экспериментальной группе отмечались все типы акцентуаций характера, доминировали гипертимный и истероидный типы; реже всего встречались сенситивные и психастеники. Среди алкоголизирующихся подростков, по сравнению с контрольной группой, также преобладали подростки с гипертимными, истероидными и эпилептоидными чертами. Неустойчивый тип акцентуации встречался в единичных случаях.

Корреляционный анализ результатов, полученных в экспериментальной группе, выявил положительную корреляцию между гипертимным и эпилептоидными типами акцентуации и склонностью к алкоголизации, а также реакцией эмансипации. У наркозависимых подростков склонность к алкоголизации, в свою очередь, коррелирует с риском возникновения суицидальных попыток, а показатель «риск депрессии» положительно коррелирует с показателем «риск дизадаптации». В связи с тем, что гипертимному и эпилептоидному типам свойственна акселерация в плане физического и полового развития, а реакция эмансипации обостряет конфликты в системе взаимоотношений подросток – взрослый, то алкоголизация выступает как проявление реакции протеста.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что на современном этапе в популяции подростков как с героиновой, так и с алкогольной зависимостью доминируют гипертимные, истероидные и эпилептоидные личности. Особенности данных типов характеров позволяют таким подросткам занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации в том, что именно потенциальные лидеры – наркоманы и алкоголики - будут способствовать вовлечению в аддитивное поведение остальных подростков [13].

В литературе давно обсуждается вопрос о злокачественности раннего алкоголизма. Традиционно представление, что алкоголизация в подростковом возрасте неминуемо ведет к злокачественному алкоголизму [23, 29 и др.]. В то же время, в последние десятилетия преобладает точка зрения, что злокачественное течение алкоголизма отмечается только у подростков с преморбидной отягощенностью [21, 22, 24, 31]. По данным разных авторов, число случаев психопатии при алкоголизме колеблется от 25% до 52% [28]. Наиболее часто ранний алкоголизм формируется у неустойчивых и epileптоидных психопатов. У неустойчивых формирование происходит медленно - как следствие регулярных выпивок, часто в асоциальных компаниях. Параллельно алкоголизации происходит нарастание делинквентности. При epileптоидной психопатии после тяжелых первых опьянений с агрессией и аутоагрессией может пробудиться компульсивное влечение пить «до отключки». Epileптоидные психопаты легко переходят к алкоголизации в одиночку, деньги вымогают у близких и сверстников. При психастенической и сенситивной психопатиях ранняя алкоголизация встречается крайне редко.

В исследовании В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикина [9] указывается, что наиболее подвержены ранней алкоголизации возбудимые (epileптоидные) психопаты – около 40% психопатических личностей, страдающих бытовым пьянством, далее шли истерические и неустойчивые (по 18,4%), мозаичные (14,5%). Реже всего встречались шизоиды, психастеники и тормозимые. При трансформации ранней алкоголизации в алкоголизм обнаружена достоверная большая частота неустойчивых психопатов (42,8% от общего числа неустойчивых психопатических личностей против 22,5% с остальными типами психопатий). В исследовании Marchiori et al. [41], наоборот, среди алкоголиков обнаружено преобладание лиц с шизоидным (40%) и зависимым (20%) расстройством личности. Злокачественное течение алкоголизма отмечается также у подростков с умственной отсталостью, резидуально-органической мозговой недостаточностью, с последствиями черепно-мозговых травм.

В последние десять лет проявления как ранней алкоголизации, так и раннего алкоголизма существенно изменились по сравнению с 80-ми гг. Вторая половина 80-х гг. отмечена последствиями действия Закона о борьбе с пьянством и алкоголизмом от 17.05.85. Был поднят предельный возраст (до 21 г.), с которого разрешалась продажа спиртных напитков. В результате действия Закона подростковая популяция в абсолютном большинстве оказалась как бы «отрезана» от употребления легальных спиртных напитков. Аддиктивное поведение приняло иные, более опасные по своим последствиям формы: происходит существенный рост потребления токсических психоактивных веществ (ПАВ), главным образом летучих ароматических соединений (ЛАС). Появляются исследования, где показана устойчивая связь между токсикоманией в подростковом возрасте и последующим быстрым развитием алкоголизма (цит. по [22]). Ранняя алкоголизация характеризовалась широким использованием подростками суррогатов и нелегально произведенного алкоголя, отличавшихся высокой токсичностью, что также способствовало более злокачественному течению заболевания.

С начала 90-х гг. программа борьбы с пьянством и алкоголизмом оказывается фактически свернутой. С этого же времени начинается стремительный рост потребления алкогольных напитков, в том числе и в подростковой среде. Одновременно отмечается резкое увеличение употребления ПАВ: в 2000 г. число подростков, состоящих под диспансерным наблюдением с диагнозом «наркомания», достигло 125,1 на 100 тыс. подростков, что превысило уровень болезненности по сравнению с 1991 г. в 17 (!) раз [17]. Стремительный рост наркомании в подростковой среде не мог не повлиять на особенности ранней алкоголизации.

Нами изучались особенности злоупотребления спиртными напитками у лиц в пубертатном и постпубертатном возрасте, обратившихся на амбулаторный прием в специализированный наркологический центр [11].

За период 1998-2000 гг. в центр обратились 68 человек в возрасте от 15 до 20 лет, что составило 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных алкоголизмом. Юноши составили 63,8% (46 человек), девушки соответственно 36,2% (22 человека). Диагноз хронический алкоголизм был поставлен 40 человекам (58,8%), у остальных прием спиртного расценивался как ранняя алкоголизация (бытовое пьянство). Среди больных юноши составили 75% (30 человек), девушки 25% (10 человек). При этом хронический алкоголизм 1 стадии был установлен у 30 человек (20 юношей, 10 девушек). Алкоголизм 2 стадии был выявлен у 10 человек (все юноши). Таким образом, соотношение между юношами и девушками, которым ставился диагноз раннего алкоголизма было 3:1.

Существенные различия в типе употребляемых спиртных напитков позволили разделить подростков на две группы. Первую группу составили лица, предпочитающие в основном слабоалкогольные напитки: как правило, крепкие сорта пива и джин-тоника, реже сухие вина. В эту группу вошло абсолютное большинство подростков – 73,5% (30 юношей и 20 девушек). У половины из них (16 юношей и 9 девушек) размеры пьянства достигали алкоголизма 1 стадии. Таким образом, соотношение юношей и девушек, злоупотреблявших легкими алкогольными напитками, было 3:2, а среди больных алкоголизмом из этой группы - менее 2:1. Эти данные свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих легкими

алкогольными напитками.

Суточная толерантность предпочитающих слабые алкогольные напитки составляла в среднем 5-6 бутылок пива или 7-8 банок (по 0.33 л) джин-тоника, что составило более 200 мл чистого алкоголя, и у юношей и девушек практически не различалась. Предпочитающие легкие алкогольные напитки обычно употребляют их в компании сверстников, на дискотеке, днях рождениях, «чтобы утолить жажду летом», достаточно редко в одиночестве. Почти все подростки данной группы сообщали, что желание выпить обычно возникает в компании сверстников. Такой характер употребления спиртного указывает на наличие групповой психической зависимости. Примечательно, что все подростки, предпочитавшие легкие спиртные напитки, отрицали существование проблем, связанных с алкоголизацией, и на прием к врачу обратились исключительно под настойчивым влиянием родственников и друзей. В процессе дальнейшего психотерапевтического лечения эти подростки представляли наибольшую сложность в плане коррекции алкогольной анозогнозии.

Вторую группу составили подростки, предпочитающие дистилляты или крепкие спиртные напитки (в абсолютном большинстве водку) – 26,5% (16 юношей и 2 девушки). Диагноз алкоголизма, (в эту группу вошли и все больные со 2 стадией заболевания) был поставлен 12 юношам и обеим девушкам (88,8%). Толерантность составила 200-350 мл водки/сут., что в пересчете на чистый алкоголь оказалось менее 100-150 мл. Крепкие напитки обычно употреблялись в небольших компаниях, на днях рождениях и в одиночку.

Важным представляется, что у 36 человек (52,9%) отмечалось эпизодическое сочетанное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Главным образом, это были анаша (более 50%), транквилизаторы и седативные средства (30%), в 6 случаях (17%) – экстази, в 4 – героин, в 2 – грибы, вызывавшие галлюцинации. Табакокурение отмечалось у 55 (81%) подростков. В группе подростков, сочетано употребляющих алкоголь и наркотики, преобладали юноши – 30 человек (83,3%). Абсолютное большинство (88,8%) совмещало наркотики именно с легкими алкогольными напитками. Это перекликается с последними данными о значительном числе больных полинаркоманией, а также сочетанно употребляющих наркотики (в том числе и опиаты) и преимущественно легкие алкогольные напитки [26].

В последнее время существенно возросло число женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы и США сейчас находится между 1:5 и 1:2, хотя в недавнем прошлом оно составляло 1:12 и менее. Таким же было это соотношение и в нашей стране в середине 80-х гг.: так в 1991 г. оно было 1:9, к 1995 г. составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 [3]. Вместе с тем, недавние английские исследования показали, что соотношение 40-летних мужчин и женщин, коренных англичан, имеющих алкогольные проблемы, находится уже в пределах 2:1 [37]. Исследование количества потребляемого алкоголя среди старших школьников в США вообще не выявило значимых половых различий [45].

Хотя женский алкоголизм, по сравнению с мужским, развивается в более позднем возрасте (25-35 лет), большинство исследователей отмечает его особую тяжесть и злокачественность [1, 5, 33, 36]. Возможно, из-за этого женщины после начала болезни вынуждены обращаться за лечением более чем в два раза чаще, чем мужчины [4]. Некоторые авторы не разделяют точку зрения о большей злокачественности женского алкоголизма, подчеркивая противоречивость данных и невозможность четко измерить величину этого показателя [8, 24].

Поскольку в последние 10 лет отмечается существенное снижение возраста знакомства с наркотиками и алкоголем, то проблема ранней алкоголизации и алкоголизма среди девочек-подростков становится весьма актуальной. Тем более что одной из отчетливых тенденций, характеризующих сегодняшнюю наркологическую ситуацию в России, является стирание половых различий среди подростков, вовлеченных в наркопотребление и алкоголизацию [10, 11, 15, 35]. Если 10 лет назад девочки составляли 10%-15% среди наркоманов [22], то, согласно последним данным разных авторов, соотношение наркозависимых юношей и девушек находится в пределах 2:1-3:1 за счет резкого вовлечения в наркопотребление последних [17]. Последние американские данные показывают, что белые девушки уже обогнали юношей по употреблению ПАВ и алкоголя [46]. Подтверждается общая тенденция стирания половых различий между проблемно пьющими и в последних европейских исследованиях [39].

В отечественных исследованиях также отмечается рост распространенности алкоголизма среди подростков женского пола [6], а также более быстрое нарастание алкогольной симптоматики и более высокая прогрессивность заболевания по сравнению с юношами-подростками [27]. Вместе с тем, молодой возраст начала употребления алкоголя сам по себе, без учета преморбидных особенностей женщин, не является фактором высокого риска скорого начала болезни [18]. Недавние социологические исследования показывают еще большее стирание половых различий среди юношей и девушек, употребляющих алкоголь: пьют алкогольные напитки ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек, т.е. соотношение составляет 3:2 [35].

Имеются литературные данные о наличии у девушек с ранним алкоголизмом преморбидных психопатических черт [6], поведенческих расстройств [43] и частых аффективных нарушений у женщин-алкоголичек [2, 3]. На большее число преморбидных личностных расстройств у девочек-алкоголичек, по сравнению с мальчиками, указывают П. И. Сидоров и А. В. Митюхляев [27]. Американский исследователь М. Schukit [44] показал, что аффективная патология в преморбиде встречается у 15-20% женщин и только у 5% мужчин. Тенденция к суицидальным попыткам в абстинентном состоянии у женщин выражена также сильнее (до 35% от общего числа). Кроме того, имеются данные, что патологический преморбид более выражен у женщин, употребляющих алкоголь в сочетании с другими ПАВ [38].

Наше исследование клинических особенностей раннего женского алкоголизма [12] подтвердило высокую наследственную предрасположенность к заболеванию, а также преобладание преморбидных истероэпилептоидных личностных особенностей в сочетании с аффективной неустойчивостью. Вероятно, совокупность этих факторов определяет прогрессивность развития заболевания. На этапе групповой психической зависимости девушки в абсолютном большинстве предпочитают легкие алкогольные напитки. На этапе сформированной зависимости относительно увеличивается удельный вес предпочтения крепких напитков, хотя легкие алкогольные напитки продолжают преобладать. Как и для подростковой популяции в целом, для девушек характерно сочетание употребления алкогольных напитков с эпизодическим употреблением наркотических веществ.

Итак, оценивая современное состояние проблемы ранней алкоголизации и алкоголизма, можно сделать следующие выводы.

1) Современные подростки предпочитают легкие алкогольные напитки, которые они могут сочетать с «легкими» наркотиками и другими ПАВ.

2) Стираются половые различия в особенностях алкоголизма между юношами и девушками. Соотношение юношей и девушек среди злоупотребляющих легкими спиртными напитками снижается, что свидетельствует о росте женского алкоголизма в будущем.

3) Среднесуточное количество употребляемых легких алкогольных напитков в пересчете на чистый этанол превышает таковое у употребляющих крепкие напитки. Это может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости (при сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков).

4) Полная анозогнозия, отмечающаяся у подростков, употребляющих легкие виды спиртного, требует разработки современных подходов в профилактике и психотерапии этой формы ранней алкоголизации.

5) Подростки, злоупотребляющие именно легкими спиртными напитками, в большинстве случаев имеют опыт употребления наркотиков.

6) Среди злоупотребляющих алкоголем подростков доминируют гипертимные, истероидные и эпилептоидные личности, особенности характера которых позволяют им занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации представляется в том, что именно потенциальные лидеры-аддикты будут способствовать вовлечению в потребление алкоголя и других ПАВ остальных подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М.: Медицина. 1983. 432 с.
2. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999. С. 250-338.
3. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм // В кн.: Лекции по наркологии. 2-е изд / Под ред. Н. Н. Иванца. М., «Нолидж», 2000. С. 116-134.
4. Альтшулер В. Б. Клиника алкоголизма // В кн.: Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 203-232.
5. Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология. М.: Медицина, 1987. 336 с.
6. Владимиров Б. С. Клинико-динамическое исследование раннего алкоголизма у подростков женского пола. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 1993. 24 с.
7. Гузиков Б. М., Вдовиченко А. А., Иванов Н. Я. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1993. № 1. С. 73-75.
8. Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. Л., Медицина. 1988. 224 с.
9. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М., Медицина. 1980. 272 с.
10. Егоров А. Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте // Материалы Конгресса по детской психиатрии. 25-28 сентября 2001. Москва, Росинекс. 2001. С. 57.
11. Егоров А. Ю.¹ Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. 2002. С. 50-54.

12. Егоров А. Ю.² Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. № 2. С.78-80.
13. Егоров А. Ю., Дашковский Г. А., Ефимова И. В. Личностные особенности подростков с героиновой и алкогольной зависимостью // VII Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект»: мат-лы конф. Калуга, КПКУ. 2002. С. 75-77.
14. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. СПб, Изд-во Инст. им. В.М. Бехтерева. 1992.
15. Кесельман Л. Е., Мацкевич М. Г. Социальное пространство наркотизма. СПб., 1-164 с.
16. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1991. № 1. С. 8-15.
17. Кошкина Е. А. Эпидемиология наркологических заболеваний // В кн.: Руководство по наркологии /Под ред. Н. Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 8-32.
18. Кравченко С. Л. Структурно-временные характеристики формирования алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 2002. - № 1. – С. 41-47.
19. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, Выща шк. 1989. 375 с.
20. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд-е 2-е. Л., Медицина. 1983. 255 с.
21. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
22. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л., Медицина, 1991. 304 с.
23. Лукомский И. И. Лечение хронического алкоголизма. М., Медгиз, 1960.
24. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. Л.: Медицина. 1988. 288 с.
25. Романов Д. В., Горпиненко С. В. Личностные механизмы формирования наркотической зависимости // В кн.: Организация межведомственного взаимодействия по профилактике наркомании, лечению, реабилитации и трудоустройстве наркозависимых. Опыт Самарской области. Самара, 2001. С.66-68.
26. Савченков В. В., Сиволап Ю. П., Калужерович Л. В. Употребление алкоголя больными опийной наркоманией // Ж. невропатол. и психиатр. 2000. Т. 100. № 10. С. 30-31.
27. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Медико-социальная характеристика подростков женского пола с ранним алкоголизмом // Ж. невропатол. и психиатр. 1987. Т. 87. № 10. С. 1543-1547.
28. Сидоров П. И., Митюхляев А. В. Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. 306 с.
29. Стрельчук И. В. О клинике и дифференциальном лечении в возрастном аспекте женщин, больных хроническим алкоголизмом // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. М., 1964. С. 122-125.
30. Строганов Ю. А., Капанадзе В. Г. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков. В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. Л., 1978. С. 56-61.
31. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. М., Медицина, 1977. 167 с.
32. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. (ред.) Наркология. М.; СПб.: "Бинном"- "Невский диалект", 1998. 318 с.
33. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. СПб., Изд-во «Лань», 1999. 352 с.
34. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб: Изд-во «Лань», 2000. 368 с.
35. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев С. Б., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М. 2001. 48 с.
36. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина. 1990. 416 с.
37. Ely M., Hardy R., Longford N. T., Wadsworth M. E. J. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for body water // Alcohol and Alcoholism. 1999. V. 34, N. 6, P. 894-902.
38. Hallman J., Persson M., Klinteberg B. Female alcoholism: Differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse // Alcohol and Alcoholism. 2001. V. 36, N. 6, P. 564-571.
39. Knibbe R. A., Bloomfield K. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences // Substance Abuse. 2001. V.22. N. 1. P. 23-38.
40. Landry M. Addiction diagnostic update DSM-III-R psychoactive substances use disorder // J. Psychoact. Drugs. 1987. V. 19. N 4. P. 379-381.
41. Marchiori E., Loschi S., Marconi P. L., Mioni D., Pavan L. Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders: A study in alcoholics and controls // Alcohol and Alcoholism. 1999. V. 34. N. 3. P. 396-401.

42. Miller W. Addictive behaviours: treatment of alchoholism, drug abuse, smoking and obesity. Oxford etc: Pergamon Press, 1984. 353 p.
43. Moss H. B., Lynch K. G. Comorbid disruptive behaviour disorder and their relationship to adolescent alcohoh use disorders // Drug and Alcohol Dependence. 2001. V. 64. P. 75-83.
44. Schukit M. A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 3th ed. NY, Plenum. 1993. 307 p.
45. Simons-Morton B., Haynie D. L., Crump A. D., Saylor K. E., Eitel P., Yu K. Expectations and other psychological factors with alcohol use among early adolescent boys and girls // Addictive Behaviours. 1999. V. 24. N. 2. P. 229-238.
46. Wallace Jr. J. M., Bachman J. G., O'Molly P. M., Schulenberg J. E., Cooper S. M., Johnston J. L. Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use in American 8th, 10th and 12th grade students, 1976-2000 // Addiction. 2003. V. 98. P. 225-234.

А. В. Семенович, Е. Г. Курганская

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И КАРДИОПАТОЛОГИЕЙ (НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

В настоящее время во всем мире наблюдается интенсивный рост исследований в области отклоняющегося развития. Резкое ухудшение экологической обстановки, различного рода стрессовые социальные ситуации, накопление вредоносных нейробиологических факторов, достигающих ребенка "по наследству", - все это в совокупности приводит к прогрессирующему снижению соматического и психического здоровья детей. В этой связи первоочередными становятся задачи комплексной междисциплинарной диагностики различных вариантов дизонтогенеза с целью разработки интегративных программ клинико-психолого-педагогического сопровождения. Представляется, что не последняя роль здесь принадлежит нейропсихологии детского возраста - науке о формировании мозговой организации психических процессов - сравнительно молодому, однако зарекомендовавшему себя уже валидным и информативным направлению.

Особое место при анализе проблемы отклоняющегося развития занимает категория детей с хроническими соматическими заболеваниями. Длительное время, по понятным причинам, они находились прежде всего под пристальным вниманием врачей, специализирующихся в соответствующих областях медицины. Между тем известно [2, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 19, 23, 28, 29, 30,], что соматическая патология может приводить к специфическим психическим дисфункциям, наступающим вследствие нарушения различных форм обмена, аутоинтоксикации, биохимических, нейрогуморальных и висцероцеребральных изменений. Наиболее явно эти патогенные влияния актуализируются в детском возрасте.

Любое заболевание, затрагивающее жизнеобеспечивающие системы детского организма, оказывают на него инвалидизирующее влияние. Кроме того, что болезнь физически ослабляет ребенка, лечение - длительный процесс, связанный с неоднократными госпитализациями в отрыве от дома, друзей и школы. Совокупность психогенно-ситуационных воздействий (воспитание в условиях гиперопеки, ограничение общения, ятрогенные эксцессы и т. п.) приводит к резкому снижению уровня социальной адаптации и нарушению контактов со сверстниками, гиперреактивности в стрессовых ситуациях и повышенной тревожности, неготовности самостоятельно и продуктивно разрешать конфликтные ситуации.

У больных детей часто отмечают невротические реакции (раздражительность, неусидчивость, капризность, отвлекаемость, плаксивость, беспокойный сон) и нарушения в эмоционально-волевой сфере - малая дифференцированность импрессивного и экспрессивного аспектов эмоций, эмоциональная лабильность, подчас в сочетании с аффективной ригидностью и агрессивностью, отсутствие инициативы, чередующейся время от времени с явно аутоотравляющим импульсивным поведением.

Многие авторы полагают, что патогенетическим механизмом перечисленных феноменов, наряду с социальными влияниями, могут оказаться и дисциркуляторные гипоксические явления, что подтверждают клинические исследования [2, 3, 6, 8, 12, 13, 27 и др.]. Они склоняются к выводу о том, что хронические соматические заболевания создают неблагоприятные условия для формирования мозговых структур ребенка и приводят к специфическому церебральному дизонтогенезу.

Это обстоятельство (в соответствии с базовыми нейропсихологическими закономерностями) не может не отразиться на становлении высших психических функций (ВПФ), искажая и/или нарушая его. Комплекс указанных патогенных факторов будет обнаруживать себя в дизонтогенезе как мотивационно-личностной, так и познавательной сфер его психической деятельности, приводя к определенному типу отклоняющегося развития.

Настоящее сообщение и посвящено исследованию этой проблемы на модели психического развития детей с бронхиальной астмой и ревматическими поражениями миокарда. Выбор данных нозологических групп в качестве объекта нейропсихологического изучения был продиктован двумя обстоятельствами.

Во-первых, во всем мире наблюдается неуклонный рост различных вариантов сердечно-сосудистой и дыхательной патологии в детской популяции. В этой связи нейропсихологическая констатация и квалификация имеющего место симптомокомплекса отклоняющегося развития может внести свой вклад в расширение и углубление междисциплинарной диагностики, прогнозирования, выработки реабилитационных, реабилитационных и профилактических программ.

Во-вторых, многочисленные клинические данные убедительно доказывают, что у названного контингента больных детей присутствует множество патологических стигм, свидетельствующих об аномальном функционировании мозговых структур. В контексте нейропсихологического анализа этот акцент приобретает особое звучание. С одной стороны, возможности нейропсихологического метода позволяют более конкретно описать специфику формирования мозговой организации психических процессов у этих детей, что имеет как теоретическое, так и существенное практическое значение. С другой - изучение такого типа онтогенеза предоставит новые факты для построения целостной системы нейропсихологического знания о церебро-и психогенезе в норме и патологии.

Клиническая характеристика обследованных групп.

На базе кардиологического и аллергологического отделений НИИ педиатрии РАМН было обследовано 115 детей в возрасте от 6 до 14 л. : 58 человек с ревматическими поражениями миокарда и 57 - с бронхиальной астмой. Группы уравнены по половому и возрастному признакам. Все дети обучались в средней школе или дома по традиционной общеобразовательной программе, не имели грубых неврологических отклонений и явной отягощенной наследственности. Дети с наличием левшества исключены из анализа, поскольку известно, что их психическое развитие обладает рядом специфических особенностей.

Остановимся кратко на клинической картине бронхиальной астмы и кардиопатологии у детей. Все они в ходе госпитализации прошли полное клиническое обследование, верифицированное многократно различными параклиническими методами. Нейропсихологически обследовались в начале курса, что исключает (по клиническим показателям) влияние медикаментозной и иной терапии на полученные результаты.

При бронхиальной астме тяжелые расстройства дыхания в приступные периоды ведут к развитию гипоксемии. Длительное действие гипоксемии на проводящие пути продолговатого мозга и стволые центры регуляции кровообращения нарушает систему поддержания гомеостаза [4, 8, 13, 28]. При прогрессировании ревматических пороков нарастают явления декомпенсации гипертрофированного сердца, что (как и при астме) ведет к гипоксемии и, в конечном счете, к гипоксии тканей; главной мишенью при этом является головной мозг [2, 9, 12, 30].

Таким образом, как при прогрессирующем течении бронхиальной астмы, так и вследствие ревматического поражения миокарда, возникает гипоксия тканей. Это приводит к возникновению неврологической микросимптоматики, вегетативным, психоэмоциональным и когнитивным расстройствам, которые особенно четко выявляются с 6-7-летнего возраста при продолжительности заболевания 3-4 года и стойко сохраняются во всех периодах болезни. У больных во всех случаях обнаруживают себя дисфункции вегетативной нервной системы. Кроме того, данные заболевания сопровождаются гемодинамическими изменениями, которые не могут не оказать отрицательного влияния на кровоснабжение головного мозга, в связи с чем возникают острые и подострые дисциркуляторные нарушения.

Изменения реоэнцефалографических показателей имеют место не только при выраженном процессе, но и в начальной стадии заболевания, когда отсутствует четко выраженная неврологическая симптоматика. На основании этих изменений можно судить о субклинических расстройствах регионального кровообращения - дефиците реактивности и лабильности сосудов, об ухудшении кровенаполнения в бассейнах внутренней сонной и позвоночной артерий, затруднениях венозного оттока из полости черепа. Снижение кровенаполнения сосудов мозга на первых стадиях заболевания носит диффузный, а позднее - более локальный характер.

Данные Эхо-ЭГ косвенно позволяют говорить об изменении у детей обеих клинических групп состояния желудочковой системы мозга (тенденция к расширению третьего желудочка, гипертензионно-гидроцефальной симптоматике).

Данные ЭЭГ [2, 5, 12, 13] свидетельствуют о том, что имеет место задержка формирования соответствующей возрастной биоэлектрической активности мозга; констатируется высокая возбудимость нервной системы, прежде всего глубинных структур головного мозга. Наблюдается снижение частоты основного ритма, появляются очаги патологической медленноволновой активности; характер ЭЭГ-изменений может указывать на заинтересованность мезодизэнцефальных структур мозга.

Итак, описанный клинический синдром свидетельствует о том, что цереброгенез детей с бронхиальной астмой и поражениями миокарда протекает на субпатологическом фоне. При этом в обоих случаях ядром симптомокомплекса является страдание различных уровней субкортикальных структур. Исходя из имеющихся представлений о функциональной роли данных отделов в ходе церебро- и психогенеза [3, 10, 18, 20, 21, 24, 29], становится очевидной необходимость подробного системно-динамического анализа нейропсихологического статуса этих детей.

Нейропсихологическая характеристика обследованных групп.

В онтогенезе у каждой психической функции и функционального звена есть своя программа развития. Она включает этапы относительной дискретности, автономии и генерализации, синхронизации; гетерохронию и фазовые динамические характеристики: это делает необходимым введение коэффициента развития. Для этого в исследовании была использована контрольная группа детей, которую составили 42 учащихся школ г. Москвы в возрасте от 7 до 12 л., не имеющих соматических заболеваний, безотягощенной наследственности. Все эти дети нормально успевали в рамках массовой школьной программы, не имели отклонений в раннем развитии и поведении.

Нейропсихологическое обследование проводилось по стандартной (по А. Р. Лурии) схеме, дополненной рядом сенсibilизированных для детского возраста проб [21]; применялась батарея проб для исследования латеральных - моторных и сенсорных - предпочтений. Кроме того, были привлечены дополнительные методы оценки эмоционального состояния и характеристики основных личностных качеств ребенка. Анализировались данные истории болезни, результаты клинической беседы, а также анамнестические сведения, полученные от лечащих врачей и родителей.

Состояние двигательной и тактильной сферы оценивалось по результатам выполнения проб на динамический, кинестетический праксис, реципрокную координацию движений, перенос поз без зрительного контроля, проб Ферстера и Хэда. Гностические функции исследовались с помощью реалистических цветных предметных изображений, наложенных и зашумленных фигур, сюжетных (целостных и серийных) картинок; слуховой гнозис проверялся в ходе оценки и самостоятельного воспроизведения ритмических структур. Сформированность пространственных представлений оценивалась по результатам копирования фигур Рея и Тейлора и самостоятельных рисунков правой и левой рукой, эффективности выполнения проб Бентона и "слепые часы", 180-градусной перешифровке геометрических изображений.

Продуктивность слухо-речевой и зрительной памяти анализировалась по результатам непосредственного и отсроченного воспроизведения групп и серий слов, рассказов, ряда невербализуемых фигурок, цветной сюжетной картинки. Исследование речевой функции (импрессивной и экспрессивной), наряду с базовыми методами, включало ряд сенсibilизированных тестов для оценки общего словарного запаса и сформированности грамматического строя предложений. Интеллектуальные процессы квалифицировались по способности детей к интерпретации содержания сюжетных картин и рассказов, проведению счетных операций; применялись методы «4 лишний» (вербальный и невербальный варианты), сравнение понятий, простые и сложные аналогии.

Полученные данные подвергались качественному анализу, направленному на выявление первичного дефекта, лежащего в основе наблюдаемых расстройств. Вместе с тем был проведен количественный анализ, включавший параметры частоты и степени выраженности дефицита рассматриваемых функций с учетом коэффициента развития.

Проведенное нейропсихологическое исследование психического статуса детей с ревматическими поражениями миокарда и с бронхиальной астмой выявило у них **специфические деформации онтогенеза мозгового обеспечения ВПФ**. При этом обнаруженные симптомокомплексы имели как общие, так и специфические для каждой группы черты.

Общими характеристиками являлись особенности эмоциональной сферы. В ходе обследования было обнаружено некоторое снижение эмоционального тонуса по сравнению с нормой, флуктуации фона настроения с преобладанием настороженности и страха, эмоциональная неустойчивость. С возрастом возникновение описанных трудностей возрастало, чаще наблюдались невротические реакции на стресс.

Для обеих клинических групп были характерны трудности инициации любого вида деятельности; снижение пластичности, способности к переключаемости; нарушение тонической стороны движения и речи, а также низкая скорость выполнения всех заданий, колебания внимания и повышенная утомляемость, тенденция к микро- и макрографии. В совокупности все перечисленные нарушения имели место у 75% обследованных детей во всех возрастных группах.

Вышеназванные симптомы традиционно относятся к проявлениям дисфункции первого функционального блока мозга - мозговых структур, регулирующих активацию, пластичность и общую энергетизацию, тонизирование психической деятельности. Таким образом, наше исследование подтвердило уже описанный в литературе факт, что *и ревматические поражения миокарда, и бронхиальная астма вредоносно*

сказываются у детей на функционировании глубоинных отделов мозга (стволовых образований и базальных ядер).

Известно, что эти мозговые структуры являются наиболее чувствительными к любым вредным воздействиям. Они первыми созревают в онтогенезе, поэтому и становятся мишенью для любых патогенных факторов. Из-за раннего морфогенеза они практически лишены свойств нейробиологической пластичности, являющихся базой для аутокомпенсации имеющихся дефектов. Любое нарушение нормальной работы детского организма, как показывают многократно полученные нами данные, с неизбежностью сказывается на состоянии этих структур. В случае же тяжелого и длительного соматического заболевания, ведущего к интоксикации организма и гипоксии мозга, это пагубное влияние приобретает усиленный и устойчивый характер.

В обследованных клинических группах описываемые трудности не имели положительной возрастной динамики. Это свидетельствует о “хроническом” препатологическом состоянии субкортикальных структур мозга у этих детей не только актуально, но и в перспективе.

Вместе с тем поразительным оказалось то, что данная недостаточность с точки зрения нейропсихологического статуса принципиально отличается от таковой при аналогичном мозговом дефиците (органическом или функциональном) в детском возрасте. Она актуализирует себя “взрослым” синдромом.

Складывается впечатление, что указанные мозговые структуры на более ранних (пре- и/или перинатальных) этапах онтогенеза претерпевают резкий опережающий скачок в своем развитии с последующим нарастающим регрессом. По-видимому, именно это обстоятельство приводит к парадоксальному явлению: у этих детей не наблюдается тех типичных симптомокомплексов отклоняющегося психического развития, которые характерны для современной детской популяции в целом. Схожие данные были получены нами при пилотажном исследовании детей с лейкозами. И надо признать – они ошеломляют: аналогичное исследование в любой школе или детском саду обнаруживает от 40% до 75% встречаемости явных, повторяющихся дизонтогенетических синдромов. Здесь же было обследовано (с учетом детей с лейкозами) более 200 человек и ни в одной из этих групп не было обнаружено сколько-нибудь грубых “традиционных” вариантов отклоняющегося развития!

Иными словами, при наличии тяжелого соматического заболевания (что зачастую приводит к условиям, несовместимым с жизнью) “рано повзрослевшие” субкортикальные структуры мозга перестают играть центральную роль в формировании специализации мозга и межполушарного взаимодействия [18, 20, 21, 29 и др.], как это происходит при иных вариантах психического развития. Напротив, их основным, исключительным назначением становится обеспечение основных адаптивных, витальных механизмов жизнеобеспечения. *Этот факт представляется чрезвычайно важным в решении проблем саморегуляции и самоорганизации мозга как глобальной энергоинформационной системы, под эгидой которой находится вся иерархия психосоматических систем человека.*

Подтверждение или опровержение данной гипотезы требует направленного неонатального анализа. Ее обсуждение, очевидно, выходит за рамки тематики данной работы и должно вестись с учетом тех разнообразных явлений, которые обнаруживаются при анализе работы мозга человека в различных стрессогенных обстоятельствах. Ведь широко известно, что, например, во время войны исчезали многие (в том числе, нервно-психические) заболевания. Совокупность этих фактов безусловно ждет своего объяснения, поскольку за ними стоит загадка перераспределения мозгом ресурсов накопления и истощения адаптивных механизмов (на нейробиологическом и/или психологическом уровнях). Пока же мы можем констатировать объективно установленный феномен: у детей с тяжелой соматической патологией имеет место отчетливое перераспределение основных онтогенетических адаптивных ресурсов мозга и специфический характер взаимодействия механизмов его пластичности.

Как уже отмечалось, в зависимости от исходного заболевания нейропсихологически было обнаружено два различных, специфических симптомокомплекса недостаточности формирования ВПФ.

1. У детей с бронхиальной астмой на фоне сохранных двигательных, гностических и оптико-конструктивных функций на первый план выступали дефекты памяти, речи и мышления. Страдание мнестических процессов наблюдалось как в слухо-речевой, так и в зрительной модальности. Однако эти дефекты не были однородными. Дефицит зрительной памяти и по выраженности, и по частоте встречаемости носил невыраженный характер, актуализируясь прежде всего в звене отсроченного воспроизведения.

В то же время экфория слухо-речевых следов была недостаточна и при непосредственном, и при отсроченном воспроизведении; дефекты при этом носили выраженный характер и наблюдались практически у всех детей. Амнестический радикал включал в себя, прежде всего, нарушения избирательности в виде парафазий, неудержания порядка эталонных стимулов, контаминаций. Одновременно имело место отчетливо выраженное патологическое влияние интерферирующих воздействий на прочность хранения вербального материала; особенно явно это проявлялось при влиянии гомогенной интерференции.

При сохранности базовых компонентов речи у детей с бронхиальной астмой обращало на себя внимание наличие некоторых трудностей в грамматическом и синтаксическом ее оформлении, недостаточно сформированный активный словарный запас и развернутость самостоятельного речевого высказывания.

Тесно связанные с речью и памятью интеллектуальные процессы также не соответствовали возрастным нормативам. Результаты обследования позволяют говорить о некоторой задержке (1,5-2 г.) формирования понятийного и абстрактно-логического мышления у этих детей по сравнению со здоровыми сверстниками. В особенности были очевидны трудности в 7-8 л.; в этом же возрасте обнаруживали себя дисграфические и дислексические явления, связанные с недостаточной сформированностью фонетико-фонематического анализа; хотя следует отметить, что последнее не носило выраженной формы.

Описанные мнестическая, речевая и интеллектуальная недостаточность с возрастом элиминировалась. Если в 6-7 л. указанный симптомокомплекс актуализировался в полной мере, в 9-10 - носил сглаженный характер, то в 12-13 лет он нивелировался практически полностью. Однако нельзя не отметить определенную нейропсихологическую акцентуацию, стабильно характеризующую этих детей, - снижение инициации и темпа речевой и мнестической деятельности, тенденцию к упрощению извне заданной программы и колебания функции произвольного самоконтроля.

Анализ полученных результатов, в связи с утвердившимися в нейропсихологии представлениями [11, 15, 16, 17, 18, 22, 26 и др.], позволяет говорить о том, что *при бронхиальной астме в декомпенсированном состоянии у детей оказываются лобно-височные структуры левого полушария. Учитывая возрастную динамику описываемого симптомокомплекса, можно говорить о псевдопроцессуальном характере функциональной недостаточности вышеуказанных отделов мозга.* Однако можно полагать, что задержка функционального становления левого полушария прогностически может не пройти бесследно и может стать негативной базой для дальнейшего развития индивидуально-личностных особенностей (познавательных и эмоциональных) этих детей.

2. У детей с кардиопатологией также наблюдались особенности онтогенеза познавательных процессов, однако они носили качественно иной характер, чем у детей с бронхиальной астмой. Здесь на первый план выступали трудности в мнестической и оптико-пространственной сферах.

Нарушения памяти проявлялись исключительно в звене непосредственного воспроизведения как слухо-речевого, так и зрительного материала. Амнестический радикал был связан с нарушением фактора структурирования, независимо от модальности и степени смысловой организации эталона. При полной сохранности объема и прочности памяти у этих детей наблюдалась невозможность удержания порядка внутри стимульного ряда; постоянные пространственно-временные и сюжетно-смысловые перестановки. Многочисленные параграфии, контаминации и реверсии резко снижали эффективность зрительной памяти.

Дефицит пространственных представлений состоял в обилии метрических и структурно-топологических ошибок, что проявлялось в невозможности целостного изображения предъявляемого образца актуально и на следах памяти. Рисунки и копирование этих детей носили пофрагментарный характер; не связанными между собой могли оказаться различные элементы изображения, нарушалась оценка расстояний, углов и пропорций, феноменологически близкими оказались ошибки при проведении счетных операций.

Описываемый симптомокомплекс [11, 16, 18, 20, 21, 22 и др.] рассматривается как *проявление недостаточности правого полушария мозга. Анализ возрастной динамики имеющегося дефицита показал, что так же, как и при бронхиальной астме, он носит псевдопроцессуальный характер.* К 12-13 гг. описываемая несостоятельность ВПФ полностью исчезает.

Это обстоятельство позволяет утверждать, что наблюдаемая симптоматика у детей с кардиопатологией, (как и в случае бронхиальной астмы), возникает не вследствие дефицита самого правого полушария, а как результат негативного действия на него факторов церебральной декомпенсации. И хотя внешне картина стала благополучной, в процессе дальнейшего развития "правополушарная" акцентуация может сказаться в познавательной и личностной акцентуации этих детей.

Заключение

Нейропсихологический анализ психического развития детей 6-14 л. с ревматическими пороками сердца и бронхиальной астмой позволяет говорить о том, что формирование мозговой организации ВПФ у них протекает иначе, чем в норме и при других вариантах отклоняющегося развития, описанных в нейропсихологии детского возраста. В условиях нормального онтогенеза развитие мозга стремится к поэтапному закреплению иерархии дифференцированных подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий. Каждая зона мозга привносит в этот системно-динамический процесс свой специфический вклад, постоянно видоизменяющийся в зависимости от возрастного периода и востребованности к ребенку извне. Влияние изучаемых хронических соматических заболеваний искажает протекание этих закономерностей.

Это связано с двумя обстоятельствами:

- специфическим патологическим состоянием субкортикальных образований мозга в обеих клинических группах;
- специфическими для каждой нозологической подгруппы задержками становления функциональной специализации полушарий мозга: правого - при пороках сердца и левого - при бронхиальной астме.

Какие нейробиологические, социальные и/или ятрогенные факторы определяют возникновение описанных сочетанных синдромов, требует дальнейших междисциплинарных исследований. Однако уже сегодня полученные результаты позволяют говорить *о деформации процессов кортикализации и межполушарного обеспечения психической деятельности у детей с кардиопатологией и бронхиальной астмой*. Возникновение противоположно латерализованных нейропсихологических симптомокомплексов требует дальнейших исследований и специального обсуждения. Полученные в настоящей работе данные коррелируют с результатами В. Аршавского и В. Ротенберга [1]. Они установили высокую зависимость возникновения болезней органов дыхания с правополушарным типом доминирования (т. е. меньшей функциональной активностью левого полушария). Напротив, заболевания сердечно-сосудистой системы соотносятся с левополушарной доминантностью, а, следовательно, с низким уровнем функционирования правого полушария у взрослых пациентов.

В данном же описании представляется важным акцентировать другой ракурс проблемы. Обнаруженные латерализованные психосоматические эффекты для их полноценного осмысления, очевидно, требуют анализа не только в клинко-психологическом (онто- и филогенетическом), но в общем нейробиологическом аспектах. Иными словами, необходимо в первую очередь ответить на вопрос: «В какую психосоматическую функциональную систему включены органы дыхания и сердце, если их патология в детстве приводит, к декомпенсации, соответственно, левого и правого полушарий мозга?».

То, что дыхание в процессе фило- и онтогенеза становится базисом для вокализации и, позже, рече-производства - факт широко известный [3, 15, 16, 20, 21, 22, 25, 26, 29]. Выявленный левополушарный симптомокомплекс у детей с бронхиальной астмой может быть рассмотрен как один из компонентов повреждения целостной функциональной системы, психосоматической оси, церебральная организация которой начинается от мотонейронов грудного ганглия и оканчивается левым полушарием головного мозга.

Церебральная организация деятельности сердца обеспечивается вегетативной нервной системой, включающей разноуровневые сегменты спинного мозга, ствол и гипоталамус. Особые взаимодействия сердца и мозга актуализируются в том, что при специальной математической обработке язык мозга (энцефалограмма) и язык сердца (кардиограмма) могут быть «переведены» с одного на другой. Общеизвестно, что именно гипоталамо-диэнцефальные структуры интимно связаны с работой правого полушария мозга [2, 10, 13, 18, 20, 21, 25, 26, 29]. Но главное в фило- и онтогенезе данной психосоматической оси, очевидно, состоит в другом. Ряд сенсационных исследований [7, 30] последних лет прямо свидетельствует о том, что сердечно-сосудистая система является высокоорганизованной структурой, обладающей «собственным мозгом (мозгом сердца) и собственным сердцем (сердцем сердца) и имеет собственную волноводно-гемодинамическую связь, которая управляет траекторией движения информационно-энергетических упаковок по сосудам». Экспериментально было доказано, что внутренняя поверхность миокарда – «...это множество сердец, каждое из которых служит определенному органу», в том числе имеет место такое «минисердце» головного мозга. Иными словами, авторы утверждают, что сердце не просто помпа, перекачивающая и перегоняющая литры крови. Оно является формоорганизующей структурой внутреннего пространства человека.

Но именно правое полушарие мозга является доминантным по отношению к соматогнозису (телесности) человека и большинству пространственных представлений о внешнем мире [11, 16, 18, 20, 21, 22, 26, 29 и др.]. Таким образом, можно предполагать, что диада «сердце - правое полушарие» - это составные звенья целостной функциональной системы, обеспечивающей человеку иерархически организованную симультанную обработку структурно-топологических, метрических, ритмологических и иных пространственно-временных параметров целостного образа себя во внешнем мире и мира в себе.

Полученные данные заставляют задуматься над вопросом о влиянии обнаруженных синдромов на актуальное и последующее развитие детей. Можно предполагать, что психический онтогенез, протекающий на фоне кардиопатологии и бронхиальной астмы, будет закономерно стремиться к актуализации и фиксации различных типов нейропсихологической акцентуации. Это влияние, очевидно, будет отражено и в специфике феномена алекситимии - центрального в психосоматической парадигме [19, 23, 28].

Проведенный анализ позволяет прогнозировать, что ядром нейропсихологических предпосылок дизадаптации детей с пороками миокарда станет, прежде всего, повышенная чувствительность к изменениям внутренней и внешней среды и снижение помехоустойчивости ВПФ. Характерным для них окажется тенденция к искажению пространственной и ритмологической организации восприятия и хранения посту-

пающей извне и изнутри информации любой модальности и уровня организации (эмоциональной, жестомимической и интонационно-мелодической, лицевого и соматогнозиса и т. п.). Специфичным - замедление и/или блокирование перевода перцептивных образов в вербальные коды, поскольку именно правое полушарие контролирует инициацию процессов межполушарного взаимодействия.

В то же время у детей с бронхиальной астмой дефицитным, в первую очередь, окажется процесс становления и присвоения культурального опыта, способов речевого, знаково-символического опосредствования и функций сличения индивидуальной продукции с социальными эталонами. Естественно, такое функциональное обкрадывание самым негативным образом скажется на всех без исключения сферах психической деятельности. И прежде всего – на уровне наиболее энергоемких структур психики человека: произвольной саморегуляции, целеполагании и самоконтроле.

Очевидно, названные первичные механизмы будут актуализироваться не изолировано, а во взаимодействии, интерферируя и взаимно усугубляя друг друга. Тем более что каждый из описанных патогенных факторов сочетается (и будет сочетаться) в описываемых нозологических группах со снижением общей энергетики, тонических и нейродинамических параметров психической деятельности.

Поскольку нейропсихологический подход имеет в своем арсенале богатый дифференциально-диагностический и реабилитационный опыт, его внедрение будет способствовать более углубленному подходу к проблемам этих детей, их клинко-психолого-педагогическому сопровождению и выбору адекватной базовой мишени и этапов абилитационного и коррекционного воздействий. Это актуально еще и потому, что у соматически здоровых детей, имеющих в роду больных астмой или кардиопатологию (равно, как и эндокринопатию), достаточно часто наблюдается отчетливая задержка функционального становления, соответственно, левого и правого полушарий мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский В. В. Межполушарная асимметрия в системе поисковой активности. В., ДВО АН СССР, 1988.
2. Ахундова Ф. Д. Поражение нервной системы при кардиальной патологии детского возраста. М., Здоровье, 1973.
3. Бадалян Л. О. Детская неврология. М., Медицина, 1984.
4. Балаболкин И. И. Бронхиальная астма у детей. М., Здоровье, 1985.
5. Бажина О. И. Состояние БАГМ у детей, больных бронхиальной астмой. К., Здоровье, 1989.
6. Бендет Я. Н., Морозов С. М. и др. Психологические аспекты реабилитации больных после хирургического лечения пороков сердца // Кардиология, т. 20, № 6, 1980.
7. Гончаренко А. И. Пространство сердца как основа сверхсознания // Сознание и физическая реальность, т. 2, № 3, 1997.
8. Горбачева Л. И., Мягкова Е. А. и др. Клинические проявления церебральных нарушений при бронхиальной астме у детей // Вопросы патогенеза и клиники аллергических заболеваний, № 4, 1972.
9. Горячева Т. Г. Психологические проблемы больных, оперированных по поводу врожденного порока сердца. М., Медицина, 1989.
10. Глубинные структуры мозга и поведение. Е., АМН АССР, 1985.
11. Котик Б. С. Межполушарное взаимодействие у человека. Р-Д., РГУ, 1992.
12. Кремнева Л. Ф. Нервно-психическое развитие детей с врожденными пороками сердца // Педиатрия, № 6, 1973.
13. Кутин Л. Ф. Диагностика и лечение неврологических нарушений у детей с бронхиальной астмой. Автореф. дисс... канд., 1990.
14. Лебединский В. В. Аномалии психического развития у детей. М., МГУ, 1987.
15. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., МГУ, 1972.
16. Мозг (Под ред. Д. Хьюбела). М., Мир, 1982.
17. Мозг и память, М., МГУ, 1975.
18. Нейропсихология сегодня (Под ред. Е. Д. Хомской). М., МГУ, 1995
19. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., МГУ, 1988
20. Семенович А. В. Нейропсихология детского возраста. И., УдГУ, 1996.
21. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., Академия, 2002.
22. Симерницкая Э. Г. Мозг и психические процессы в онтогенезе. М., МГУ, 1985.
23. Спрингер О., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг. М., Мир, 1983.
24. Телесность человека (Под ред. В. В. Николаевой). М., МГУ. 1991.
25. Хризман Т. П. Развитие детского мозга. Л., Наука, 1973.
26. Шеперд Г. Нейробиология. М., Мир, 1989.

27. Cerebral Dominance. Ed. by N. Geschwind. Cambridge, 1984.
28. Donders A. et al. Neuropsychological functioning of hydrocephalic children // J. of Clin. and Exp. Neuropsych., v. 13, N 4, 1991
29. Fritz K. et al. Childhood asthma // Psychosomatics, v. 24, N 11, 1983.
30. Brain lateralization in children. Ed. by Dennis et al., N. Y., 1994.
31. Marinelli R., Furst B. et al. The Heart is not a Pump // The Center for Frontier Sciences., v. 5, N 1, 1995.

А. А. Северный, Н. М. Иовчук

НЕКОТОРЫЕ ГИПОТЕЗЫ ПО ПОВОДУ ОДАРЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Современная ситуация в системе школьного образования в России характеризуется все большим многообразием предлагаемых детям и их родителям форм и методов обучения - как в сфере негосударственного образования, которое, однако, не обрело еще достаточно определенного статуса, так и в государственной школе, позиции которой, хотя и поколеблены, а рамки все более размываются, но которая все же остается доминирующей, а в провинции практически монопольной структурой.

Однако, при всем отмеченном многообразии прослеживается одна совершенно отчетливая тенденция: подавляющее большинство новых форм образования ориентировано на элитный, высокоинтеллектуальный, желательно максимально одаренный слой детского населения, работа с которым позволяет, с одной стороны, в лучших образцах, воплотить в жизнь новые прогрессивные образовательные технологии, а с другой стороны, в большинстве школ, не обладающих ни новыми идеями, ни соответствующими кадрами, повысить престиж посредственных учебных заведений, претендующих на статусы гимназий, лицеев, колледжей и, соответственно, - на особое финансовое обеспечение, благожелательное внимание со стороны органов управления образованием, спонсоров, зарубежных инвесторов и т. п. Подобные учреждения всеми правдами и неправдами стараются избавиться от тех детей, которые представляются педагогам не соответствующими по своим способностям и возможностям требованиям интенсивного обучения или, скорее, потребности педагогического коллектива повысить статус своей школы. Такая практика привела к отсевам из школ массы учащихся на разных ступенях обучения, препятствию к поступлению в школу детей, не прошедших произвольно вводимые конкурсные отборы, что заставляет различные государственные органы принимать административные и даже законодательные, меры к ограничению подобной практики.

Однако последствия данного разгула, так сказать, педагогического волюнтаризма не только сказываются отрицательно на тех, кто оказался выброшенным за ворота школы, но отнюдь неясны и, несомненно, не всегда благоприятны и для тех, кто попал в число «счастливчиков», принятых в элитное учебное заведение. Что мы имеем в виду? Речь идет о целом ряде организационно-методических и концептуальных факторов, не учитываемых в нынешней системе элитного образования, активно стремящейся привлекать одаренных детей. В первую очередь, остается неясным вопрос, что такое собственно одаренность, без ответа на который сама возможность создания специальных методик для ее выявления становится, естественно, весьма проблематичной.

В связи с этим, опираясь на многолетний опыт работы в гимназии, куда поступающие в 1-й класс отбираются по специальным тестовым заданиям, где школьники обучаются по особым усиленным и развивающим программам и где весьма высока насыщенность учебного времени, требующая от детей значительного интеллектуального напряжения, мы попытаемся высказать некоторые гипотезы по указанным проблемам, с тем чтобы придать, может быть, несколько иное, отличное от рутинного, направление в исследовании проблемы одаренности. Сразу же оговоримся, что не предполагаем приводить какие-либо научно выверенные доказательства в подтверждение высказываемых положений, поскольку они возникли как интегративное осмысление эмпирического опыта и их доказательство (или отвержение) как раз и может стать темой исследований для тех, кто увидит в них какой-то смысл.

Почему предпринимавшиеся до сих пор, в том числе нами, попытки определения одаренности не получали завершенности и не удовлетворяли ни самих авторов таких определений, ни аудиторию? Очевидно, потому, что все эти определения брали за основу не саму одаренность как психический, личностный феномен, а то, что она продуцирует, т. е. ее проявления, результат. И сразу возникала мучительная неопределенность, какой же результат проявления одаренности заслуживает того, чтобы быть награжденным этим орденом.

В то же время, если проанализировать сам интрапсихический процесс создания творческого продукта, процесс творчества, вдохновения, творческого озарения, который оказывается для данной личности выходящим за рамки ее обыденных возможностей, то окажется, что этот процесс представляет собой особое

состояние сознания, не имеющее аналогов ни в нормальной, ни в патологической психологии. Какова же феноменология этих состояний?

1. В момент творческого подъема, вдохновения возникает определенная степень дереализации, или аллопсихической деперсонализации, т. е. более или менее глубокого отчуждения личности от окружающей действительности. Сохраняя полную сенсорную восприимчивость, индивид существует как бы параллельно с реальностью, резко ограничивая круг реакций на происходящее. Таким образом, можно говорить о некотором сужении круга сознания в связи с углублением в собственный внутренний мир, где активно создается та или иная творческая продукция.

2. Это состояние сопровождается, как и всякая деперсонализация, особым аффектом (изменением эмоционального фона), который не имеет на сегодняшний день характеристики, во всяком случае не подпадает ни под один вариант из описанных в нормальной психологии или психической патологии. Можно лишь сказать, что это напряженный (слегка взбудораженный?), субъективно позитивный (приятный) эмоциональный фон, как правило, не проявляющийся вовне изменением поведения, реагирования вследствие указанного выше «ухода в себя» - дереализации и сужением круга сознания.

3. Это состояние возникает внезапно и изначально спонтанно (компульсивно, насильственно) и так же исчезает. Его длительность и частотность чрезвычайно вариабельны как межперсонально, так и у одного и того же индивида (у кого-то - раз в жизни, у кого-то почти ежедневно или определенными периодами, фазами, и др.). Но уже здесь мы можем предположить одно из количественных отличий таланта, гения от «просто» одаренного, способного, т.к. у первого такие состояния должны возникать с большей частотой и продолжаться дольше. Однако, спонтанность этих состояний относительна, и порой субъект может провоцировать их возникновение с помощью сугубо индивидуально найденных способов (алкоголь, наркотики, секс, физическое напряжение, воспроизведение особой внешней обстановки или особого физического комфорта, сюда же относится психофизическая техника К. С. Станиславского и др.). Возможно, отсюда становится понятней высокая распространенность различных «вредных привычек» среди талантливых людей, что, принимая такую точку зрения, уже далеко не всегда должно трактоваться как проявление психической патологии, как это делается до сих пор. Потребность в такого рода «стимуляторах вдохновения» особенно высока у тех, кто в силу специфики труда должен вызывать его «по заказу» в определенное время и в определенном месте (актеры, хирурги и т. п.).

4. Для субъекта, пережившего состояние вдохновения, его результат, во-первых, неожидан (вспомним - «Ай, да Пушкин, ай, да сукин сын!»), во-вторых, мало или совсем не значим (что не означает, что индивид не оценивает позже значения этого результата в общественном плане), в-третьих, в определенной мере отчужден от самого субъекта, который сам, по миновании указанного особого состояния, воспринимает его результат как нечто необычное, не воспроизводимое в обычном состоянии.

5. Это состояние вызывает резкую активизацию того или иного вида психической деятельности с позитивным продуктивным результатом, т. е. активизацию того, что можно назвать «предметной одаренностью».

6. Наконец, последнее свойство данных состояний состоит в том, что они в силу особой субъективной приятности могут приобретать характер навязчивого влечения, что опять же вызывает поиск средств для их провоцирования. Очевидно, именно данное явление относится к тому, что мы называем потребностью творчества, т. е. стремлением, в первую очередь, пережить особое состояние сознания, а лишь во вторую, и не обязательно, получить социально значимый результат.

Все перечисленные признаки характеризуют то, что мы можем назвать «базисной одаренностью», т. е. способностью индивида переживать особые состояния сознания, сопровождающиеся специфическим изменением эмоционального фона и вызывающие резкую активизацию «предметной одаренности».

«Предметная одаренность» - это способность индивида продуцировать новые для него знания и умения, выходящие за рамки индивидуального опыта в широком смысле.

Можно с большой долей вероятности предположить, что эти два феномена, будучи тесно связаны между собой, могут существовать и друг без друга у того или иного субъекта. Т. е. при наличии «базисной одаренности» без «предметной» мы имеем личность, внезапно, эпизодически и блестяще проявляющую себя в разных областях знаний и умений, но не способную создать нечто новое в какой-то определенной узкой области и обладающую высоким риском зависимости от различных химических и средовых модуляторов сознания (алкоголь, наркотики, азартная игра и т. п.). При обратном соотношении мы имеем тех, кого называют «способными», т. е. обладающими высокими природными задатками в той или иной области знаний, деятельности, но не способными «прыгнуть выше головы», создать субъективно новое качество, выходящее за рамки обученности.

Принимая изложенную гипотезу мы можем понять одну из наиболее частых и значимых причин нереализации детьми проявляющих у них задатков одаренности. Само понимание одаренности как определенного результата деятельности диктует соответствующую педагогическую тактику, которая в подавляю-

щем большинстве случаев направлена именно на достижение результата, в то время как для индивида, особенно ребенка, не способного интериоризировать (принять как глубоко свое) социальную значимость результата, важен не он, а описанное выше субъективно приятное состояние, сопровождающее творческий процесс. Вызывая у ребенка отрицательный рефлекс к деятельности в случае негативной оценки (и соответствующего «давления» на него) его результата, мы вместо развития творческой потребности в описанном выше смысле вызываем инстинктивное подавление состояний творческого подъема. Здесь можно привести, возможно, не совсем корректное, но достаточно яркое сравнение с алкогольной зависимостью, которая также носит характер особого влечения к особым состояниям сознания. Так, все основные способы лечения алкоголизма связаны с выработкой отрицательной рефлексорной связи (например, провоцируя рвоту) с процессом питья, чем порой удастся достичь отказа от употребления алкоголя. Делая ставку на достижение результата, мы рискуем вызвать обрыв творческого «запоя». В то время как основной задачей работы с одаренными детьми должно быть закрепление и стимуляция позитивного эмоционального сопровождения творческого процесса (вне зависимости от его результата, который - на 90% «от бога» и лишь на 10% от обученности) и поиск индивидуальных средств его провоцирования, конечно, помимо вредных здоровью.

Следующей возможной причиной снижения творческих проявлений у детей по минованию определенного возраста может быть онтогенетический фактор формирования и проявления одаренности. Данный онтогенетический фактор имеет двойное выражение: видовое и индивидуальное.

Видовое онтогенетическое выражение характеризуется тем, что в различные возрастные периоды становления личности ребенка и подростка темп психического развития и соответственно проявлений природных способностей в норме крайне неравномерен: скачки, бурное развитие чередуются с «плато» и даже с некоторым угасанием, как бы регрессом способностей, с тем чтобы вновь смениться, правда не всегда, новым скачком. Эта универсальная онтогенетическая закономерность может проявляться с большей или меньшей отчетливостью, но выражена практически всегда и, возможно, тем ярче, чем более одарена детская личность. Таким образом, не учитывая данной закономерности (а у нас нет адекватного инструмента для ее учета), мы рискуем многократно ошибаться при диагностике проявлений способностей, тем самым создавая предпосылки для дизадаптации как одаренных детей, так и детей со средними способностями, которые на момент тестирования оказались на пике возрастного индивидуального развития, а в дальнейшем, по мере взросления и одновременного нарастания предъявляемых учебных требований, становятся неспособными соответствовать этим нагрузкам.

Индивидуальное онтогенетическое выражение динамики проявления одаренности заключается в том, что, очевидно, каждая личность несет в себе генетически запрограммированные возрастные сроки максимума этих проявлений, причем, как показывает изучение биографий многих выдающихся деятелей искусства и науки, эти сроки могут колебаться в колоссальных пределах - от детских лет до самого зрелого возраста. Неучет этого феномена может приводить как к гипо-, так и к гипердиагностике одаренности, создавая тем самым предпосылки неадекватного отношения к данному конкретному ребенку и его возможной дизадаптации. Таким образом, если в 5 л. ребенок решает алгебраические задачи и самостоятельно выучился играть на арфе - это вовсе не обязательно означает, что он будет гениальным математиком и музыкантом. Вполне возможно, что именно к 5 годам он достиг генетически запрограммированного максимума проявлений своих способностей и в дальнейшем постепенно сольется с основной массой детей, которая обучится алгебре в усредненные, нормальные сроки. Но наше дальнейшее форсирование требований к данному ребенку, наша гиперпротекция с большой долей вероятности приведет его к той или иной форме декомпенсации.

С примерами подобного рода неоднократно приходится сталкиваться в процессе консультирования школьников в одной из элитных государственных гимназий г. Москвы, когда в процессе обучения с нарастающими требованиями к интеллектуальной и творческой деятельности учащиеся, принятые в свое время по признаку максимального для их возраста проявления способностей, с трудом осваивают предложенную программу и на фоне тех или иных пограничных психических нарушений идеи собственной несостоятельности или идеи обвинения окружающих в неправомерно негативном к ним отношении играют доминирующую роль в их переживаниях. Подобную угрозу несет и слишком ранняя специализация в обучении, если, к примеру, учащийся с общим высоким интеллектуальным и творческим уровнем вынужден уже в 14 лет выбирать то или иное узкопрофильное обучение, которое оказывается очень трудно переменить, когда к последним классам школы у него пробуждается и начинает активно требовать реализации одаренность совсем другого направления. Правда, в данной гимназии, и этот опыт полезен для всех средних учебных заведений в связи с повсеместным введением профильного обучения в 10-11 классах, учащиеся могут в течение 2 лет (8-9 классы) менять профилизацию углубленного обучения. Но и в таком случае нам пришлось сталкиваться с декомпенсациями, связанными с «запоздалым» проявлением способностей в той или иной области знаний.

Наконец, несомненную роль играет феномен, обозначаемый нами как подростковый «кризис мотивации», смысл которого объясняется следующим образом. У ребенка, в силу несформированности многих аспектов самосознания, мотивация к деятельности, в первую очередь познавательной, за редким исключением не интериоризирована, а является индуцированной за счет различных средовых влияний, прежде всего со стороны семьи. В подростковом периоде, когда окончательно формируются все аспекты самосознания, происходит и интериоризация мотивации с выработкой собственных неосознанных или осознаваемых механизмов потребности в различных видах деятельности, в том числе познавательной, творческой (созидательной в индивидуальном смысле) и т. п.

Однако, при нарушении по ряду причин (конституциональных, средовых, патологических) процесса развития, т. е. при определенном искажении онтогенеза в виде парциальной инфантильности, созревание собственной мотивационной сферы запаздывает, и одновременно, по хорошо известным механизмам пубертатного периода (оппозиция, эмансипация), происходит отвержение индуцированной мотивации. Таким образом, на определенное более или менее длительное время (порой на несколько лет) индивид оказывается вне индивидуального деятельностного мотивационного поля. Подросток внезапно, без видимых внешних причин утрачивает интерес ко всякой продуктивной деятельности, сохраняя все свои природные задатки. Внешне это выглядит как спонтанный дефицитарный процесс, который вызывает, прежде всего, подозрение на начало психического заболевания. Однако ни тщательное обследование, ни последующее наблюдение не дают оснований для диагностики. И, что самое неприятное, нам пока что не удалось найти действенных методов для коррекции данных состояний. Как непатологические они не подлежат какому-либо лечению, тем более лекарственному, но и чисто психологические или психотерапевтические в различных видах (средовые, семейные, индивидуальные) подходы оказываются малоэффективными.

Естественно, подростковый «кризис мотивации» присущ не только одаренным детям, но именно у них он проявляется наиболее ярко и воспринимается окружением наиболее болезненно в силу контраста с предшествующим блестящим развитием и высокими творческими достижениями ребенка.

Наконец, важнейший и практически не учитываемый фактор при отборе и в процессе обучения в элитных заведениях - фактор индивидуальных личностных особенностей одаренного ребенка. С одной стороны, хорошо известно еще со времен Чезаре Ломброзо, что одаренность зачастую тесно спаяна с той или иной формой личностных отклонений или психической патологии. С другой же стороны, в современной школе отсутствует адекватная система медико-психологической поддержки детей с теми или иными отклонениями и коррекции их декомпенсаций. А необходимость подобной службы выясняется уже на этапе отбора детей в элитную школу.

Мы здесь не будем говорить о том, что сама методика тестирования при отборе выявляет в основном не уровень природных задатков, т. е. не предпосылки одаренности, а уровень достижений, т. е. предпосылки обучаемости. Это тема особого исследования. Речь о том, что при проведении отбора неучет личностного фактора оставляет за бортом подобной школы тех, кто в силу особенностей реагирования или поведения либо не смог проявить свои достижения, либо показался слишком «странным», необычным, заранее пугающим учителей будущими трудностями его воспитания, дисциплинирования. Предпочтение отдается детям, демонстрирующим хорошую обученность и легко управляемым. Лишь благодаря постоянному присутствию при отборе детского психолога и психиатра и возможности их своевременной поддержки в той гимназии, о которой идет речь, удастся принимать на интенсивное обучение и тех одаренных детей, кто, с точки зрения учителей, к нему непригоден.

В процессе обучения фактор личностных особенностей (в т.ч. патологических отклонений) играет решающую роль в возникновении учебной декомпенсации. Причем в различных возрастных группах преобладают (по обращаемости) различные расстройства.

В младших классах наибольшую проблему составляют дети с особенностями, объединяемыми в современных классификациях под рубрикой гиперкинетических расстройств (МКБ-10). Как показывает наш опыт, подобное объединение недостаточно правомерно, прежде всего потому, что не дает опорных точек для дифференцированной терапии и поведенческой коррекции подобных состояний. В каждом отдельном случае здесь необходима тщательная дифференцировка, прежде всего с гипоманиакальными расстройствами, поскольку, в частности, и лекарственная терапия, и социотерапевтические, и педагогические подходы при собственно гипердинамическом синдроме как проявлении минимальной мозговой дисфункции, с одной стороны, и коррекция конституциональной гипертимии или гипомании, с другой, принципиально различны. Следующая по частоте обращаемости - группа детей с нарушениями круга церебральных (по МКБ-10, «Другие органические расстройства личности и поведения...»). В отношении данной группы очень важна ранняя диагностика и профилактические социокоррекционные и педагогические мероприятия, позволяющие предупредить декомпенсацию, возникающую вследствие истощаемости, появления и учащения головных болей и т. п. В коррекции основную роль играют щадящий режим, индивидуальный

подход, дозирование учебных нагрузок.

Вообще, следует подчеркнуть, что ранняя психолого-психиатрическая диагностика (на основе соответствующего психометрического скрининга) представляет собой главную задачу и основную базу профилактики декомпенсации при интенсивных формах обучения. Это относится в особенности к третьей группе детей, в основе декомпенсации которых лежат своеобразные личностные особенности, в первую очередь, шизотимического типа. Речь идет о детях глубоко сензитивных, легко тормозимых при малейшем изменении ситуации, в особенности в ситуациях контроля, трудно входящих в контакт, узко избирательных в своих привязанностях, инстинктивно отвергаемых детским коллективом и вследствие этого легко дающих невротические расстройства с различными проявлениями. Эти дети, нередко высоко одаренные, при отсутствии соответствующего индивидуального подхода могут быстро декомпенсироваться в учебном плане и вследствие присущей им, как правило, гиперсоциальности в сочетании с характерной для их семей гиперпротекцией начинают избегать в той или иной форме школьных нагрузок - вплоть до формирования состояния «школьной фобии». В коррекционном плане здесь особенно важна психотерапия, разработка индивидуального подхода в обучении и семейная терапия с целью формирования адекватного отношения к ребенку как со стороны педагогов, так и со стороны родителей.

В средних классах (12-14 лет) наиболее частую проблему составляют ранние проявления патологически протекающего пубертатного криза со всеми присущими ему и хорошо известными характеристиками. Следует сказать, что эти особенности в определенной мере подчеркиваются теми возрастными закономерностями проявлений индивидуальных способностей, о которых мы говорили выше, поскольку именно в этом возрастном периоде проявления и реализация природных задатков как бы затормаживаются и порой даже регрессируют, в то время как учебные требования все более нарастают. После 9-10 лет дети как бы утрачивают в значительной массе тот ранний общий фон высоких способностей, их возможности как бы усредняются, а до нового всплеска, появления очерченных продуктивных интересов и их реализации еще достаточно далеко. Правда, в раннем пубертатном периоде возможно появление тех или иных интересов, мировоззренческих увлечений, которые могут приобретать даже сверхценный характер, но они чаще лежат вне сферы продуктивной учебной или другой творческой деятельности. Именно на этом этапе (6-8 классы) наиболее часты учебные декомпенсации и угроза отсева из школы учащихся, оказавшихся неспособными в силу личностных и средовых причин обучаться в массовой школе.

Может показаться парадоксальным тот факт, что именно из данной возрастной группы наименее часты обращения к психологу и психиатру гимназии. Однако это имеет понятные как психологические, так и организационные корни. С одной стороны, проявления пубертатных расстройств в представлении и педагогов, и родителей носят как бы не патологический, а исключительно личностный характер, т. е. не входят в компетенцию специалистов, а должны корректироваться лишь воспитательными мерами. С другой, для подростка с его неустойчивым, амбивалентным внутренним миром обращение к психологу (психиатру, что для него безразлично), работающему в школьном коллективе, требует преодоления мощного психологического барьера, связанного со страхом обнаружения особенностей своей душевной жизни, со страхом обнаружения у себя каких-то психических отклонений, со страхом оказаться «инаким», выпадающим из своей референтной группы.

Следует указать еще на одно свойство индивидуальности, формирующееся у большинства учащихся элитных заведений, - это высокий уровень ориентированности на успех, на выполнение взятой на себя социальной роли (что в корне отличает их от учеников обычной массовой школы). Причины этого видятся и гиперпротективном воздействии со стороны семьи, и в постоянном пребывании в ситуации ответственности и контроля (бесконечные контрольные, проверки всех уровней, от классного до городского, олимпиады, интеллектуальные и творческие марафоны), и в собственном стремлении к реализации своих осознаваемых высоких задатков. Но с данным радикалом гиперсоциальности близко соседствует и присущий многим (до 80% старшеклассников) высокий уровень тревожности, очевидно, связанной с постоянными опасениями собственного несоответствия предъявляемым требованиям, отсева из престижного учебного заведения, неприязни в связи с этим со стороны близких. Подобный же страх обнаружения своей несостоятельности служит и препятствием для обращения за помощью в школьную медико-психологическую службу. Ясно, что такого рода сочетание представляет собой дополнительную почву для декомпенсации личности.

В связи с этим бегло коснемся проблемы целесообразной организации медико-психологической службы для школьников. Опыт показывает, что наше прежнее представление (к сожалению, не так давно реализованное на законодательном уровне) о необходимости психокоррекционной службы в школе должно быть пересмотрено в силу того, что находясь внутри школы такая служба оказывается в полной зависимости от администрации и вследствие этого не способна в полной мере выполнять свою основную функцию - защиту личности ребенка, а также в силу указанных выше обстоятельств, создающих трудности для обращения учащихся и их родителей за помощью. Следовательно служба медико-психологической под-

держки детей и подростков должна быть полностью самостоятельной и должна функционировать вне стен школы, в рамках тех или иных центров, консультаций, групп и т. п.

Что касается школьников старших классов, то основные причины их декомпенсации лежат уже преимущественно в области патологических расстройств, которые более близки к «взрослой» клинике. Это, прежде всего, декомпенсации акцентуаций характера и психопатий, в основном шизоидного и шизотимного круга, а также круга неустойчивых с расторможением влечений. Далее следуют многообразные депрессивные расстройства, среди которых выделяются типичные для этого возраста резонирующие, мировоззренческие депрессии и депрессии с проявлениями так называемой астенической несостоятельности; кроме того, встречаются психопатоподобные истероформные депрессии с суицидальными тенденциями, рудиментарные депрессивно-бредовые состояния, дисморфобические депрессии и др. При своевременном обращении за помощью, адекватном отношении со стороны учащегося и его родителей к предлагаемой терапии и индивидуальной педагогической коррекции, как правило, удается полностью компенсировать состояние больного амбулаторно, не прерывая обучения.

Вообще следует сказать, что, как показывает скрининговое обследование с помощью специального опросника, частота депрессивных расстройств среди старших школьников в гимназии для одаренных детей значительно выше, чем в обычной школе: до 68% на гуманитарных, 30% на физико-математических и других естественнонаучных направлениях против 22% в массовой школе. Очевидно, особенно большая распространенность депрессивной симптоматики в гуманитарных классах объясняется значительным преобладанием там девушек. Что касается собственно невротических, психогенных, нарушений, то они встречаются достаточно редко, как и выраженная психическая патология типа юношеской ядерной шизофрении. Таким образом, приведенные данные показывают, что для своевременной коррекции психических нарушений, для профилактики учебной дизадаптации одаренных детей в учебных заведениях с интенсивным процессом обучения необходимо создание системы медико-психологической поддержки этих детей, основными направлениями деятельности которой должны быть профилактика декомпенсаций и их коррекция в амбулаторных условиях при максимальной индивидуализации учебного процесса исходя из личностных особенностей школьника, структуры и глубины возникающих у него личностных декомпенсаций и психических нарушений. Эта система, поддерживая тесные связи со школой, тем не менее должна быть самостоятельной и выведенной за ее рамки, либо должна функционировать параллельно со школьной психологической службой.

В. А. Корнеева

РАЗЛИЧИЯ В ПОНИМАНИИ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РАЗВИТИЮ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕБЕНКА Школа № 1188 (Москва).

Основной проблемой при исследовании творчества является дискуссионность самого понятия. Поэтому перед тем, как изложить результаты проведенного исследования, мы считаем необходимым уточнить теоретическую позицию, на основании которой оно было построено. Прежде всего, необходимо развести понятия художественной и творческой деятельности. Под художественной понимается деятельность в области искусства, но она не всегда является творческой. Творчество же может присутствовать в любой сфере человеческой деятельности, являясь высшей ступенью самореализации человеческой личности. В настоящее время способность к творчеству (в том числе и художественному) рассматривается исследователями на трех уровнях: личностном (мотивационно-волевая сфера), функциональном (например, способы и приемы мышления) и биологическом (мозговая организация процессов, обеспечивающая творческую деятельность). Все большее число ученых, философов, художников и т. д. склоняются к выводу, что феномен творчества является объектом междисциплинарных исследований. Подтверждением этому может служить выход сборника «Красота и мозг. Биологические аспекты эстетики» [14], в котором исследователи (нейробиологи, психологи, антропологи, этологи, философы, художники) делают попытки сопоставить достижения науки о деятельности мозга с рядом закономерностей создания и восприятия произведений искусства.

Но для того, чтобы результаты подобных исследований не стали эклектичными, недостаточно просто суммирования всех уровней (мотивация+способы мышления+нейробиологические предпосылки), необходима теоретическая разработка комплексной системы взаимодействия этих уровней и их взаимовлияния. Возможности комплексных подходов к проблеме творчества и психологии искусства, а также взаимодополнительность теоретического и эмпирического знания обсуждаются, например, в коллективной монографии «Творчество в искусстве. Искусство творчества» [32]. На наш взгляд, основой для такой системы

могут также служить взгляды Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, А. Н. Леонтьева и некоторых других отечественных психологов и нейропсихологов на развитие высших психических функций (ВПФ) в онтогенезе. Кратко можно сформулировать позицию этих авторов следующим образом: на ранних этапах онтогенеза гармоничное развитие простейших психических функций (и, соответственно, мозгового субстрата, который их обеспечивает) является основой для освоения в процессе предметной деятельности и общения различных форм мышления и формирования других ВПФ, которые, в свою очередь, влияют на формирование личности. На более поздних этапах онтогенеза главенствующая роль переходит к ВПФ, которые осуществляют контроль за более элементарными процессами.

Безусловно, на современном этапе мы не в состоянии с уверенностью сказать, какие именно функциональные особенности мозговой организации способствуют развитию творческой личности (если можно вообще считать возможным такое одностороннее влияние). Более того, П. В. Симонов [30] констатирует «...колоссальный разрыв между чрезвычайной сложностью феномена человеческого творчества и ограниченностью наших знаний о деятельности мозга». Но некоторые данные о том, какие функциональные системы задействуются в процессе решения творческих задач, а также о том, как разрушение отдельных областей мозга влияет на способность к творчеству, будут процитированы ниже. Определенный уровень взаимодействия функциональных блоков мозга (по А. Р. Лурии) позволяет осуществлять мыслительные операции, решать разнообразные задачи различными способами и с определенной скоростью. Выбор же задач и способов их решения напрямую зависит от личности, ее активности, ценностных ориентаций, отношения к себе и окружающей действительности. Отсюда выводится важная роль среды, в особенности воспитания и обучения в становлении творческой личности. С другой стороны, сформированная система ценностных ориентаций влияет не только на выбор уже освоенных способов мышления, но и на развитие и формирование новых. Кроме того, сформированность ВПФ дает возможность компенсировать дефекты, возникающие на низших уровнях [18, 33, 34], или совершенствовать и даже перестраивать сенсорные системы, отвечающие, например, за восприятие звука [14], цвета и пр. Все вышесказанное позволяет предположить, что предпосылки творческих способностей следует искать и развивать на всех трех уровнях формирующейся личности с учетом закономерностей онтогенеза.

В настоящее время существуют многочисленные теории, которые иллюстрируют различные подходы к проблеме творческих способностей. В. Н. Дружинин [11] выделяет три основных подхода:

1. Отсутствие творческих способностей как таковых. Интеллектуальная одаренность является необходимым, но недостаточным условием творческой активности. Главную роль в детерминации творческой деятельности играют мотивационные аспекты, ценностные ориентации, личностные особенности (А. Танненбаум, А. Олох, А. Маслоу и др.). Несколько отличается от прочих концепция Д. Б. Богоявленской [3], которая вводит понятие креативной активности личности. С точки зрения Д. Б. Богоявленской, творчество – это ситуативно не стимулированная активность, проявляющаяся в стремлении выйти за пределы заданной проблемы.

2. Творческая способность является самостоятельным фактором, не зависимым от интеллекта [25, 39, 40]. Некоторые авторы допускают незначительную корреляцию между уровнем креативности и интеллектом. Э. П. Торренс [47-49] предлагает «теорию интеллектуального порога»: при IQ ниже 115-120 интеллект и креативность образуют единый фактор, при IQ выше 120 творческая способность становится независимой величиной, т.е. нет креативов с низким интеллектом, но есть интеллектуалы с низкой креативностью.

3. Высокий уровень развития интеллекта предполагает высокий уровень развития творческих способностей, и наоборот. Творческого процесса как специфической формы психической активности не существует [37, 44, 45 и др.]. Г. Айзенк [37], опираясь на значимые, но невысокие корреляции между IQ и тестами Дж. Гилфорда [39, 40] на дивергентное мышление, высказал мнение, что креативность есть компонент общей умственной одаренности. Согласно Р. Стернбергу [44], интеллект участвует и в решении новых задач, и в автоматизации действий. По отношению к внешнему миру интеллектуальное поведение может выражаться в адаптации, выборе типа внешней среды или ее преобразовании. Если человек реализует третий тип отношений, то при этом он проявляет творческую активность. Р. Стернберг вводит понятие синтетической одаренности, умения видеть проблемы в новом свете, находить новые связи, составлять целое из разрозненных частей.

На первый взгляд три данных подхода не только кардинально различаются, но и противоречат друг другу. Однако, если внимательно проанализировать приведенные концепции, можно заметить, что они рассматривают проблему творчества на различных уровнях: личностном, функциональном (способы мышления) и нейрофизиологическом (например, подавляющее большинство измерений интеллекта и креативности включают скоростной критерий), причем некоторые авторы как бы игнорируют присутствие других уровней. Если же данные подходы включить в иерархически выстроенную систему взаимодействия нейробиологических, функциональных и мотивационных предпосылок творчества, часть противоречий автома-

тически снимается.

Еще более важным является отсутствие единого критерия оценки творчества. Д. Б. Богоявленская [6, с. 186-190] пишет: «Не только в обыденном сознании, но и в научной литературе широко распространено определение творчества не по процессуальной стороне – механизму, а по результату – продукту (создание нового). Признавая это, психологи не рефлексируют, что определение творчества по критерию создания нового – это определение творчества по его феноменологии, лишь его проявлению». Д. Б. Богоявленская [3-5] в качестве основного критерия творчества рассматривает интеллектуальную активность не как особую специфическую способность, а как позицию субъекта деятельности, определяемую мировоззрением, системой ценностей, направленностью личности. Каким же образом такое понимание творчества может быть соотнесено с психофизиологическими и функциональными особенностями индивида?

Само понятие интеллектуальной активности, стремления выйти за пределы заданного подразумевает возможность целенаправленной деятельности при отсутствии внешних стимулов, т. е. высочайший уровень саморегуляции и самоконтроля, в противном случае речь может идти лишь о цепи ненаправленных свободных ассоциаций (несостоятельность ассоцианизма была доказана многими авторами). По данным многочисленных нейропсихологических исследований, зонами, отвечающими за целенаправленное поведение, являются лобные доли коры головного мозга. В качестве основного последствия лоботомии и лейкотомии отмечается потеря инициативы у большинства больных. На нейропсихологическом уровне в качестве одной из основных предпосылок творчества можно рассматривать высокую степень сформированности префронтальных отделов коры головного мозга.

Но т.к. лобные доли в процессе филогенеза и онтогенеза созревают в последнюю очередь на базе других, уже сформировавшихся структур мозга, вполне естественно предположить, что в детском возрасте эти базальные структуры и уровень их взаимодействия будут оказывать влияние на функциональные особенности префронтальных отделов коры. А. Р. Лурия [18] писал, что основой ВПФ является весь мозг в целом, но мозг как высокодифференцированная система, части которой обеспечивают различные стороны единого целого. Сложные функциональные системы совместно работающих зон не появляются в готовом виде к рождению ребенка и не созревают самостоятельно, а формируются в процессе общения и предметной деятельности, постепенно приобретая характер сложных межцентральных связей или «функциональных мозговых органов» [16, 17]. ВПФ возникают на основе относительно элементарных сенсорных и моторных процессов, опираясь на использование внешних опорных знаков, и протекают как ряд специальных развернутых операций, но в дальнейшем эти чувственные компоненты постепенно свертываются, существуя в системе ВПФ в качестве подсистем [10]. В ходе смены онтогенетических этапов своего развития ВПФ не сохраняют единой структуры, но осуществляют одну и ту же задачу с помощью различных, сменяющих друг друга систем связей. Эти изменения корковой организации ВПФ происходят строго закономерно и подчиняются правилу, которое сформулировал Л. С. Выготский [8]. На ранних этапах развития решающую роль играют простые чувственные процессы, служащие фундаментом для формирования ВПФ. После того как они оказываются сформированными, ведущая роль переходит к более сложным системам связей, сформированным на основе речи. В связи с этим в раннем детстве нарушения относительно элементарных процессов чувственного анализа и синтеза вызывают недоразвитие всех функциональных образований, которые надстраиваются на его основе. Исходя из вышесказанного, можно выдвинуть предположение, что гармоничное развитие сенсорных и моторных систем, являясь базой для развития ВПФ, будет способствовать гармоничному развитию интеллектуальной и личностной сферы ребенка, являясь тем самым одной из предпосылок проявления его творческого потенциала.

Далее, возвращаясь к понятию «интеллектуальной активности», отметим, что помимо мотивационного компонента оно подразумевает и определенный уровень развития интеллекта. Интеллект в широком смысле – это совокупность всех познавательных функций индивида, в более узком – мышление. В концепции деятельности А. Н. Леонтьева особая роль уделяется мотивационному аспекту мышления [15]. Рассматривая мышление как особый вид познавательной деятельности, А. Н. Леонтьев говорит о том, что любая деятельность состоит из цепи последовательных действий, которые реализуются при помощи определенных операций. Отсюда логично сделать вывод, что уровень овладения мыслительными операциями, несомненно, будет отражаться на успешности выполнения как отдельных действий, так и деятельности в целом.

Попробуем соотнести данное положение с психометрическими измерениями интеллекта. Фактически показатель IQ определяет именно степень овладения некоторыми мыслительными операциями (а в некоторых тестах напрямую зависит от объема знаний в какой либо сфере). Но так как традиционные тесты IQ позволяют оценить уровень развития мышления только по результату, именно анализ операциональной стороны процесса с их помощью оказывается затруднен.

Теперь попробуем уточнить критерии, на основании которых показатели IQ и показатели «креативно-

сти» (Сг, по Дж. Гилфорду) определялись как показатели различных способностей. Дж. Гилфорд [39, 40] ввел понятие «дивергентного» мышления в противоположность «конвергентному». С его точки зрения, конвергентное мышление обеспечивает нахождение единственно верного ответа и именно этот вид мышления диагностируется тестами IQ. Дивергентное мышление, или мышление вширь, допускает варьирование путей решения проблемы и проявляется в том случае, когда не существует единственно правильного ответа (или ограниченного набора правильных ответов). Дж. Гилфорд разработал тесты, в которых критериями оценки креативности являются беглость, гибкость и оригинальность.

Критерий беглости (или скорости продуцирования идей) вряд ли может служить отличительным признаком Сг от IQ, так как интеллектуальные тесты также используют временные ограничения. И в том, и в другом случае речь идет, скорее всего, о скорости протекания мыслительных процессов, причем фиксируемых только на основе количества ответов, выданных экспериментатору. Многие авторы отмечают в качестве признака зрелой личности высокую критичность к продукту своей деятельности, поэтому вполне возможно допустить, что такие испытуемые просто не записывают часть возникших у них вариантов, считая их недостаточно оригинальными.

Критерий гибкости, определяемый Дж. Гилфордом как способность продуцировать разнообразные идеи, на наш взгляд тоже не является прерогативой только дивергентного мышления. При решении задач с единственно правильным ответом гибкость перехода от одного способа решения к другому необходима для обнаружения подходящего варианта.

И, наконец, критерий оценки креативности – оригинальность, определяемая частотой встречаемости ответа в выборке. Безусловно, ни о какой оригинальности результата в задачах с единственно верным ответом речь идти не может. Процессуальная же сторона и оригинальность способа решения в тестах интеллекта не отслеживается. Так что показатель оригинальности может, казалось бы, действительно фиксировать некую отличную от IQ способность.

Но для того чтобы выяснить, так ли это, нужно рассмотреть механизмы, лежащие в основе данного показателя. Если исключить тот факт, что итоговый показатель оригинальности по тестам Дж. Гилфорда предполагает суммирование всех промежуточных баллов (не учитывая разницу в количестве ответов), т.е. опять же зависит от беглости мышления, то степень оригинальности ответа во многом зависит от овладения такой мыслительной операцией, как выделение второстепенных (латентных) признаков объекта. Но, как известно по многочисленным данным, опора на второстепенные признаки, во-первых, является характерной чертой мышления детей дошкольного и частично младшего школьного возраста в силу его незрелости и неумения выделять существенные признаки [8, 9, 24], во-вторых, может служить показателем психической патологии [13]. Д. Б. Богоявленская [6] пишет: «... Действительно, продуктивный процесс всегда приводит к оригинальному результату. Но упускается из вида, что нет однозначной обратной зависимости. Оригинальность многолика. За ней могут стоять различные, порою прямо противоположные явления. Это может быть и содержательный творческий процесс, проникновение вглубь познаваемого объекта, выявление существенных взаимосвязей. А может быть и не имеющее никакого отношения к творчеству оригинальничанье, даже психическая неадекватность... Поэтому последователей этого подхода поджидает некоторая опасность, если они искренне уверовали, что главное в формировании творчески одаренной личности – это научить ее нестандартному мышлению, умению генерировать оригинальные, необычные идеи. Этот упор на необычный, ни у кого не встречающийся продукт, стимулируя фантазию, может тормозить развитие самого мышления». Можно предположить, что дивергентное мышление является продуктивным в том случае, если опирается на сформированные интеллектуальные навыки (т.е., по Дж. Гилфорду, на конвергентное мышление). Но в таком виде оно уже не представляется некоей отдельной, независимой от IQ способностью, а является способом мышления, базирующимся на рационально-логической основе, но как бы выходящим за ее рамки. Подобное предположение хорошо согласуется с данными, которые описывают феномен детской или "наивной" креативности в отличие от креативности взрослых людей. Чувствительность к «побочным продуктам» деятельности подразумевает первично наличие основного продукта [25]. А. А. Мелик-Пашаев [21-23] в исследовании, проводимом со взрослыми, психически здоровыми испытуемыми, отметил, что те люди, которые проявляют тенденцию к нестандартным способам классификации, воспринимают способы группировки по существенным признакам как примитивные, прямолинейные. Эти данные могут свидетельствовать о том, что операция классификации по существенным признакам данными испытуемыми хорошо освоена, но не является единственно доступной, а скорее служит образцом стереотипного решения, от которого можно оттолкнуться для нахождения оригинального варианта.

Интересные данные были получены Н. П. Бехтеревой и соавт. [2], которые попытались проследить нейрофизиологические механизмы в вербальных задачах на дивергентное мышление. Было выявлено преимущественное участие в процессе творчества (по Дж. Гилфорду) лобных долей, причем «...отличие мозгового обеспечения сложной творческой деятельности от более простой проявилось не в унилатеральном,

но в билатеральном вовлечении в это обеспечение лобной коры, при преимуществе правополушарной активации». Т.е. для осуществления подобной деятельности необходим высокий уровень межполушарных взаимодействий.

Но если лобные доли, по данным нейрофизиологов и нейропсихологов, созревают в последнюю очередь и обеспечивают высшие уровни мышления (в том числе программирование и контроль), а задачи на дивергентное мышление предполагают участие именно этих зон коры головного мозга, то креативность в раннем возрасте действительно имеет совершенно другую природу, а попытки ее развивать могут привести к непредсказуемым результатам как на интеллектуальном, так и на личностном уровнях. Косвенным подтверждением этому могут служить данные, полученные при исследовании креативности у детей 3-5 л. [12]. В ходе формирующего эксперимента, направленного на повышение креативности, у детей наблюдались повышенная конфликтность (агрессивность), неустойчивость настроения, высокая амплитуда колебания эмоциональных состояний, подверженность отрицательным эмоциям, тревожность и т. д. И хотя сами авторы считают такой феномен побочным эффектом любого развития креативности, с учетом данных нейропсихологов можно говорить о попытке преждевременного развития высших психических функций при несформированности низших, что повлекло за собой эмоциональную дестабилизацию детей. Учет возрастных особенностей крайне важен при составлении программ, нацеленных на развитие творческих возможностей детей и подростков. Формируя у детей 3-5 л. способность к безоценочной деятельности путем создания среды с низкой степенью регламентации поведения [12], можно не только затормозить процесс естественной социализации, лишив ребенка системы ориентиров, но и спровоцировать эмоциональные и личностные нарушения.

Суммируя изложенные данные и принимая позицию, согласно которой критерием творческого процесса является духовная активность субъекта, направленная на познание и преобразование окружающего мира и определяемая его системой ценностей, можно выдвинуть следующее предположение: об истинном творческом процессе речь может идти только у сформировавшейся (причем и на нейрофизиологическом, и на функциональном, и на мотивационном уровнях) личности. В детском возрасте можно говорить лишь о предпосылках творчества, причем строго соотнося их со стадиями возрастного развития. В «Рабочей концепции одаренности» [26] авторы особо отмечают, что «...самые замечательные способности ребенка не являются прямым и достаточным показателем его достижений в будущем».

В качестве предпосылок «творческой» у взрослых людей могут выступать на нейропсихологическом уровне – сформированность всех трех функциональных блоков мозга и системы их взаимодействия, на функциональном уровне – сформированность различных способов мышления (в том числе конвергентного и дивергентного), на личностном уровне – система ценностей, предполагающая преобладание тенденций самореализации и самоактуализации над тенденциями к самоудовлетворению.

В детском возрасте в качестве таких предпосылок на различных стадиях развития могут рассматриваться: сформированность элементарных психических процессов, что выражается в полноценном развитии сенсорной и моторной сфер, развитость (соответственно возрастной норме) таких функций, как программирование деятельности, контроль, самоконтроль, овладение операциональной стороной рационально-логического мышления, наличие выраженной познавательной мотивации, преобладающей над оценочной, увлеченность каким-либо видом деятельности за рамками школьной программы и некоторые другие [26].

В связи с постулированием такого широкого спектра предпосылок для становления творческой личности неизбежно встает вопрос о диагностике детской творческой одаренности (которая рассматривается не как особый самостоятельный вид одаренности, а как способность «выходить за пределы заданного» и преобразовывать деятельность и окружающую действительность) и о возможности развития творческого потенциала.

Рассматривая предпосылки творчества на трех уровнях, закономерно использовать также и трехуровневую диагностику при помощи разнообразных методов:

1. Методы нейропсихологического обследования выявляют особенности праксиса, гнозиса, речи, памяти, мышления и позволяют проследить их связь с функционированием (или дисфункциями) определенных мозговых структур.

2. Методы, направленные на диагностику операционального состава деятельности, в частности мышления. Кроме использования различных психометрических методик, широко используются методы наблюдения, специальные психодиагностические тренинги, индивидуальные беседы с использованием нестандартизованных методик, позволяющих проводить качественный анализ процесса деятельности.

3. Методы исследования мотивационной сферы включают в себя различные варианты наблюдения, всевозможные опросники и тесты, проективные методики и т. д. Нами разработана методика для выявления предпосылок проявления «интеллектуальной активности» в возрасте 5-8 л. (построенная на принципах, описанных Д. Б. Богоявленской), которая, на наш взгляд, помогает выявить детей, способных к разви-

тию деятельности за пределами заданной ситуации.

Но диагностика актуальных и потенциальных предпосылок «творческой» не является самоцелью. Основной задачей исследователей является поиск и создание таких условий, которые максимально помогают раскрытию творческого потенциала каждого ребенка. Приводимые в литературе характеристики среды, способствующие развитию творческих способностей, настолько же неоднородны (а зачастую и противоречивы), насколько неоднородно само понятие этих способностей.

В число факторов, влияющих на креативность в семейной микросреде, большинство исследователей включает: 1) Гармоничность–негармоничность отношений между родителями, а также между родителями и между детьми; 2) творческая–нетворческая личность родителя как образец для подражания и субъект идентификации; 3) общность интеллектуальных интересов членов семьи либо ее отсутствие; 4) ожидания родителей по отношению к ребенку: ожидание достижений или независимости [1]. Причем, наличие той или иной характеристики может влиять на развитие креативности как положительно, так и отрицательно [43, 44].

Среди факторов, подтверждающих роль семейных и родительских отношений в развитии креативности, называются также следующие [11]:

1. Большие шансы проявить творческие способности имеет, как правило, старший или единственный сын в семье.

2. Меньше шансов проявить творческие способности у детей, которые идентифицируют себя с родителями (отцом). Наоборот, если ребенок отождествляет себя с «идеальным героем», то шансов стать креативным у него больше.

3. Чаще творческие дети появляются в семьях, где отец значительно старше матери.

4. Ранняя смерть родителей приводит к отсутствию образца поведения с ограничением поведения в детстве. Это событие характерно для жизни как крупных политиков, выдающихся ученых, так и преступников и психически больных.

5. Благоприятно для развития креативности повышенное внимание к способностям ребенка, ситуация, когда его талант становится организующим началом в семье.

Но средовые влияния не ограничиваются микроклиматом семьи. В. Н. Дружинин [11] считает, что для формирования креативности необходимо:

1. Отсутствие регламентации предметной активности, точнее отсутствие образца регламентированного поведения.

2. Наличие позитивного образца творческого поведения.

3. Создание условий для подражания творческому поведению и блокирование проявлений агрессивного и деструктивного поведения.

4. Социальное подкрепление творческого поведения.

Условиями для формирования внутренней мотивации деятельности, направленности личности на духовные ценности можно считать наличие в кругу общения ребенка не только людей, которые служат образцами такого поведения и в силу своих личностных качеств могут заинтересовать и повести его за собой, но и носителей самых различных взглядов, демонстрирующих различные способы деятельности (в том числе и общения). Ребенок должен иметь возможность сравнивать, оценивать и выбирать стиль поведения, который ему наиболее импонирует.

На наш взгляд, подобная многоплановость и противоречивость в раскрытии факторов среды, влияющих на развитие творческого потенциала, является, во-первых, следствием неоднозначного понимания самого понятия «творчества» и, во-вторых, неясностью четких возрастных границ, в пределах которых влияние того или иного фактора наиболее значимо.

Еще одной важной задачей является разработка развивающих, коррекционных и обучающих методик, которые нацелены на формирование приведенных выше предпосылок творческой одаренности. В настоящее время существуют многочисленные программы, способствующие развитию сенсорной и моторной сферы, внимания, памяти, различных способов мышления и др. Применяются терапевтические методики, нацеленные на личностный рост клиента (особенно психологами гуманистического направления [19, 20, 27, 41]), делаются попытки целенаправленного воздействия на формирование ценностных ориентаций средствами искусства и литературы. На наш взгляд, перспективной является работа над комплексными программами, включающими развивающие методы на всех трех рассмотренных выше уровнях и построенными на материале конкретной деятельности в зависимости от склонностей и возрастных особенностей ребенка.

Проведенное нами лонгитюдное исследование (продолжительностью 3 г.) базировалось на изложенных выше теоретических предпосылках. По результатам нейропсихологического исследования (возраст испытуемых от 5,5 до 9 л.) было выявлено следующее:

1. Незрелость подкорково-стволовых структур мозга, приводящая к дисгармоничному развитию мозговых функций, препятствует не только овладению операциональным аппаратом мышления, но и проявлению «интеллектуальной инициативы», причем по мере взросления эта тенденция усиливается. Очень важно, что некоторые дети, имеющие в анамнезе проблемы на нейрофизиологическом уровне, полностью компенсируются на интеллектуальном и личностном уровне (иногда даже с возрастным опережением), но при этом у них наблюдаются различные психосоматические и соматические расстройства.

2. Дети, прошедшие специальный курс сенсомоторной коррекции, направленной на преодоление дизонтогенеза, проявляют «интеллектуальную инициативу» с той же частотой, что и дети, изначально не имевшие отклонений на нейропсихологическом уровне.

При изучении операционального уровня мышления получены следующие данные:

1. В возрасте 5,5-6,5 л. значимых корреляций между показателями креативности (по Дж. Торренсу) и проявлением интеллектуальной инициативы не выявлено.

2. После прохождения программы «Формирование приемов художественного мышления» (возраст 6,5-8,5 л.), которая основана на умении выделять второстепенные (латентные) признаки, повторное обследование выявило следующую закономерность: дети, показавшие на предварительном тестировании высокие показатели креативности и низкие показатели по тесту Равена и вербальным тестам на IQ, остались на таком же низком уровне по показателям формального интеллекта, значимо не повысили показатели креативности, не проявляли интеллектуальной инициативы, более того, у них часто отмечались признаки невротизации. Дети, показавшие на предварительном тестировании высокие показатели по тестам на IQ, независимо от показателей креативности при первичном обследовании, после дополнительного обучения сохранили, а в некоторых случаях повысили показатели IQ и значимо повысили показатели креативности. Среди них 40% проявили интеллектуальную инициативу во втором исследовании.

При изучении факторов среды, влияющих на мотивационную сферу ребенка, были проведены:

1. Сравнительный анализ на предмет проявления «интеллектуальной инициативы» у учащихся (7-9 л.) в зависимости от личностных установок учителя начальных классов. Выявлено, что у учителей, ориентирующих младших школьников на получение хороших оценок, создающих т. н. «культ отличника», процент детей, проявляющих в процессе исследования интеллектуальную инициативу, значительно ниже, чем у учителей, ориентирующих на создание в классе общей атмосферы заинтересованности учебной деятельностью.

2. Исследование пар «мать–ребенок» показало, что в возрасте 5,5–6,5 л. стиль семейного воспитания напрямую не связан со способностью ребенка к выходу за пределы поставленной задачи. У тех детей, родители которых жестко не регламентировали их поведение, воспитывая их по типу потворствующей гиперпротекции, интеллектуальная активность не проявлялась в ходе эксперимента ни разу. В личностной и эмоциональной сфере здесь были отмечены инфантильные особенности, сложности в целеобразовании (тенденции к полемому поведению), стремление не выйти за пределы поставленной задачи, а уйти от ее решения. Дети, на протяжении всего времени исследования воспитывающиеся в условиях жесткой регламентации поведения, не обнаружили ярко выраженной динамики в проявлении интеллектуальной активности. Самый большой процент детей, проявивших не стимулированную активность, обнаружился среди тех, чьи родители меняли систему воспитательных воздействий от жестко регламентированной в 5-6 л. к более свободной по мере взросления ребенка.

Представляется возможным выдвинуть следующие предположения:

1. Одни и те же факторы среды на различных возрастных этапах могут способствовать или тормозить развитие творческого потенциала ребенка.

2. Попытка преждевременного форсированного развития какой-либо функции может привести к затормаживанию других функций и к нарушению онтогенеза. (Это особенно актуально в настоящее время, т.к. делаются попытки все более раннего обучения детей без учета их возрастных особенностей и особенностей созревания мозговых структур.)

3. Личность учителя начальных классов является весомым фактором в формировании мотивационной сферы ребенка и влияет на способность ребенка к развитию деятельности за пределами ситуативных требований.

4. Развитие «творческой» ребенка зависит от способности матери изменять стиль воспитания в зависимости от возрастных особенностей ребенка. Отсутствие образца регламентированного поведения и жестких требований в возрасте 5-6 л. часто ведет к трудностям социализации, проблемам становления самоконтроля и, по нашим данным (в отличие от данных В. Н. Дружинина и Н. В. Хазратовой [11]), не только не способствует, но и тормозит проявление интеллектуальной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Е. Г., Творческая одаренность и условия ее развития // Психологический анализ учебной

деятельности. - М., ИП РАН, 1991, с. 7-9.

2. Бехтерева Н. П. и соавт. // Ж. "Физиология человека", том 26, № 5, 2000, с. 16.
3. Богоявленская Д. Б. Интеллектуальная активность как проблема творчества. Изд. Ростовского Университета, 1983. 172 с.
4. Богоявленская Д. Б. Метод исследования уровней интеллектуальной активности // Вопросы психологии, 1971 № 1.
5. Богоявленская Д. Б. Психология творческих способностей. М., 2002, 320 с.
6. Богоявленская Д. Б. Вчера и сегодня психологии творчества // Творчество в искусстве. Искусство творчества. М.: Наука, 2000, 549 с.
7. Боно де Э. Латеральное мышление. СПб: Питер, 1997. 316 с.
8. Выготский Л. С. Мышление и речь // Собр. соч. Т. 2. М.: Педагогика, 1982, 361 с.
9. Выготский Л. С. Психология искусства. М.: Педагогика, 1987, 345 С.
10. Гальперин П. Я. Введение в психологию. Москва 1976
11. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. СПб: Питер, 1999, 359 с.
12. Дружинин В. Н., Хазратова Н. В. Экспериментальное исследование формирующего влияния микросреды на креативность // Психологический журнал, 1994 № 4.
13. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1999, 208 с.
14. Леви Д. Церебральная асимметрия и эстетическое переживание // Красота и мозг. М, 1995, с. 238-239.
15. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Изд. Политической литературы, 1975, 304 с.
16. Леонтьев А. Н. О формировании способностей // Вопросы психологии, 1960, №1.
17. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1981, 582 с.
18. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М.: Академический проект, 2000, 506 с.
19. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики. СПб: Евразия, 1997, 430 с.
20. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. СПб: Евразия, 1999, 480 с.
21. Мелик-Пашаев А. А. Эстетическое отношение к жизни как первооснова способностей к художественному творчеству. // Художественное творчество. Вопросы комплексного изучения. Л.: Наука, 1983.
22. Мелик-Пашаев А. А. Педагогика искусства и творческие способности. М.: Знание, 1981, №1, 95 с.
23. Мелик-Пашаев А. А. Мир художника. М.: Прогресс-Традиция, 2000, 272 с.
24. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М.: Международная педагогическая академия, 1994, 680 с.
25. Пономарев Я. А. Психология творчества. М.: Наука, 1976, 302 с.
26. Рабочая концепция одаренности. Под ред. В. Д. Шадрикова. М., 1998.
27. Роджерс Н. Творчество как усиление себя // Вопросы психологии, 1990, № 1, с. 164-168.
28. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1989, Т. 1, 360 с.
29. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Центр «Академия», 2002, 232 с.
30. Симонов П. В. Физиологический журнал им. И. М. Сеченова, 81, № 11, 1995.
31. Талызина Н. Ф. Педагогическая психология. М.: Академия, 1998, 288 с.
32. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект. М.: Просвещение, 1995, 304 с.
33. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М.: МГУ, 1985, 327 с.
34. Цветкова Л. С. Нарушение анализа литературного текста у больных с поражением лобных и теменно-затылочных отделов мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов. М.: МГУ, 1966, с. 664- 677.
35. Allport G. (1961). Pattern and Growth in Personality. New York.
36. Cattell R. B. (1963). Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment // J. of Educational Psychology, 54, 1-22.
37. Eysenk H. J. (1979). The structure and measurement of intelligence. Springer-Verlag.
38. Getzels J. W., Jackson P. W. (1962). Creativity and intelligence. NY.
39. Guilford J. P. (1967). The Nature of man intelligence. NY: McGraw-Hill.
40. Guilford J. P. (1950). Creativity // American Psychologist, 5, 444-454.
41. Maslow A. H. (1973) Religions, values and Peak-experiences. NY.
42. Simon H., (1988). Creativity and Motivation // New Ideas in Psychology, 6, 2, 177-182.
43. Sternberg R. J., Conway B., Bernstein M., Ketron, J. C. (1981): Peoples Conceptualisations of Intelligence. J. of Personality and Social Psychology, 41, 37-55.
44. Sternberg R. J. (1988). The Nature of Creativity. NY: Cambridge University Press.
45. Terman L. M. (Hg.) (1925): Genetic studies of genius. V. I. Mental and physical traits of thousand gifted children. Stanford.

46. Thurstone L. L. (1945): Theories of intelligence. Chicago.
47. Torrance E. (1979). The Search for Satori and Creativity. Buffalo, NY: Bearly Ltd.
48. Torrance E. P. (1988). The Nature of Creativity as Manifest in Its Testing. // R. J. Sternberg ed. The Nature of Creativity. NY: Cambridge University Press, p. 43-75.
49. Torrance E. P. (1967, 1973) Torrance tests of creative thinking. Bensenville III.
50. Wallace D., Gruber H. (1990). Creative People at Work. NY: Oxford University Press.

М. П. Гурьянова

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

Институт педагогики социальной работы РАО (Москва).

В намечившихся планах Правительства РФ по социальному развитию села (речь идет об одобренной им Федеральной программе «Социальное развитие села до 2010 года») особенно актуальна проблема социально-воспитательной работы с детьми и молодежью.

Современные дети и молодежь села – это первое поколение, выросшее в условиях рыночно ориентированной экономики, и его можно считать носителями «проекта аграрной модернизации России». Они представляют собой ту социально-демографическую группу российского общества, которая во многом определит будущее аграрного сектора России, ее интеллектуальный, трудовой и духовный потенциал. Дети и молодежь – социально перспективная часть сельского социума. От уровня образования, культуры, состояния здоровья, жизненных сил и планов, профессиональных намерений этой группы во многом зависит сама возможность успешного функционирования села как единой производственной и социокультурной среды обитания, сохранения особого сельского образа жизни одной трети населения страны. Перспективы российского села напрямую зависят от тех целей и ценностей, которыми руководствуется сегодня сельская молодежь, от ее социально-психологической и нравственной готовности включиться в процесс восстановления современного села.

В рамках данной статьи основное внимание мы сосредоточили на описательном анализе социально-педагогических условий развития сельских детей и молодежи, особенностях формирования их жизненного потенциала, социально-психологических характеристик сельских детей, анализе базовых ценностных ориентаций, жизненных планов выпускников сельских школ, сформировавшихся под влиянием социально-исторических изменений. Исследование социально-педагогических характеристик сельских детей и молодежи отражает, с одной стороны, современную возрастную стратификацию российского общества, с другой – всесторонний портрет специфического объекта молодежной, социальной, семейной политики государства.

Общий принцип социально-педагогического анализа этой социальной группы состоит в дифференцированном подходе к ней как относительно автономной социальной общности, объединенной местом своего проживания, во многом схожими социальными, экономическими, культурными условиями жизни, общими проблемами, стоящими перед ней, факторами среды, влияющими на процесс социального становления юных жителей российского села.

Современное поколение сельских детей и молодежи проходит свое социальное становление в условиях кризисного состояния деревни, упадка ее экономики, деградации социальной инфраструктуры, резкого снижения жизненного уровня подавляющего большинства сельских жителей, разрушения привычного уклада жизни сельских тружеников. Оно формируется в изменившихся исторических условиях перехода к рыночно ориентированной многоукладной экономике аграрной сферы, в годы, когда сельский социум стремительно утрачивает свой экономический, нравственный, культурный и творческий потенциал.

Процесс социального взросления молодого поколения сельских жителей осуществляется в качественно новой социально-экономической и психологической ситуации. Ее характеристиками выступают сверхзанятость населения в личных подсобных хозяйствах, правовая незащищенность сельских жителей, безработица как результат свертывания производства и социокультурной сферы села, прогрессирующая бедность значительной части жителей села, особенно отдаленных сел и деревень, отсутствие жизненных перспектив у молодежи. В числе позитивных факторов жизни современного села – свобода в организации предпринимательской деятельности, проявлении хозяйственной инициативы, открывшиеся возможности для конкуренции, развития кооперации и интеграции во всех сферах – от производства до реализации полноценной продукции. Современное российское село – уникальный симбиоз советских и постсоветских реалий, где способность к выживанию, нормальной организации жизни в новых условиях проявляют наиболее трудолюбивые семьи.

В целом процесс социального развития сельского ребенка протекает в условиях довольно замкнутой со-

циальной общности людей, изолированной от внешнего мира, на фоне ограниченного доступа к культурным, образовательным, информационным, медицинским услугам, в культурно бедной, социально примитивной среде, где труд на земле и в личном хозяйстве занимает значительное место в жизни каждой семьи.

Качественные изменения в жизни детей и молодежи продемонстрируем, опираясь, в том числе, на результаты проведенного в 2001 году ВНИК «Сельская школа и социум» Института педагогики социальной работы РАО социолого-педагогического исследования «Ценностные ориентации сельских учителей, учащихся и их родителей в условиях становления рыночной экономики на селе» под руководством Г. Г. Силласте, охватившего опросом более 3000 респондентов – сельских учителей, учащихся, родителей.

Исследование показало, что абсолютное большинство сельских подростков и старшеклассников (77,8%) живет в полных семьях с родным отцом и матерью. На селе больше всего семей, которые имеют двоих (49,2%), троих (22,9%), четверых и более детей (16,2%). Однодетных семей – 8,6%. Подавляющее большинство сельских детей интегрировано в систему семейно-брачных межличностных отношений, групповой семейной солидарности и формируется в атмосфере коллективизма, индивидуальной и внутригрупповой ответственности.

Сельские дети развиваются в среде, имеющей невысокий образовательный уровень. Подавляющее большинство родителей обоих полов (70%) имеют среднее специальное, среднее, неполное среднее образование. Матерей с высшим образованием на 7% больше, чем отцов. При таких исходных позициях заинтересованность родителей в получении их ребенком высшего образования высокая. Однако, ограниченные образовательные возможности сельской среды затрудняют дальнейшее профессиональное самоопределение выпускников сельской школы. При поступлении в вузы они не выдерживают конкуренции с городскими школьниками, а устроиться на работу в родном селе становится все труднее.

В последние годы наблюдается тенденция снижения числа детей, охваченных организованными формами дошкольного образования, соответственно, растет количество детей, воспитывающихся на дому. Однако большинство матерей из-за отсутствия специальной подготовки, из-за самозанятости в личном хозяйстве не могут осуществлять целенаправленную работу по раннему развитию ребенка. Это ведет к увеличению числа детей, не подготовленных к школе, тормозит процесс речевого, социального, умственного, физического, эмоционального развития ребенка.

Тяжелая ситуация, сложившаяся в системе дошкольного образования на селе, - результат демографического кризиса, низкой платежеспособности сельской семьи, которую нужда заставляет экономить средства. Сокращается сеть дошкольных образовательных учреждений. Почти повсеместно прекращен подвоз детей из малонаселенных деревень в дошкольные образовательные учреждения, расположенные на центральных усадьбах. Сокращается финансирование, а следовательно, и функционирование сезонных летних площадок в период сельскохозяйственных работ.

Для современного села характерна бедность культурной жизни детей и молодежи, которая даже в таком варианте протекает только на центральных усадьбах. Возможности досуговой занятости детей, подростков и молодежи крайне ограничены. Еще функционирующие сельские Дома культуры, клубы сокращают число кружков для детей и молодежи, при этом увеличивают число платных услуг. В молодежной среде преобладает примитивное потребление развлекательных услуг, нежелание большинства молодых людей включаться в процесс организации досуга. Обострилась проблема оторванности сельских детей и молодежи от культурных центров, музеев, театров, выставок. Сегодня единственное «окно в мир» – телевизор, который заменил и учебную аудиторию, и кинотеатр, и экскурсионные поездки, и клубы общения.

Ограниченность культурной жизни на фоне таких социальных явлений, как безработица, бедность, негативно влияет на состояние нравственности, порождает пьянство, сквернословие, создает почву для наркомании. Согласно результатам социолого-педагогического исследования сельскому образу жизни стали присущи не свойственные ему ранее черты. Обращает на себя внимание фактическое признание сельскими учителями алкоголизации деревни (97,2%). Массовое пьянство как средство защиты значительной части сельского населения от реалий жизни представляет реальную угрозу для жизни, работы и быта сельской семьи, является тем самым фоном, образцом для подражания, который негативно воздействует на детей. Пьянство идет «рука об руку» с воровством (77,2%) и бытовым хулиганством (66,5%).

По данным исследования, подавляющему числу учителей (75%) приходится постоянно сталкиваться с детьми, не посещающими школу. Две трети учителей констатируют наличие детских правонарушений (66,3%). Каждый второй учитель в своей практической работе сталкивался с детьми, брошенными родителями (55,4%). Учителя признают, что им приходится иметь дело с беспризорными детьми, а также с детьми, склонными к употреблению алкоголя (24%) и наркотиков (11%).

Социальная и экономическая нестабильность жизни большинства сельских семей проецируется на детей. Увеличивается число детей с ослабленным здоровьем, имеющих различные отклонения в развитии. В последние годы в сельской местности появилось немало детей, воспитанием которых родители вообще не

занимаются. Есть случаи, когда детей 10–12 л. родители отдают на воспитание своим престарелым родителям или родственникам ввиду тяжелого материального положения семьи. Растет число детей, нуждающихся во временной изоляции от семьи по причине аморального поведения родителей. Уменьшается социальная и географическая мобильность сельского населения. Оно все больше привязывается к постоянным местам жительства и своим земельным участкам. Многие дети в последнее десятилетие вообще не выезжали за пределы села. Их жизненный и социальный опыт ограничен рамками своего села, что влияет на уровень их общего развития.

Согласно данным государственной статистики, сельские жители имеют самые низкие зарплаты по стране. А это означает, что сельская семья весьма ограничена в средствах на культурное развитие ребенка. Не может она и материально поддержать школу в обеспечении нормальных условий обучения и воспитания детей. Тяжелое материальное положение большинства семей ведет к дисгармонизации внутрисемейных отношений, снижению воспитательного потенциала и социальной стабильности семьи, росту числа социально неблагополучных семей. Основными причинами напряженных и конфликтных отношений с родителями (а их отмечают 14% опрошенных) являются тяжелые условия жизни семьи и возникающие на этой почве обостренные отношения между родителями.

Существует прямая зависимость между уровнем обеспеченности семьи и степенью отчужденности родителей от интересов и потребностей детей. Чем больше времени родители заняты только своей работой и заработками, тем меньше они интересуются детьми, их жизнью.

Занятость многих родителей в личном подсобном хозяйстве, являющемся основным источником выживания семьи, ведет к бесконтрольности и даже беспризорности детей. Современная школа не имеет сегодня в лице семьи стабильного и надежного партнера в воспитании и развитии учащихся.

Наблюдения практиков-исследователей показывают отрицательные явления в поведении и образе жизни взрослого населения. Во многих сельских семьях становятся нереальными праздники без спиртного, общение, в том числе внутри семьи, без ненормативной лексики. Из сельской семьи ушла книга.

Реакция родителей на социальное неблагополучие семьи (безработица, материальные трудности) часто принимает неблагоприятные формы (скандалы в семьях, злоупотребление алкоголем, ругань, сквернословие), что отражается в на воспитании, поведении, образе жизни детей. Как правило, дети из таких семей имеют серьезные отклонения в психоэмоциональном развитии, они раздражительны, несдержанны, невнимательны к окружающим людям, неуважительны не только друг к другу, но и к собственным родителям.

В современных условиях очень часто дополнительным источником маргинализации сельской семьи становятся семьи беженцев и вынужденных переселенцев, в большей части неблагополучные, которые втягивают в асоциальный образ жизни и взрослых, и детей.

Идет процесс нарастания среди детей и подростков таких негативных явлений, как общее недоразвитие детей дошкольного возраста, задержка психического развития, ослабленное здоровье, ограниченность интересов и культурных потребностей, бедность речи; отсутствие желания учиться, нецеленаправленность умственной деятельности, педагогическая запущенность, социальное неблагополучие.

На формирование таких особенностей негативно влияют две группы факторов: социальные и биологические. Социальные факторы были обозначены выше; в числе биологических – несбалансированное и недостаточное питание, ранние заболевания при несовершенном медицинском обслуживании, катастрофические последствия алкогольного зачатия и др.

В целом в социальном портрете сельского ребенка стали преобладать такие характеристики, как социальная дизадаптация, социальное неблагополучие, беспризорность, социальное нездоровье, социальное сиротство.

Современный сельский социум настолько отличается от городского, что человеку, далекому от села, очень трудно представить насколько состояние социальной микросреды отражается на детях. Н. А. Рыбников еще в 1930-е годы сделал научно обоснованный вывод о том, что в своем стремлении к развитию ребенок равняется на окружающую его среду, стремясь приблизиться к окружающим его взрослым.

Исследование выявило, что абсолютное большинство сельских учащихся (72%) гордится своей матерью. В представлениях большей части сельских детей сегодня образ матери олицетворяет идеал (17,4%). Противоречиво отношение к образу отца. С одной стороны, гордость своим отцом испытывают 55,5% старшеклассников. С другой, образ отца в качестве своего идеала признают лишь 12,4% респондентов.

Несмотря на трудности современной жизни, сельская среда сохранила традиции взаимопомощи, доброжелательного отношения к людям. Как отмечают сельские учителя, люди в горе еще сплываются. Сельские школьники на вопрос о том, в чем родители являются для тебя примером, сказали: в готовности прийти на помощь ближнему (86,9%), в преодолении трудностей (82,2%), в отношениях с окружающими людьми (79%).

Условия сельской среды, занятость людей преимущественно сельскохозяйственным трудом, близость

к природе во многом определяют своеобразие сельского ребенка. Сельские дети более непосредственны, отзывчивы, в большей степени самостоятельны в быту, лучше адаптированы к среде проживания. Жизнь в постоянном соприкосновении с природой, домашними животными, наполненная неформальным общением с соседями, односельчанами, способствует развитию таких личностных качеств, как доброта, милосердие, сострадание. Сельские дети более склонны к чувственному восприятию окружающего мира. Отсюда – ориентация воспитания на развитие чувств, эмоций детей, приобщение их к искусству, литературному и народному творчеству, народным традициям.

На характере поведения ребенка рано начинает сказываться трудовая установка его семьи. Если ребенок с детства живет в атмосфере трудовых забот семьи, если с ранних лет родители последовательно включают его в комплекс необходимых для жителя села видов труда, то он полностью проникается установкой на труд, формируется устойчивая привычка и положительное отношение к труду.

Недостаточная культурная и социальная база для развития ребенка, невысокий образовательный уровень родителей, ориентация их интересов на потребности личного подсобного хозяйства отражаются на темпах и уровне детского развития. Сельские педагоги сетуют на бедный словарный запас, неразвитость и примитивность интересов детей, слабое знание окружающего мира, неумение общаться, строить свои взаимоотношения со взрослыми. Психологи констатируют повышенный уровень монотонии, психическое пресыщение, связанное с ограниченным кругом общения сельского ребенка.

Пространственная ограниченность сельской среды обуславливает узость и однообразие поведенческих, нравственных и культурных образцов, под влиянием которых растет и развивается сельский школьник. Ему доступны средства массовой информации, но сказывается дефицит общения, новейшей информации, новых впечатлений, недоступность культурных очагов города. Отсюда – более медленный темп культурного развития, меньший уровень развития коммуникативных навыков, речевой культуры, общей образованности. Образцы речевого поведения сельских жителей часто оказываются неадекватными тем идеалам речевых навыков, на которые должна равняться формирующаяся личность. Однообразие сельской среды способствует выработке статического типа поведения. Сельский ребенок медленно переключается на новые раздражители. Его внимание носит сравнительно пассивный характер.

Ритм сельской жизни менее напряженный по сравнению с городским. Поэтому сельский школьник испытывает гораздо меньше психологических нагрузок, чем его городской сверстник. Это отражается на нервной системе, проявляется в более спокойном, неторопливом поведении человека, выросшего на селе. Сельский ребенок, даже подросткового и старшего возраста, непривычен к быстрой ориентировке в новой ситуации. Круг его представлений о мире в среднем значительно меньше, чем у его городского сверстника. Очень часто многие явления, предметы окружающего мира ему незнакомы. При объяснении нового материала учителя сталкиваются с незнанием детьми тех или иных предметов, явлений городской жизни. Основная причина этого – в бедности и однообразии сельской среды. Если город наделяет обилием впечатлений, давая огромный материал, обогащающий кругозор ребенка, то однообразие сельской среды дает ограниченный запас представлений. Однако сельский ребенок воспринимает их более основательно, всесторонне. Ум сельского ребенка обладает сравнительно большей ясностью, полнотой, наглядностью. То, что знает сельский школьник, он знает прочно, основательно. Он не просто наблюдает элементы окружающей среды, он активно с ней знакомится.

Сельский школьник отличается характером мыслительных процессов. Если городскому школьнику предметы даются в их законченном, результативном виде и для него неведом весь огромный и длительный процесс, предшествующий появлению предмета, то у сельского школьника есть представление о сложности предмета, у него есть установка видеть в этом сложном предмете его составные части. Среди представлений сельского школьника наиболее полным является запас знаний о явлениях природы, о трудовых сельскохозяйственных и других производственных процессах. Представления сельского ребенка в общем оказываются более живы, ярки, конкретны. Их отличительным свойством является наглядность, предметность, тогда как представлениям городского ребенка свойственна более сильно выраженная вербальность, сравнительно меньшая наглядность, ибо многое о природе, о трудовых процессах он узнает из книг или пояснений взрослых. Здесь, видимо, кроются и затруднения сельского школьника в восприятии отвлеченных, абстрактных понятий.

От анализа социально-педагогических характеристик сельского школьника перейдем к описанию социального портрета сельской молодежи

В 2001 году по программе «Сельская молодежь: новая реальность», разработанной в Институте педагогики социальной работы РАО под руководством автора, был проведен анкетный опрос 1032 молодых людей в возрасте 16–28 л. из 14 регионов России. Результаты научной интерпретации полученных данных, подготовленные совместно с В. Т. Лисовским, доктором философских наук, позволили представить обобщенный социальный портрет сельской молодежи.

Исследование показало, что только 23,1% молодых жителей села полностью довольны своей жизнью. Лишь немногим более половины молодых людей чувствуют себя защищено, комфортно и спокойно в семье. Для значительной части молодых людей (43,2%) семья представляет собой источник дискомфорта, тревоги, личных проблем. Каждый третий молодой человек (39,9%) проживает в семье, которая «сводит концы с концами»; 4,3% опрошенных живут в семьях, материальное положение которых можно охарактеризовать словами «за гранью бедности»; 36,4% опрошенных живут в семьях, где материальное положение семей, по их оценке, хорошее; 19,4% респондентов считают, что материальное положение их семьи относительно приличное.

Молодое поколение сельчан, выросшее за годы реформ, в целом не утратило патриотических чувств и качеств. Большая часть юношей и девушек, проживающих в сельской местности, (59,9%) любят свою страну; 35,2% не задумывались об этом; 4,9% ответили, что не любят свою страну. Готовы пожертвовать своими интересами во имя интересов страны 79% опрошенных; 21% молодых людей не готовы жертвовать своими личными интересами во имя интересов страны.

В завтрашнем дне для сельской молодежи важнее всего: жить интересами своей семьи; делать в жизни то, что хочется; личное благополучие. С мечтой стать богатым живут 8,8% опрошенных. Служение обществу не рассматривается современной молодежью села как важная составляющая их жизни.

Современная сельская молодежь далеко не аполитична: 59% респондентов в общих чертах, но интересуются политикой; 9,4% молодых людей ответили, что политика их очень интересует; 17,5% опрошенных политика не интересует совсем; 14,1% респондентов не задумывались об этом. Примечательно, что только треть молодых людей регулярно читают газету или журнал; 57,2% - читают от случая к случаю; 8,9% опрошенных не читают никаких газет и журналов. Около половины молодых людей (46,3%) постоянно смотрят телевизионные информационные передачи.

Современную сельскую молодежь отличает пассивность в общественной жизни. Подавляющее большинство опрошенных (78,5%) не участвует в работе общественных объединений, движений, партий. В жизненных ориентациях подавляющей части сельской молодежи не просматриваются гражданская позиция, чувство социальной ответственности за социальное обустройство села. Так, о своей готовности взять на себя ответственность за социальное обустройство села заявили только 13,7% опрошенных; 35,6% респондентов ответили, что не готовы взять ответственность за социальное обустройство села.

Молодые жители села считают, что им присущи такие личные качества, как: добросовестность (45,6%), чувство личной ответственности (42,9%), чувство собственного достоинства (40,9%), чувство долга (39%), организованность (25%). В то же время признают, что из присущих им личностных качеств их больше всего беспокоят: слабая воля (29,6%), отсутствие инициативы (20,3%), подверженность дурному влиянию (17,8%), слабая физическая подготовка (14%), неумение общаться с людьми (13,3%), конфликты с окружающими (12,8%), отсутствие интересов в жизни (11,5%).

Только треть молодых людей очень любит работать на земле; 42,3% респондентов ответили, что занимаются сельскохозяйственными работами на своем приусадебном участке без особой любви; 7,9% опрошенных откровенно ответили, что не любят и не занимаются сельскохозяйственным трудом. Еще 21% респондентов сказали, что не любят, но занимаются сельскохозяйственными работами на своем приусадебном участке. Каждый десятый молодой житель российского села имеет желание самореализоваться в сфере агробизнеса (что вполне достаточно для воспроизводства сельскохозяйственных кадров). Каждый шестой готов создать свое собственное крестьянское хозяйство. О своем желании самореализоваться в сфере агробизнеса мужчины дали в четыре раза больше утвердительных ответов, чем женщины.

В числе жизненных намерений сельской молодежи на первом месте - стремление профессионально самоопределиться, найти приличную работу (60%), на втором - стремление как можно больше зарабатывать (30,3%), на третьем - стремление к саморазвитию, самообразованию, профессиональному росту (8,6%). Однако крайне малое число молодых людей настроены на самосовершенствование и профессиональное развитие - 8,6%. Подавляющая часть сельской молодежи (60,6%), по ее признанию, ведет не совсем здоровый образ жизни.

По признанию молодых людей, проживающих на селе, главным препятствием на пути реализации их жизненных планов выступает отсутствие необходимых денежных средств (63%). На недостаток воли и трудолюбия указали всего лишь 8,9% опрошенных. На низкое качество полученного в школе образования - только 7,8%. Еще 16% в числе причин, мешающих молодым людям реализовать свои жизненные планы, указывают социально-экономическую ситуацию, сложившуюся в стране.

Интересен рейтинг потребностей сельской молодежи. На вопрос о том, чего им не хватает в жизни, ответы респондентов распределились следующим образом: материальных средств (65,1%), хорошей профессии (31,5%), нормальных жилищных условий (29,8%), знаний (27,6%), уверенности в себе (21%), культурной жизни (18,8%), верных друзей (16,5%), здоровья (15,6%), влиятельных знакомых и родственников

(12,6%), информации (11%).

Каждый четвертый молодой житель села, если бы предоставилась возможность, переехал бы в новую квартиру в город; 31,4% опрошенных хотели бы иметь добротный дом в деревне; 18,3% молодых людей уехали бы жить и работать за границу; 8% переехали бы на жительство в другой регион России.

Моральные устои сельского сообщества, как показало исследование, претерпели существенные изменения и вплотную коснулись значительной части молодежи. Большая часть респондентов (62,9%) ответили, что ни при каких обстоятельствах в достижении каких-либо личных целей они не допускают такие виды деятельности, как рэкет, шантаж, мошенничество, воровство. Вместе с тем 8,7% опрошенных сказали, что в определенных обстоятельствах они готовы ради достижения личных целей пойти на рэкет, шантаж, мошенничество, воровство. Еще 28,4% молодых людей затруднились с ответом на этот вопрос.

Распространенным явлением среди взрослых и молодежи сегодня стал неофициальный брак. Половина опрошенных людей считают его нормальным явлением современной жизни; 21,5% респондентов одобряют такую форму отношений между мужчиной и женщиной; 12,4% затруднились высказать свое отношение к этому явлению; 9,7% молодых людей не одобряют и 5,5% считают неофициальный брак негативным фактом современной жизни.

В числе базовых потребностей молодежи – возможность продолжить образование. Выяснилось, что в 71,3% случаях возможностей повысить образование на селе нет.

Потребность в трудоустройстве является одной из ведущих для сельской молодежи. Большинство респондентов (64,3%) ответили, что возможности для трудоустройства молодежи в их селе отсутствуют. Столько же молодых людей считают, что в их селе отсутствуют условия для открытия своего дела. Половина опрошенных отмечают, что в условиях их села можно заниматься фермерством, и почти столько же молодых людей говорят об отсутствии таких возможностей.

Удовлетворение культурных потребностей – важная составляющая жизни молодежи села. Более половины респондентов ответили, что в их селе нет возможностей для культурного проведения досуга; 71,4% молодых людей заявили, что там, где они живут, имеются возможности для занятий физкультурой и спортом.

Исследование показало высокий уровень миграционных настроений сельской молодежи (53%). В числе причин молодые люди называют отсутствие возможностей трудоустройства, желание жить в городе, слаборазвитую инфраструктуру культурного досуга, невозможность устроить личную жизнь, отсутствие условий для самореализации и профессионального роста. Как показали ответы респондентов, только каждый девятый выпускник сельской школы связывает свою судьбу с жизнью и работой в родном селе, точнее – каждый шестой юноша и только каждая одиннадцатая девушка. Если бы была реальная возможность трудоустройства, то более 20% выпускников школ готовы были бы связать свою жизнь с селом.

Ориентация на миграцию не зависит ни от образования родителей, ни от рода их занятий, ни от дохода семьи и его оценки респондентами. А это может говорить только об одном: тенденция на миграцию молодежи из села носит всеобщий характер. С миграцией молодежи село не просто теряет перспективу. Страна теряет село со всеми вытекающими из этого последствиями.

Подводя итог, можно сказать, что изучение социально-педагогических характеристик сельских детей и молодежи дает богатейший материал для выработки стратегии решения проблемы социального развития села с опорой на потенциальную силу, человеческий ресурс сельского социума.

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

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЫВШИМ ЗАЛОЖНИКАМ

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва).

В настоящей статье описывается опыт оказания психологической помощи заложникам, захваченным террористами в театре «Норд-ост». Работа проводилась на волонтерских началах в октябре–ноябре 2002 г.: в больнице № 7 г. Москвы - 9 пациентам (6 взрослым и 3 старшеклассникам в возрасте 15-17 л.); в детской больнице № 13 им. Филатова - 6 подросткам в возрасте от 11-15 л.¹

УСЛОВИЯ И ЗАДАЧИ РАБОТЫ

Специфика проводившейся работы характеризовалась следующими обстоятельствами:

1. Тяжесть физического состояния пострадавших определялась не только и, вероятно, не столько предшествующим стрессом (трехдневным пребыванием в качестве заложников), сколько интоксикацией, вызванной воздействием отравляющего вещества, примененного при освобождении.

2. Повышенное общественное внимание к террористическому акту вызвало большой наплыв в больницу посторонних лиц: следователей ФСБ, тележурналистов и т. п. В связи с этим пострадавших побуждали многократно рассказывать о произошедшем, не учитывая возможного влияния расспросов на их психологическое состояние. В больнице проводились рекламные благотворительные акции, снимаемые ведущими телеканалами.

3. Психологическое состояние многих пациентов было осложнено отсутствием информации о судьбе их родных и близких, находившихся вместе с ними в качестве заложников и потерянных во время освобождения.

В качестве основной задачи психологической экспресс-помощи мы рассматривали смягчение негативных переживаний пострадавших. Эта задача типична для краткосрочной психотерапии, которая, в отличие от ее продолжительных форм, направлена не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний, дискомфорта или депрессии» [1, с. 24]. Существенное повышение уровня субъективного благополучия вполне может быть достигнуто уже за один-два психотерапевтических сеанса [9].

Преодоление или смягчение эмоционального дискомфорта представлялось нам важным не только само по себе, но и как фактор, способствующий эффективности лечения, улучшению физического состояния пациентов, а также как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у половины и более людей, переживших тяжелую психотравму, подобную захвату в заложники [5]. Среди детей его распространенность может достигать более 70% даже через год после психотравмы [10].

РАБОТА В БОЛЬНИЦЕ № 7

Работа была начата 26.10.02. в 19 ч. того же дня, когда в больницу поступили заложники, и продолжалась до 2:30 ночи. Больные находились в отделении интенсивной терапии. По медицинским показаниям им было запрещено вставать с постели. Пациентов, нуждающихся в помощи, мы находили как самостоятельно, так и с участием врачей и медсестер, указывавших нам тех, кто не мог уснуть, был вялым, апатичным, не реагировал на окружающее и т. п.

У беседовавших с нами пострадавших был ярко выражен так называемый «стокгольмский синдром»: симпатия к террористам, сочувствие их переживаниям и более или менее выраженная идентификация с их целями. Это можно рассматривать как проявление действия одного из защитных психологических механизмов - идентификации с агрессором [7]. Очень значимым для бывших заложников было воспоминание об эмоциональной поддержке, которую они оказывали друг другу. Они интересовались судьбой людей, с которыми находились рядом, почти так же сильно, как судьбой своих родственников. Типичным было беспокойство по поводу периода, выпавшего из памяти в связи с отравлением (момент освобождения и

¹ Авторы выражают благодарность медицинскому персоналу больниц, обеспечившему условия для психологической работы, – И. В. Клименко, Я. М. Луцкому и С. И. Страхову, а также зав. кафедрой РМАПО Ю. С. Шевченко и доценту кафедры Е. Г. Дозорцевой, оказывавшим нам постоянную профессиональную поддержку.

последующие несколько часов). Больные расспрашивали психолога о том, что происходило в это время с ними самими и с другими людьми, что сделали с террористами и т. п.

В ходе психокоррекционной работы проводился дебрифинг, предоставлявший пострадавшим возможность отреагирования переживаний. Давалась легитимация этих переживаний. Выполнялись отдельные запросы пациентов – например, помочь заснуть, снять напряжение в груди и т. п. Большое психотерапевтическое значение имело предоставление бывшим заложникам информации о близких, отсутствие которой существенно ухудшало психологическое состояние пациентов. Выполнялись также отдельные просьбы медицинского персонала (например, проведение сеанса релаксации для медсестер, испытывавших стресс и усталость).

Приведем несколько примеров проводившейся работы.

На предложение психологической помощи наиболее охотно откликнулся пациент М. (21 г., студент, капельдинер театра «Норд-ост»). Состояние на момент посещения психологов: активен, оживлен, чрезмерно возбужден; по сообщению медсестры, несколько раз вставал с постели (в нарушение запрета врача). Существенно повышен уровень тревоги, беспокойства. Одна из основных причин этого – отсутствие информации о судьбе младшего брата, страдающего сердечным заболеванием и также оказавшегося в заложниках. Испытывает чувство вины в связи с тем, что сам пригласил брата на работу в театр, т. е. «стал причиной того, что брат попал в заложники». Волнуется за мать («Как она это переживет? Она ведь даже не знает, живы ли мы!»). Беспокоится по поводу пропуска занятий в институте. М. по собственной инициативе рассказал о пережитом. Утверждал, что боялся только в первый день. Отметил особую важность имевшейся среди заложников взаимоподдержки, рассказал о самоотверженном поведении директора театра.

В соответствии с запросом М., с ним была проведена длительная беседа. Ее основная направленность состояла в снятии чувства вины. Психолог связался по телефону с матерью пациента, проживающей в Удмуртии, выяснил, что брат М. находится в другой больнице в удовлетворительном состоянии, и с разрешения дежурного врача предоставил пациенту возможность поговорить с матерью по мобильному телефону.

В результате настроение пациента улучшилось, он успокоился, снялось чрезмерное возбуждение. Очевидно, наибольшую роль в этом сыграла не беседа с психологом, а телефонный разговор с матерью.

Некоторые бывшие заложники отказывались от психологической помощи, утверждая, что с ними «все в порядке» или что они «справятся сами». Вместе с тем, у них наблюдались признаки подавленности: амимия, тихая, неинтонированная речь, общая заторможенность, отказ от еды и т. п. В этих случаях психолог оставался рядом с больным и либо начинал помогать в бытовом плане (например, подавал чашку с питьем), либо спрашивал о физическом самочувствии, либо предлагал «просто посидеть рядом, познакомиться» и т. п. Обычно через некоторое время пациент сам заводил разговор – или непосредственно о пережитом, или о каких-либо связанных с этим обстоятельствах. Иногда разговор начинался с вопросов пациента о том, что делалось в это время «на свободе».

Пациент С., 28 л. Женат, имеет сына 6 л. и дочь 4,5 л. Жена также была заложницей, в настоящее время находится в кардиологическом отделении той же больницы. Состояние на момент посещения психологов: неподвижно лежит в кровати, пассивен, напряжен. Депрессивный фон настроения. Отказывается от беседы, утверждая, что с ним «все в порядке». Говорит, что пережитое никак на него не повлияло.

После того как психолог некоторое время просидел рядом с ним молча, С. начал разговор, рассказав о принятом им решении посвящать больше времени общению со своими детьми. Разумеется, психолог активно одобрил это решение. С. поинтересовался его мнением о том, стоит ли рассказывать о пережитом сыну (не станет ли это для того психологической травмой). Психолог посоветовал рассказать, подчеркнув не тяжесть условий, а те внешние и внутренние опоры, которые помогли их выдержать. С. назвал в качестве важнейшего поддерживавшего его фактора сплоченность людей в беде. Рассказывая об этом, он оживился, но высказал сожаление, что такое единство проявляется только в экстремальной ситуации и отсутствует в обычной жизни. Психолог отметил значимость подобного экстремального опыта и подчеркнул достоинство поведения как С., так и других заложников.

В ходе беседы С. рассказал о двух стороживших их террористах – взрослом и мальчике 17 л. По его словам, взрослый относился к заложникам вполне по-человечески, а в мальчике «нет ничего, кроме злобы и ненависти». Посочувствовал, что тот умер, так и не успев испытать в жизни ничего другого.

Одной из затронутых С. тем стали его сомнения в правильности предпринимаемой покупки квартиры в Москве, которая после теракта стала казаться ему слишком опасным местом («Можно ли вообще жить в Москве?»). Психолог посоветовал отложить не только принятие, но и обдумывание важных решений до выхода из стрессового состояния; С. положительно отнесся к этой рекомендации.

Почувствовав доверие к психологу, С. перестал утверждать, что его состояние благополучно, и пожаловался на мучающее его чувство стеснения в груди. С ним был проведен сеанс релаксации. Реакция ярко по-

ложительная («смотрите, я впервые за все это время потягиваюсь», «исчезло напряжение в груди»).

В целом эффект проведенной работы может быть оценен положительно: резко снизился уровень тревоги, напряженности и вместе с тем повысился психический тонус, оживились мимика и речь. С. отметил изменение своего отношения ко многим волновавшим его вопросам, исчезли депрессивно окрашенные рассуждения. Попросил оказать психологическую помощь его жене, однако удовлетворился полученным из кардиологического отделения сообщением о том, что она чувствует себя хорошо.

Тяжесть психологического состояния была тесно связана с физическим самочувствием больных, причем эта связь была двусторонней, как видно из следующего примера.

Пациент В., 26 л., доставлен в больницу в состоянии клинической смерти. Состояние на момент посещения психологов: апатия, слабость, пассивность, депрессивный фон настроения. Лицо амимично, речь тихая, интонированная. Отказывается от еды, мотивируя это тем, что опасается рвоты. Очень беспокоится за мать, которая также находилась в числе заложников и судьба которой ему неизвестна.

Вначале В. не вступал в беседу с психологом. Общение началось с того, что психолог помог ему взять чашку с питьем, стоящую на стуле у кровати. Была проведена короткая беседа о пережитом В., о его состоянии в настоящий момент. Обсуждена симметричность ситуации у В. и его матери (он волнуется за нее, она – за него). Психолог выяснил, в какой больнице лежит мать В., убедился в том, что она находится в удовлетворительном состоянии и с разрешения врача предоставил пациенту возможность поговорить с ней по мобильному телефону.

Первоначальная беседа с психологом привела к некоторому улучшению психологического состояния пациента (слегка оживилась мимика, повысилась интонированность речи). Телефонный разговор с матерью способствовал значительно более выраженному улучшению состояния: повысился уровень психической активности, появилась улыбка. В. сам стал инициировать общение, задавать вопросы. После разговора пациент с аппетитом поел.

Большинство пациентов отмечало, что они испытывали страх только вначале, а затем «устали бояться», и страх возобновлялся, только когда террористы начинали стрелять. Однако один из пострадавших описал свое состояние в период пребывания в заложниках иначе.

Пациент А., 18 л., студент I курса. Состояние на момент посещения психологов: пассивен, заторможен; тоскливое выражение лица. Жалуется на страх, преследующий его до сих пор. Отрицательно оценивает свое поведение в зале («все время боялся»).

По просьбе А. с ним была проведена беседа, в ходе которой дана легитимация страха; указано на достойное поведение А. (не устраивал истерик и т. п.); отмечена особая ценность такого поведения при учете мучившего его страха (способность справляться с собой). В ответ на наводящие вопросы психолога А. отметил важность имевшейся взаимоподдержки между заложниками, привел примеры того, какую поддержку оказывал другим и получал от других.

Эффект проведенной беседы может быть оценен положительно: достигнуто снижение тревоги, повышение самооценки, прекращение самообвинений, но состояние по-прежнему далеко от нормального.

Как видно из этих описаний, раннее начало психологической помощи позволило обеспечить отреагирование переживаний и существенно улучшить психологическое состояние и физическое самочувствие пациентов. В дальнейшем к работе с пострадавшими подключилась другая психотерапевтическая бригада. Мы же начали работу с подростками, поскольку специалистов, имеющих опыт психокоррекции острых стрессовых состояний у подростков, оказалось гораздо меньше, чем психологов и психотерапевтов, специализирующихся на работе со взрослыми.

РАБОТА В ФИЛАТОВСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

В Филатовской больнице нам удалось начать работу только на 3 день после освобождения заложников. Судя по описанию состояния детей, данному врачами впоследствии, мы поняли, что наше присутствие было бы желательно в первый же вечер или, по крайней мере, на следующее утро после их помещения в больницу. Задержка была вызвана тем, что, пока пациенты находились в остром состоянии, зав. отделением и лечащий врач сомневались в уместности психологической помощи (впоследствии они оценили ее как безусловно полезную). Работа проводилась с 28.10. по 6.11.03 г. Количество пациентов уменьшалось по мере их выписки. В дальнейшем с ними поддерживалась периодическая телефонная связь.

Во время первого визита психологов подростки находились в токсикологическом отделении. Пятеро из них вставали с постели, ходили по палате, заходили в соседние палаты, и только один все время лежал (хотя и ему постельный режим не был предписан врачом). Подростки жаловались на болезненные уколы и на то, что им скучно лежать в больнице. О своем пребывании в качестве заложников они либо вообще не хотели говорить, либо рассказывали как о некоем приключении.

Пациент Н., 14 л. Был привезен в больницу в состоянии комы, из которого не выходил в течение трех часов. По словам врача, по выходе из комы долго не мог назвать свои имя и фамилию; в ответ на вопросы

только плакал. В момент посещения психологов состояние хорошее. Мимика живая; улыбается, активно участвует в беседе. Спокойно рассказывает о произошедшем. Сообщает: «Нам повезло, попались очень хорошие террористы – Рашид и Аслан. Они нам все старались дать – «фанту», шоколадки. Мы были наверху, у нас был туалет – женский, а там, внизу, не было».

Мы предположили, что отсутствие или оптимистический тон рассказов о пребывании в качестве заложников вызваны действием механизмов психологической защиты. Известно, что подобная инкапсуляция травмирующих переживаний в дальнейшем чревата появлением невротических симптомов [10]. Несмотря на это, мы не стали провоцировать немедленное отреагирование этих переживаний, т. к. опасались, что активное вмешательство, прерывающее работу защитных механизмов, может усилить патогенное воздействие психотравмы. Компетентные специалисты указывают, что «...вмешательства, проведенные с благими намерениями, но без учета различий в индивидуальных потребностях детей, действительно могут причинить вред» [8, с. 302]; «нападать на защитные системы без понимания их важности для поддержания баланса – значит подвергать клиентов риску психологического ущерба» [2, с. 17].

Первый день работы мы посвятили, в основном, знакомству с подростками и организации взаимодействия между ними в малых группах (по 2-3 человека). В результате пережитого стресса подростки испытывали чувство одиночества. Несмотря на совместное пребывание в больнице, они не могли самостоятельно наладить содержательное общение между собой, оказать друг другу эмоциональную поддержку. Активизация общения была достигнута благодаря простым словесным играм, обсуждению планов, занятиям совместным рисованием и т. п. Психологи также помогали подросткам преодолеть «министрессы», возникшие из-за отсутствия информации о близких или по другим ситуативным причинам.

Пациентка А., 11 л. На момент визита психологов сидит на кровати, плачет. В этот день врач впервые разрешил посещение подростков родителями, а А. никто не навещал. Оба ее родителя вместе с ней были на спектакле и оказались в заложниках. О их судьбе девочке ничего не известно. Она особенно беспокоится за отца, страдающего астмой. Настаивает на том, что ей необходимо срочно выписаться из больницы, чтобы ухаживать за полторагодовой сестрой, поскольку пожилая бабушка – единственный оставшийся дома взрослый человек – не сможет с этим успешно справиться.

Женщина-психолог предложила А. «немного побыть ее мамой». Девочка приняла предложенную ей полуигровую ситуацию, успокоилась. По своему мобильному телефону психолог созвонилась с больницами, в которых лежали родители девочки, и выяснила, что их состояние не внушает опасений. С разрешения врача она также предоставила А. возможность поговорить по телефону с бабушкой. В итоге психологическое состояние девочки значительно улучшилось.

О своем пребывании в заложниках А. рассказывала как о неприятном, но не особенно значимом эпизоде. Так, она пожаловалась, что, когда террористы бросали в зал конфеты и шоколадки, ей не удалось ничего поймать. Высказывала обиду (но не более сильные чувства) по поводу того, что ее не выпустили, хотя других детей ее возраста и даже старшие выпускали (А. – крупная девочка, выглядящая старше своего возраста, и террористы не поверили, что ей всего 11 лет).

Только к самому концу первого дня работы с подростками один из них сам обратился к психологу с просьбой поговорить о своем пребывании в качестве заложника.

Д., 13 л., актер из детской труппы театра «Норд-ост». Состояние на момент посещения психологов: возбужден, беспокоен. Существенно повышен уровень тревоги. Ощущает потребность в помощи, но решается поделиться своими переживаниями, только когда психологи уже собираются уходить.

Д. рассказал, что во время пребывания в качестве заложника он «плохо себя вел» и поэтому боится, что теперь его выгонят из труппы. Как выяснилось при дальнейших расспросах, его «плохое поведение» состояло в том, что он смеялся, хотя окружающие говорили ему, чтобы он перестал. На вопрос психолога о том, было ли ему страшно, Д. ответил отрицательно, как и на вопрос о том, действительно ли ему было смешно (весело). Объяснить, почему он смеялся, не смог. По-видимому, он не мог объяснить это и себе самому, что на данный момент являлось одним из источников дополнительной психологической нагрузки.

Психолог проинтерпретировал для Д. его смех как парадоксальное проявление не осознаваемого им самим страха и бессознательную попытку преодолеть этот страх. Было объяснено, что такие проявления, хотя и не особенно часты, но вполне естественны. Д. охотно принял такую интерпретацию своего смеха (дающую ему легитимацию), что способствовало снижению уровня беспокойства. С мальчиком был особо обсужден вопрос о том, как его встретят члены труппы. Психолог спросил Д., как он сам отнесется к такой встрече. Когда мальчик ответил, что будет очень рад, ему предложили поставить себя на место своих товарищей, представить себе, какие чувства они испытают. Подключение эмоциональных представлений позволило Д. преодолеть свои опасения, вызванные абстрактными рациональными соображениями.

У Д. ярко проявилось избегание травмирующего переживания посредством смещения тревоги на второстепенное в данной ситуации событие – его смех во время пребывания в заложниках. Аналогичный ха-

рактер носило беспокойство М. по поводу пропущенных занятий в институте и волнение А. об уходе за маленькой сестрой. Мы полагаем, что этот феномен сходен со смещением аффекта, описанным К. Левином и Т. Дембо [3].

Мы старались как можно больше времени находиться в больнице, не стимулируя актуализацию травмирующих переживаний и дожидаясь момента, когда они проявятся спонтанно или под влиянием каких-либо случайных внешних событий. К сожалению, первый такой эпизод все же произошел в наше отсутствие, около 11 ч. вечера.

Во время визита в больницу родители одного из подростков оставили ему мобильный телефон. Подросток созвонился со своим другом, и тот подробно пересказал содержание телевизионных передач, посвященных жертвам теракта – в частности, сообщил число погибших заложников (более ста, в том числе несколько детей). Распространение этой информации среди подростков-пациентов вызвало у них патологическое возбуждение, которое врачам пришлось купировать медикаментозно.

В других случаях, когда актуализация болезненных воспоминаний происходила в присутствии психологов, возвращение к благоприятному эмоциональному состоянию достигалось посредством психотерапевтически ориентированной беседы. Опишем одну из таких ситуаций, возникшую больше чем через неделю после освобождения детей.

Заранее было известно, что вечером по телевизору должны показать интервью с подростками-пациентами, взятое у них в больнице. Врач разрешил им посмотреть интервью, мы также не возражали против этого, понимая, насколько им интересно увидеть и услышать себя.

Неожиданно для нас перед интервью была показана компьютерная симуляция того, что произошло бы, если бы террористы взорвали бомбу, заложенную ими в центре здания. В мультипликационном изображении был показан взрыв с объяснением того, в какой последовательности погибали бы заложники, находящиеся в разных частях зала, кто из них погиб бы непосредственно от взрыва, а кто был бы раздавлен обломками здания, и т. п. Естественно, эта передача вызвала у подростков бурную эмоциональную реакцию. Приведем описание беседы, состоявшейся после этого с пациенткой А. и начатой по ее собственной инициативе.

В начале разговора в палату зашел лечащий врач, к которому А. относилась вполне доброжелательно. Он попросил разрешения тоже присутствовать, но А. такого разрешения не дала. Это говорит о том, что ее отношение к психологам было более доверительным.

Если в первый наш визит А., в основном, жаловалась на свои неудачи в ловле шоколадок, бросаемых в зал террористами (см. описание выше), то теперь она рассказала о значительно более серьезных переживаниях. По собственной инициативе А. нарисовала пальцем на столе подробный план зрительного зала, стараясь отметить даже мельчайшие детали, и указала на нем место, где сидели они с мамой. По ходу рассказа она многократно возвращалась к этому плану и уточняла его, как будто продолжала видеть и след от своего пальца на столе, и сам зал.

А. вспомнила, что сразу, когда на сцене появились террористы, мама скомандовала ей: «Руки за голову, глаза в пол – и сиди тихо». Девочка рассказала, что было очень опасно встречаться глазами с террористами – это, как сказала ей мама, могло их разозлить, – а не смотреть было трудно: когда кто-либо из них проходил по залу, это притягивало взгляд.

По словам А., когда они находились в качестве заложников в зрительном зале, «время потерялось»: было непонятно, когда ночь, а когда день, сколько всего времени прошло с момента захвата (несколько часов или несколько дней). Девочка поделилась воспоминанием о том, что в какой-то момент у нее «началось что-то вроде истерики». Это произошло из-за полной неизвестности, которая была хуже всего. Она сказала маме: «Уж лучше бы точно знать, что погибнешь», на что та ответила: «Ну, так и считай, что точно погибнешь». Это и вывело А., по ее собственному мнению, из состояния истерики.

Хочется особо отметить этот удачный психотерапевтический прием, примененный матерью девочки (в духе «парадоксальной интенции» В. Франкла [6], знакома с которой она не была), а также ее общую разумную позицию, сыгравшую большую роль в поддержании психологического состояния дочери.

А. рассказала, что во время пребывания в заложниках приступы астматического кашля у ее отца случались не чаще, а даже реже, чем обычно. «Это было даже хорошо, что он кашлял: мы с мамой тогда знали, что с ним все в порядке» (они оказались далеко от отца, поскольку террористы держали мужчин и женщин отдельно друг от друга).

Ко времени беседы у А. уже полностью исчез «стокгольмский синдром». По поводу увиденных по телевизору кадров с убитыми террористами она сказала: «Когда я увидела их сдохших... простите, как сказать?... действительно, сдохли... захотелось их оживить и бить, бить – не до смерти, а так, чтобы они почувствовали то, что сделали другим...».

Беседа продолжалась в общей сложности около часа. Дважды за это время А. как бы оканчивала

рассказ о пережитой ею трагедии и переходила на какие-либо нейтральные темы, но потом снова возвращалась к мучившим ее воспоминаниям. Только на третий раз мы почувствовали, что А. наконец «выговорилась». Тогда психолог перевел разговор на обсуждение нынешней, уже достаточно благоприятной домашней ситуации и планов на ближайшее будущее.

К концу беседы эмоциональное состояние девочки существенно улучшилось. Она почувствовала облегчение от того, что смогла поделиться своими переживаниями с доброжелательными и сочувствующими слушателями. В ходе беседы ей удалось переосмыслить и принять собственные переживания. Благоприятное эмоциональное состояние без каких-либо эксцессов сохранялось и в последующие дни.

Можно полагать, что до проведенного обсуждения у А., вследствие работы защитных механизмов, имелось глубокое расхождение между осознаваемой и бессознательной интерпретацией произошедшего. На сознательном уровне пребывание в заложниках оценивалось как неприятное приключение, на бессознательном – как трагически-абсурдный эпизод, прерывающий (или даже прекращающий) нормальное течение жизни. В результате беседы оно оказалось осознано как тяжелое испытание, которое она смогла выдержать и пережить благодаря маминой поддержке. Это представление было значительно более адекватно и способствовало соответствующей же перестройке бессознательной картины.

Для пациентов имела большое значение информационная поддержка, которую осуществляла студентка психологического факультета Высшей школы экономики Е. А. Морозова. Она постоянно поддерживала телефонную связь с родственниками детей, лежащих в больнице, сообщала им о состоянии пациентов и узнавала новости о ситуации дома. Эту информацию мы затем передавали детям.

Наша работа проходила в тесном контакте с лечащим врачом. В конце каждого нашего визита проводилось совместное обсуждение физического и психологического состояния подростков, намечались дальнейшие задачи психологической работы. По прямому запросу медперсонала решались такие задачи, как:

- оценка психологического состояния пациента в связи с решением вопроса о возможности его выписки;
- проведение бесед с родителями по поводу просьб детей об их преждевременной выписке;
- проведение с детьми бесед, настраивающих их на продолжение необходимого лечения в условиях стационара.

Также и врачи прислушивались к нашим рекомендациям, что положительно сказывалось на психологическом состоянии пациентов.

Так, например, в одно из наших последних посещений возникла ситуация, когда в палате мальчиков остался только один Д. (описание беседы с ним по поводу его «плохого поведения» см. выше). Остальные мальчики были уже выписаны, а у него оказались плохими результаты анализов, поэтому врачи сочли необходимым продолжение лечения. В палате у Д. находилась его мама, однако на ночь, в соответствии с больничным распорядком, она должна была уйти. Д. очень переживал по этому поводу, боялся остаться на ночь один.

У. Юл и Р. М. Уильямс [8] указывают, что подобная регрессия, проявляющаяся в трудностях сепарации от родителей, типична для детей и подростков, переживших тяжелую психотравму. Они специально отмечают, что «...даже подростки поначалу могут выражать желание спать вместе с родителями» (с. 297), и рекомендуют проявлять в этих случаях терпимость и понимание.

Мы попросили лечащего врача разрешить маме остаться с пациентом на ночь. В нарушение больничных правил, такое разрешение было дано. В итоге состояние Д. нормализовалось. В дальнейшем он продолжил лечение без просьб о выписке, постоянно имевших место ранее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специфика работы, описанной в настоящей статье, состояла в том, что наши пациенты страдали одновременно как от последствий острого психологического стресса, так и от интоксикации отравляющим газом, в связи с чем они находились в больнице. В подобных условиях приоритетными, безусловно, являются медицинские задачи, а психологическая поддержка играет подчиненную роль. Она призвана не только способствовать общему улучшению эмоционального состояния клиентов, предупреждению развития посттравматических расстройств и т. п., но и повысить непосредственную эффективность лечения.

Наш опыт показал, что для достижения этих целей необходимо тесное взаимодействие психологов и врачей. Психолог должен согласовывать с врачом время посещения, форму одежды (халат, сменная обувь и т. п.), длительность работы с больным в зависимости от его соматического состояния, задачи и формы работы, желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких и т. п.

Одним из важнейших условий эффективности реабилитационной работы является ее как можно более раннее начало. Так, возможность отреагирования негативных переживаний, имевшаяся в первый день после освобождения (работа в больнице № 7), оказалась почти утраченной к третьему дню (начало работы в Филатовской больнице). К этому времени наблюдалась высокая активность защитных механизмов, направленная на инкапсуляцию травмирующих переживаний, и вмешательство в работу этих механизмов

могло бы нанести пациентам психологический ущерб. Поэтому для отреагирования переживаний приходилось дожидаться их оживления, спровоцированного внешними обстоятельствами, а не вмешательством психолога.

По нашему мнению, психологическое вмешательство в кризисной ситуации не следует строить по какой-либо заранее составленной общей схеме. Оно должно определяться индивидуальными особенностями пациента и его состоянием на данный момент, исходить из запросов как самого пострадавшего, так и лечащего врача. Эти запросы часто не соответствуют привычным для нас представлениям о функциях психолога (например, объяснить подросткам необходимость продолжения лечения; способствовать тому, чтобы мама подростка осталась с ним на ночь в больнице, и т. п.).

В силу специфики российской культуры (точнее, недостатка психологической культуры), многие пострадавшие избегают психологической помощи. На своем опыте мы убедились в справедливости утверждения, что «...Россия еще и страна людей, которые не привыкли обращаться за помощью к каким-либо социальным службам и к иным элементам сети поддержки... Обращение к психологу-психотерапевту по-прежнему многих пугает» [4, с. 11]. В связи с этим предложение психологом своей помощи должно быть очень тактичным и ненавязчивым, но в то же время достаточно активным.

Чрезвычайно большое значение для психологического состояния клиентов имеет получение ими информации о родных и близких, о ситуации в семье и т. п. Ее предоставление является важной составной частью реабилитационной работы. В то же время информация может оказывать и негативное влияние на психический статус, поэтому необходима ее тщательная оценка и фильтрация психологом (особенно в первоначальном периоде восстановления после психотравмы).

В дополнение к работе психологов необходима помощь социальных работников и социальных служб семьям пострадавших. В функцию социального работника должно входить также поддержание связи с родственниками пострадавших, передача им сведений о состоянии и потребностях больных и т. п.

В период нашей работы в больницах три различные организации претендовали на роль психологического штаба и пытались давать нам противоречивые указания. Однако ни одна из них не предоставила ни точной исходной информации о местонахождении и состоянии пострадавших, ни контактов с врачами, ни участия социальных служб, ни мобильной телефонной связи. Все это нам пришлось обеспечивать самостоятельно, непродуктивно расходуя силы и время. Мы уверены, что многие из возникавших в процессе работы проблем можно было бы решить значительно эффективнее, если бы имелся штаб, обладающий реальной властью, располагающий информацией и координирующий деятельность разных служб.

Литература

1. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 256 с.
2. Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж. М. Техники групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.
3. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.
4. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М.: Смысл, 2002. – 182 с.
5. Тарабрина Н. В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов-инвалидов (участников боевых действий) // Клиническая психология / Под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 325-352.
6. Франкл В. Теория и терапия неврозов // Человек в поисках смысла: Сборник. – М.: Прогресс, 1990. – С. 338-359.
7. Фрейд А. Эго и механизмы защиты. – М.: Эксмо, 2003. – 256 с.
8. Юл У., Уильямс Р. М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // Детская и подростковая психотерапия. / Под ред. Д. А. Лейна, Э. Миллера. – СПб.: Питер, 2001. – С. 275-308.
9. Howard K. I., Lueger R. J., Maling M. S. & Martinovich R. A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change // J. Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61. – P. 678-685.
10. Nader K., Pynoos R. S., Fairbanks L., Frederick C. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school // Am. J. Psychiatry, 1990, 147. – P. 1526-1530.

И. Л. Крыжановская, Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова, В. А. Красов
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИАПРИДАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТИКОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ (Москва).

ВВЕДЕНИЕ

По определению Международной классификации болезней 10 пересмотра тиком является «непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и переживаются как неодолимые, хотя обычно могут быть подавлены на различные периоды времени» [7]. Тикозные расстройства включают в себя транзиторное тикозное расстройство (95.0), хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство (95.1) и комбинированное вокальное и множественное моторное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта) – (95.2.). Эти расстройства различаются по степени выраженности клинических проявлений, течению, прогнозу, реакции на отдельные группы фармакологических препаратов и характеризуются значительным полиморфизмом и вариабельностью.

По данным эпидемиологических исследований [11,13], они встречаются у 5-8% детей школьного возраста, у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек. Для их лечения обычно используется комплексная терапия, включающая, наряду с психо-, физио-, иглотерапией, различные группы фармакопрепаратов: бензодиазепины, стимуляторы, антидепрессанты, противосудорожные препараты и нейролептики, преимущественно галоперидол и пимозид, являющиеся блокаторами дофаминовых рецепторов, а в последнее время и тиапридал, о чем имеются немногочисленные сообщения [5, 9, 12, 13].

Тиапридал (тиаприд) – атипичный нейролептик из группы замещенных бензамидов, избирательно блокирующий D_2 дофаминовые рецепторы. Его действие (как и действие галоперидола и пимозиды) основывается на данных о гиперактивности дофаминового аппарата (D_1 и D_2 рецепторов) при тикозных расстройствах [1,12, 13, 14]. В психиатрии тиапридал в настоящее время достаточно широко применяется в терапии наркотического абстинентного синдрома и постабстинентных расстройств [2,4,], алкогольного психоорганического синдрома [3], эндогенных заболеваний [6,8, 10].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1998 г. нами проводится открытое контролируемое исследование эффективности тиапридала в комплексной терапии тикозных расстройств у детей. Всего было пролечено 60 детей (36 мальчиков, 24 девочки; соотношение М:Д=1,5:1), у которых тики были ведущими психоневрологическими расстройствами и явились причиной обращения в детское отделение Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. 45 детей находилось на стационарном и полустационарном лечении с последующим консультативным наблюдением, 15 детей лечились только амбулаторно. Возраст детей колебался от 6 до 16 л., в среднем составляя 10 л. 3 мес. У 56 обследованных диагностировалось хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство, у 4 – синдром де ля Туретта. У большинства детей (55 человек) тики были полиморфными (3-6 различных тиков) и лишь у 5 человек наблюдался только 1 вид тиков (учащенное моргание). Почти у всех детей присутствовали лицевые тики, которые сочетались с моторными тиками других частей тела: мышц шеи, плечевого пояса, туловища, конечностей. Нередко у этих детей отмечались также респираторные и (реже) вокальные тики. Характерна значительная вариабельность в локализации тиков у каждого ребенка в разные возрастные периоды жизни – замена одних тиков другими или присоединение новых видов к имеющимся. У части детей, помимо тикозных расстройств, выявлялись другие нервно-психические нарушения, в т. ч. церебрастенические, гиперкинетические, невротические, эмоциональные и аффективные нарушения. В одних случаях они предшествовали появлению тикозных расстройств или возникали одновременно с ними, в других формировались в процессе болезни в качестве невротической реакции на тикозный гиперкинез.

Всем детям проводилось клинико-психопатологическое обследование с использованием специально разработанной шкалы для объективизации степени выраженности симптоматики, которая оценивалась по 4-балльной системе: 0 – отсутствие симптомов, 1 – слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – значительно выражены. Распределение детей по степени тяжести тикозных расстройств: 13% – легкая, 52% – умеренная, 35% – тяжелая.

Для уточнения соматического и неврологического состояния детей проводились консультации врачей других специальностей (педиатра, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога). Осуществлялась психологическая оценка уровня познавательных способностей больных, в том числе количественное определение интеллекта при помощи методики Векслера, в сочетании с результатами других психологических тестов, направленных на оценку уровня внимания, памяти, работоспособности. Каждый ребенок прошел электрофизиологическое обследование. У всех обследованных детей интеллект соответствовал возрастной норме. При ЭХО-ЭГ-исследовании определялись признаки внутричерепной гипертензии. На ЭЭГ выявлялись различной степени выраженности диффузные изменения биоэлектрической активности головного

мозга с дисфункцией стволово-диэнцефальных структур, а у половины из них – пароксизмальные проявления, снижение порога судорожной готовности, у отдельных детей – проявления эпилептиформности. У части детей выявлялась легкая патология ЛОР-органов и функциональные нарушения сердечной деятельности и желудочно-кишечного тракта.

Длительность существования тиков у детей до начала лечения тиапридалом колебалась от 6 мес. до 8 л., в среднем составляя 2г. 7 мес. 75% детей (45 чел.) ранее получали медикаментозное лечение, включавшее транквилизаторы, седативные препараты, в т. ч. растительного происхождения, ноотропы, нейролептики (галоперидол сонапакс), финлепсин, а также дегидратацию и препараты, улучшающие мозговое кровообращение. Немедикаментозные методы лечения включали физиотерапевтические процедуры и психотерапию. У 60% детей эффект от проводимой терапии был кратковременным, нестойким, часто наблюдался только во время проведения курсов.

Тиапридал (в 1 таб. 100 мг тиаприда) назначался в суточной дозе от 75 до 300 мг в 2-3 приема в зависимости от возраста ребенка, его массы и степени выраженности тиков. Эффективная доза и частота приема определялись поэтапно начиная с 25-50 мг/сут. Длительность курса лечения составляла от 1 до 3 мес. (чаще 2 мес.) в зависимости от тяжести состояния. В течение года проводились обычно 2 курса с перерывами между ними в среднем 4-6 мес. В зависимости от сопутствующих психопатологических и неврологических расстройств лечение тиапридалом сочеталось с дегидратационной терапией (триампур, диакарб, дегидратационная микстура), препаратами, улучшающими мозговое кровообращение (кавинтон, винпоцетин, циннаризин и др.), приемом пантогама и глицина (реже фенибута). В части случаев к указанной терапии присоединяли на определенный период (в среднем 2-3 нед.) один из перечисленных препаратов: реланиум (5-7,5 мг/сут.), феназепам (до 0,5 мг на ночь), сонапакс (до 30 мг/сут.), финлепсин (100 мг на ночь).

Положительная динамика устанавливалась на основе сравнения с данными предыдущего (малоэффективного) лечения у одного и того же ребенка, а также при присоединении к ранее применявшейся схеме лечения тиапридала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полный курс лечения завершили все больные. Ни в одном из наблюдений не были зафиксированы клинически значимые побочные эффекты, а также взаимодействия между тиапридалом и другими использовавшимися фармакологическими средствами. Выявлялась четкая зависимость эффективности от длительности предыдущего лечения: чем более продолжительным оно было, тем требовались более длительные курсы лечения с использованием высоких дозировок тиапридала. У ранее не лечившихся детей положительные результаты достигались за более короткий период времени при меньших дозах препарата.

Графически результаты 1 курса лечения тиапридалом детей с тиковыми расстройствами представлены на рис. 1.



Рис. 1. Результаты 1 курса лечения тиапридалом детей с тиковыми расстройствами.

1 – полная редукция; 2- значительное улучшение; 3 – незначительное улучшение; 4 – отсутствие эффекта.

После первого курса терапии тиапридалом полная редукция тиков наблюдалась у 36 чел. (60,0 %), значительное улучшение - у 12 чел. (20,0 %), незначительное улучшение - у 8 чел. (13,3 %), отсутствие эффекта - у 4 чел. (6,7 %), т. е. пятой части детей требовались повторные курсы терапии.

Обратная динамика выраженности тикозных расстройств в значительной степени различалась у детей с хроническим тикозным расстройством (F95.1) и синдромом де ля Туретта (F 95.2), что графически представлено на рис. 2.

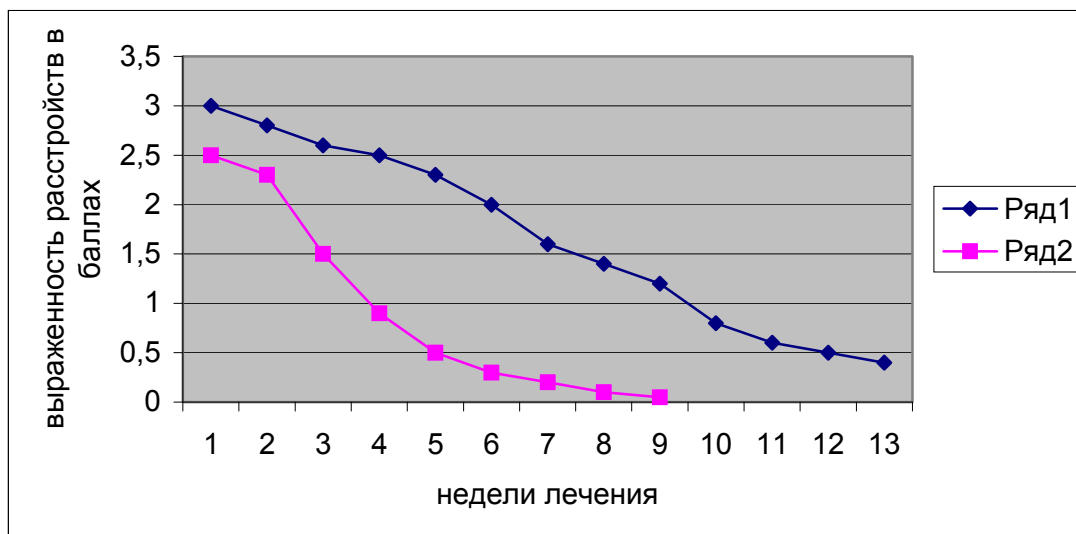


Рис. 2. Терапевтическая динамика тикозных расстройств при комплексном лечении с применением тиапридала.

1 ряд – синдром де ля Туретта. 2 ряд – хроническое тикозное расстройство.

У детей с хроническим тикозным расстройством уменьшение частоты тиков начиналось практически через 1 нед. после начала лечения, у части из них к концу 2 нед. лечения отмечалось их исчезновение. В большинстве же наблюдений значительное улучшение или полная редукция тиков наступала через 3-4 нед. При значительном полиморфизме расстройств, наличии вокализмов, длительном периоде предшествующего лечения, чаще наблюдавшихся у больных с синдромом де ля Туретта, отчетливые изменения в состоянии наблюдались через 2-3 мес. Раньше других исчезали тики мимической мускулатуры, а также мышц шеи, плечевого пояса, респираторные тики. Существенно позже редукции подвергались вокализмы и учащенное моргание.

Длительность ремиссий у детей составляла 6-12 мес. Большинству детей (до 75%) в дальнейшем назначались профилактические курсы терапии, обычно 1-2 раза в год (осенью и весной). Продолжительность профилактического курса лечения в среднем составляла 1,5 месяца при средней суточной дозе тиапридала 75 мг. Тиапридал назначался в комплексе с дегидратационными и вазоактивными средствами, препаратами нейрометаболического действия. При возобновлении тиков, которое наблюдалось у 1/3 больных, ни в одном случае они не достигали выраженности и частоты, имевшихся до лечения тиапридалом.

Параллельно на фоне проводимого лечения уменьшались или исчезали имевшиеся церебрастенические расстройства, фобии, навязчивости. Дети становились более спокойными, уравновешенными, уверенными в себе, отчетливо повышалась их работоспособность.

Выявлена хорошая переносимость тиапридала. Лишь в первые дни лечения у небольшой части детей отмечалась некоторая вялость, сонливость, заторможенность, которые исчезали при продолжении приема препарата без дополнительной медикаментозной коррекции.

Таким образом, опыт применения атипичного нейролептика тиапридала в качестве основного препарата в комплексной терапии тикозных расстройств у детей показал достаточно высокую его эффективность, безопасность, отсутствие негативного влияния на когнитивные функции. При этом положительный эффект от лечения наблюдается не только в период его приема, но и сохраняется в дальнейшем, что приводит к повышению социальной, в том числе учебной, адаптации детей, улучшению их качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксентьев С. Б., Борисова Н. П., Левинский М. В., Крыжановский Г. Н. Комплексное применение бензодиазепинов, солей лития и галоперидола при лечении навязчивых движений и тикозных гиперкинезов различного происхождения. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1987. - № 3. – С. 432-437.
2. Буйков В. А., Перерва И. Г., Комячин В. В. и др. Тиаприд в терапии депрессивных расстройств и наркотического абстинентного синдрома. // Terra med. – 1999. - № 3. – С. 42-43.

3. Гофман А. Г., Крылов Е. Н., Носатовский И. А. и др. Тиоприд в лечении больных с явлениями алкогольного психоорганического синдрома. // VII Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 2001. – С. 97.
4. Ерышев О. Ф., Дубинина Л. А. Лечение постабстинентных расстройств у больных героиновой наркоманией препаратом тиопридал в сравнении с сонапаксом. // IX Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 2002. – С. 151.
5. Зыков В. П., Бегашева О. И. Тиопридал в лечении тикозных гиперкинезов и синдрома Жиля де ля Туретта у детей. // IX Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 2002. – С. 171.
6. Малин Д. И. Применение тиопридала в купировании маниакальных и маниакально-бредовых состояний у больных с непереносимостью галоперидола. // VII Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 2001. – С. 106.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). СПб: Оверлайд, 1994. – 302 с.
8. Музыченко А. П. и др. Эффективность препарата тиопридал в комплексной терапии больных героиновой наркоманией, сочетающейся с эндогенными депрессивными расстройствами. // VI Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 1999. – С. 103.
9. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Введение в практику. Пер. с нем. – М., 2001. – 624 с.
10. Сулимов Г. Ю., Мосолов С. Н. Длительное применение атипичного нейролептика тиопридала у больных параноидной шизофренией. // V Росс. нац. конгресс «Человек и лекарство». – М., 1998. – С. 208.
11. Сухотина Н. К. Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в районах с различным уровнем антропогенного загрязнения. Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М. 2002. – 38 с.
12. Шток В. Н. Экстрапирамидные гиперкинезы: синдромы, нозологические формы, направленная фармакотерапия. // Русский мед. журнал. – 1998. – Т. 6, № 8. – С. 493-500.
13. Eggers Ch., Rothenberger A., Berghaus U. Clinical and neurological findings in children suffering from tic disease following treatment with tiapride. // European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences. – 1988. – № 237. – P. 223-229.
14. Robert P. H., Allian H., Gerard D. Revue des donnees d'efficacite et de tolerance du tiapride. // Rev. Geriatr. – 1999. – V. 24, № 8. – P. 653-659.

И. В. Пятницкая, С. А. Игумнов

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Белорусский государственный педагогический университет им. Максима Танка (Минск).

По данным ВОЗ, бронхиальная астма (БА) входит в число ведущих форм патологии по показателям распространенности, особенно в социально активном и детском возрасте, тяжести течения, экономических затрат на лечение и восстановление трудоспособности [2]. В настоящее время уже не вызывает сомнений необходимость в лечении данной нозологии психосоматического подхода, учитывающего всю совокупность биологических, психологических и социальных проблем, возникающих при БА. Ребенок, страдающий этим тяжелым хроническим заболеванием, рассматривается в психологическом, семейном, социальном контексте что, в свою очередь, используется в целях оптимизации лечебного и реабилитационного процессов [1, 5, 7, 8]. Целесообразность интеграции психотерапии в соматическую медицину признается многими учеными. Наиболее перспективным на сегодняшний день является комплексный подход в лечении детей с БА, сочетающий в себе одновременное использование медикаментозных и немедикаментозных методов [1,2,5].

Целью нашего исследования стала разработка и оценка эффективности применения интегративной психотерапии в комплексном лечении детей, страдающих БА, с учетом психопатологических особенностей и характера течения основного заболевания.

Для решения поставленных задач было обследовано 102 ребенка, страдающих БА, в возрасте от 5 до 10 л. В процессе исследования они были разделены на две клинические группы. В первую группу (52 человека) вошли пациенты, в лечении которых применялся комплексный подход - базисная терапия БА в сочетании с интегративной психотерапией. Во вторую группу (50 человек) вошли пациенты, получавшие только базисную терапию БА. Базисная терапия проводилась по общепринятым протоколам и медикаментозным схемам, предусматривающим форму и степень тяжести заболевания, она назначалась врачами-аллергологами.

Психические расстройства у детей первой клинической группы были выявлены в 51,92% случаев (у 27 из 52 пациентов), у детей второй клинической группы – в 50,00% случаев (у 25 из 50 пациентов). Наиболее частыми формами психических расстройств являлись эмоциональные и поведенческие (F90-F99), в

структуре которых наиболее значимыми оказались фобические расстройства и поведенческие девиации, причем степень их проявляемости коррелировала с тяжестью течения БА.

Предлагаемая нами модель интегративной психотерапии основывалась на дифференцированном и индивидуальном подборе психотерапевтических методик и позволяла оказать помощь детям с БА как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике.

Задачами терапии являлись:

- восстановление нарушенного психического здоровья ребенка, страдающего БА;
- облегчение течения основного заболевания;
- нормализация межличностных и внутрисемейных отношений;
- обеспечение полноценной социально-психологической адаптации ребенка, страдающего БА.

В условиях стационара метод интегративной групповой психотерапии имел явные преимущества в силу своей эффективности и экономической целесообразности. Он позволял оказать медицинскую и психологическую помощь максимально возможному количеству детей, которые в ней нуждались. Дети охотно принимали участие в работе психотерапевтических групп, так как этот вариант психотерапии изначально психологически приемлем для них и не имеет побочных эффектов. Интегративная групповая психотерапия позволяла снять тревогу, вызванную госпитализацией детей, повысить интерес к лечебно-оздоровительным мероприятиям.

Для установления доверительного психологического контакта между психотерапевтом и ребенком-пациентом, уменьшения тревоги по поводу лечения в группе нами предварительно проводились 2–3 сессии индивидуальной психотерапии. Переход на индивидуальную форму работы осуществлялся и в тех случаях, когда у ребенка отмечалось стойкое нежелание работать в группе, либо из-за выраженного расстройства поведения, либо по другим каким-то причинам.

Приводим критерии комплектования групп: 1) расширенные возрастные границы - с 5 до 8 л. и с 8 до 10 л.; 2) разнополая группа, открытого характера; 3) частота встреч 3–4 раза в нед.; 4) средняя длительность сессии 1 час; 5) общее количество сессий 10–12. Противопоказанием для включения пациента в группу являлись приступный и ранний постприступный периоды БА.

Работа в группе начиналась с *игровой терапии* с последующим присоединением *сказкотерапии* с активизирующими и мобилизирующими метафорами и элементами *арттерапии* (совместное рисование, лепка, скульптура). Также использовались: *психодраматические* техники («обмен ролями», «мой двойник»), способствующие большей степени личностного раскрытия и выработке более эффективных моделей поведения; *кинестическая* психотерапия (техники «поймай мяч», «бомбардировка», «замораживание»), обучающая навыкам адекватного выражения своих чувств непосредственно в момент их переживания, развивающая навыки эмоциональной коммуникации; *бихевиоральная* терапия (десенсибилизация, контрактная программа по Б. Скиннеру [8]) с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения; элементы *гипносуггестивной* психотерапии.

Учитывая то, что в семьях детей с БА часто встречаются негармоничные типы воспитания и признаки дисфункциональных форм внутрисемейного взаимодействия, на амбулаторном этапе в качестве терапии выбора мы предпочли методику игровой семейной психотерапии [7,8]. Направленность лечения определялась индивидуальным содержанием семейных проблем и складывалась из следующих этапов:

- начального этапа (этапа первичной диагностики);
- этапа формирования терапевтического запроса;
- этапа терапевтической интервенции;
- этапа терминации (подведения итогов работы).

Наиболее оптимальными критериями психотерапевтических сессий были следующие: средняя длительность 1,5–2 часа, частота встреч – 1 сессия в неделю, с постепенным переходом на 2–3 сессии в месяц, количество встреч 10–12.

Анализ результатов эффективности лечения детей первой и второй клинических групп показал, что редукция психопатологической симптоматики успешнее достигалась у пациентов первой группы, то есть у тех, которым наряду с базисной терапией проводилась интегративная психотерапия (ИПТ) (рис.1). Так, после проведенного лечения клиническое улучшение психоэмоционального состояния отмечено у 23 (85,19%) детей первой клинической группы и только у 9 (36,00%) детей второй клинической группы. Состояние без значительной клинической динамики отмечалось у 4 (14,81%) и у 16 (64,0%) детей соответственно, что является статистически достоверным различием ($p < 0,001$).

Стабилизация и положительная клиническая динамика течения бронхиальной астмы также достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались у детей в группе, где применялся комплексный подход (БТ + ИПТ): у 39 (75,0%) детей первой и у 26 (52,0%) второй группы (рис. 2).

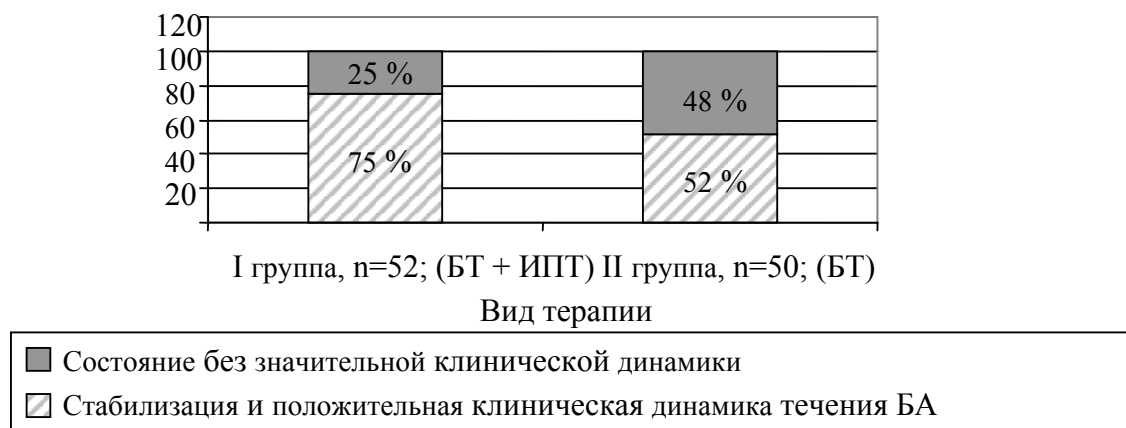


Рис. 1. Оценка эффективности различных видов терапии у детей с БА (по влиянию на динамику психических расстройств)

Примечание: Различия статистически достоверны ($P < 0,001$); БТ – базисная терапия; БТ+ИПТ – комплексная терапия (базисная+интегративная психотерапия).

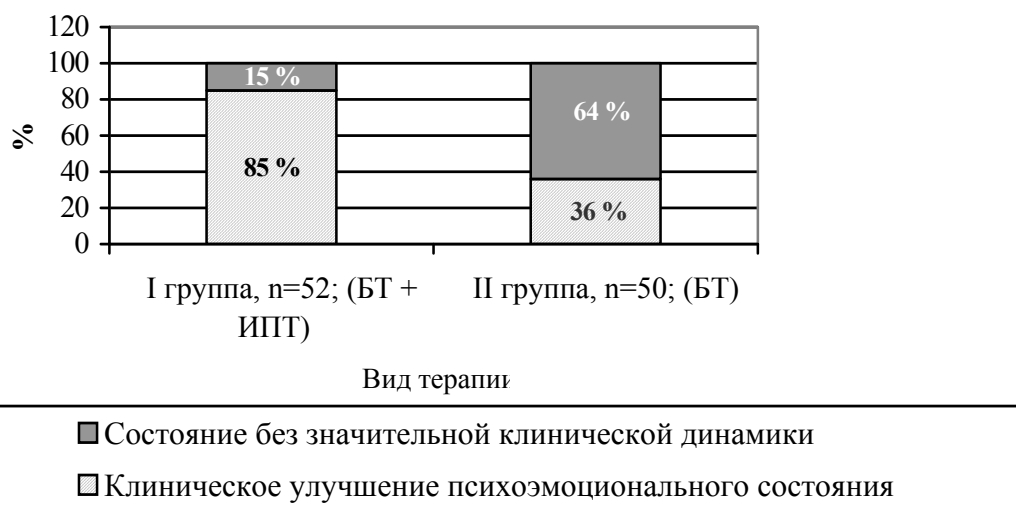


Рис. 2. Оценка эффективности различных видов терапии у детей с БА (по влиянию на клиническое течение БА)

Примечание: различия статистически достоверны ($P < 0,05$); БТ – базисная терапия; БТ + ИПТ – комплексная терапия (базисная + интегративная психотерапия).

Позитивный результат комплексной программы лечения подтверждался статистически достоверным улучшением ($p < 0,001$) клинико-психологических показателей: снижением уровня реактивной и личностной тревожности по шкалам Ch. Spielberger, показателя индекса тревожности рисуночного теста и интенсивности тревоги по тесту Люшера (рис. 3).

При оценке эффективности базисного лечения и комплексной терапии по данным двухлетнего катамнеза установлено, что комплексная терапия является более эффективной в плане предотвращения рецидива имевшейся и возникновения новой психопатологической симптоматики. Из 27 пациентов первой клинической группы, у которых в свое время были выявлены те или иные психические расстройства, психопатологическая симптоматика возобновилась у 7 человек через два года после окончания терапии. Во второй клинической группе: у 18 из 25 пациентов, имеющих в анамнезе психические расстройства, отмечалось возобновление психопатологической симптоматики и у 4 из 25 пациентов без психических расстройств в анамнезе, были впервые выявлены психические расстройства. Отсутствие рецидива психических расстройств наблюдалось у 40 пациентов из 52 (76,92%) детей первой клинической группы, что является достоверно более высоким показателем, чем у детей второй группы. У детей, получавших комплексную терапию (БТ+ИПТ) отмечался более высокий процент положительной клинической динамики течения БА.

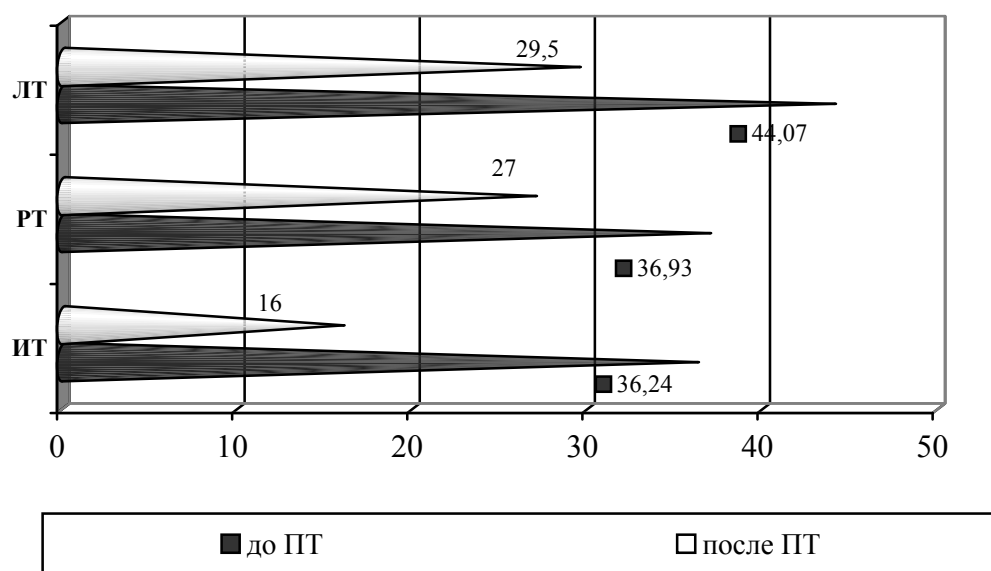


Рис. 3. Динамика показателей эффективности интегративной психотерапии

Примечание: Различия статистически достоверны ($P < 0,001$); ЛТ – личностная тревожность по тесту Спилбергера (в баллах); РТ – реактивная тревожность по тесту Спилбергера (в баллах); ИТ – индекс тревожности по рисуночному тесту (в %).

Таким образом, результаты исследования указывают на необходимость раннего выявления психопатологической симптоматики в общей картине болезни и оказания адекватной психотерапевтической помощи детям, страдающим БА. Это позволит повысить эффективность лечения психических расстройств у данной категории пациентов, улучшить социальную адаптацию, скорректировать систему внутрисемейных отношений, что в целом окажет положительное влияние на течение основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. - СПб.: Речь, 2002. - 236 с.
2. Балаболкин И. И. Бронхиальная астма у детей. - М.: Медицина, 1985. - 176 с.
3. Джиннот Х. Дж. Групповая психотерапия с детьми. Теория и практика игровой терапии. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 272 с.
4. Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков. - Минск: Белорусская наука, 2001. - 191 с.
5. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. - СПб., 2000. - 507 с.
6. Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. - СПб.: Питер, 2002. - 224 с.
7. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 652 с.
8. Carswell F., Heck G., Robinson E., Hallows D., Peters T., Stanton T. Family stress and childhood asthma// Nurs. Pract. – 1990.-Vol.3, N3.-P. 10-15.

С. В. Тетерский

ПРОГРАММА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – МОЙ ВЫБОР» В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ И ВИЧ/СПИД В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

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

Раннее начало экспериментирования с употреблением психоактивных веществ приводит к негативным последствиям: болезни, проституция, правонарушения на сексуальной почве, аборт, раннее материнство и др. Эти негативные явления обусловлены не столько акселерацией, недоработками системы здравоохранения, социально-экономическими трудностями, сколько недостаточным влиянием на подрастающее поколение ряда важнейших институтов социализации: семьи, средств массовой информации, искусства. В условиях ослабления воспитательной функции семьи и образовательных учреждений, при фактическом отсутствии дополнительных образовательных программ по вопросам формирования здорового образа жизни - воспитание детей и подростков превратилось в стихийный и плохо управляемый процесс.

Одним из самых эффективных средств профилактики и коррекции асоциального поведения детей,

подростков и молодежи является добровольческая деятельность, предполагающая обучение молодых людей самостоятельному планированию своей жизни, нахождению единомышленников и поиску источников финансирования для реализации инициированных проектов. Целевые установки ДИМСИ - привлечение молодых людей к добровольческой деятельности, поддержка детских и молодежных общественно значимых проектов - логически связаны с проблемами профилактики наркомании и ВИЧ/СПИД. В ДИМСИ накоплен большой опыт работы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем. Одной из приоритетных является общероссийская программа ДИМСИ «Лидер здоровья», получившая в 1999-2002 гг. поддержку международных фондов (Фонд Форда, Фонд Сороса), Правительства РФ (грант Министерства образования РФ), региональных органов власти (администрации Кировской, Пермской, Пензенской, Рязанской, Ярославской и др. областей), коммерческих организаций, научных учреждений (институты Российской академии образования) и СМИ. Главная идея программы «Лидер здоровья» – поддержка инициированных детьми и молодежью мини-проектов, связанных со здоровьесберегающим поведением.

Основными формами и методами работы по программе «Лидер здоровья» являются:

- дискуссии, обсуждения, групповые рефлексии, тренинги, и др. в Проектной школе общественных инициатив (должны помочь самоопределению, дать молодым людям новую мотивацию, что может быть достигнуто в условиях педагогики сотрудничества, взаимной созидательной деятельности);
- разноуровневая рефлексия: обсуждение практического опыта и возникающих проблем в группах вместе с наставниками и с использованием конкретных групповых психолого-педагогических методик для осмысления современной экономической ситуации, познания себя и своего выбора;
- проведение информационно-образовательных семинаров-тренингов и деловых игр;
- публикация и распространение информационных материалов;
- привлечение специалистов для консультирования участников проекта;
- проведение углубленного обучения персонала и добровольцев по оказанию информационной и психологической помощи и консультирования, стимулирование их добровольческой деятельности;
- модернизация сайта www.DIMSI.net, увеличение количества подписчиков интернет-рассылки ДИМСИ.

В 2002 г. ДИМСИ, Центр психолого-педагогической реабилитации и психического развития детей и подростков г. Мытищи Московской области, Ассоциация детских психиатров и психологов при поддержке Глобальной инициативы УКНПП ООН/ВОЗ по первичной профилактике злоупотребления психоактивными веществами разработали дополнительную образовательную программу «Семинар-тренинг «Здоровый образ жизни – мой выбор». Программа включает в себя неразрывно связанные обучающий (информационно-просветительский и инструментальный) и воспитательный (личностно-ориентированный) компоненты, обеспечивающие формирование у подростков и молодежи г. Мытищи адекватных этических норм, ценностных ориентации, знаний. Программа носит опережающий и профилактический характер и ориентируется на норму и положительные аспекты человеческого бытия, а не на отклонения как средство запугивания.

Целевые установки программы «Здоровый образ жизни – мой выбор»:

- минимизация факторов наркориска психологического характера;
- овладение учащимися технологиями преобразования негативных установок в личностно-развивающие;
- открытие новых эмоциональных и познавательных ресурсов, способности получать поддержку от себя и других;
- развитие здорового самосознания.

Конечными целями программы «Здоровый образ жизни – мой выбор» являются изменение нравственных отношений, профилактика и коррекция высоко рискованного поведения, репродуктивное и сексуальное здоровье человека, подготовка подрастающего поколения к выполнению семейных (супружеских и родительских) ролей, что является необходимым компонентом социального здоровья общества в целом, а также защиты детей и подростков от возможных психологических травм и сексуальных посягательств. Согласно определению ВОЗ, здоровье понимается как «комплекс соматических, познавательных, эмоциональных и других социальных аспектов бытия человека», что, таким образом, делает образовательную подготовку школьников к здоровому образу жизни междисциплинарной по своей природе и лежащей на пересечении обществоведческих, медико-биологических и психолого-педагогических областей научного и прикладного знания.

Программа с заданным объемом в 60 учебных часов рассматривается как наставническая и призвана поддерживать молодых людей на пути их нравственного и психосексуального развития, ролевой социализации, активного вхождения в пространство межполовых отношений, формирования таких качеств зрелой личности, как ответственность и умение самостоятельно принимать оптимальные решения на базе имеющихся ценностей и знаний, ориентации на здоровый образ жизни.

Одной из важнейших задач, определяющих эффективность данной программы, является создание для учащихся единого информационно-педагогического пространства в школьной и домашней обстановке. Родители, семья ребенка играют огромную роль в успешной пропаганде идей здорового образа жизни. Очень важно ответить на вопросы родителей, постараться преодолеть их скептическое настроение по отношению к добровольческому движению и его возможностям. Это первый шаг на пути строительства основанных на доверии отношений между организаторами профилактической работы и родителями. Родителям и детям необходимо разъяснить, отвечает ли добровольческая деятельность их нуждам, потребностям. Необходимо быть готовым ответить на вопросы родителей и развеять их сомнения и беспокойство по поводу дополнительной занятости ребенка.

Многочисленные исследования психологов говорят о том, что за последние 20 л. дети стали более импульсивными, менее управляемыми. Многие из них растут в неполных семьях, но даже при наличии двоих родителей они редко видят папу и маму, загруженных работой. В результате этого уже на протяжении двух десятилетий растет поколение, получающее примеры социального поведения с телеэкрана, где чаще всего пропагандируются образцы дурного вкуса. Образовательные учреждения - школа, вуз, ссуз, училище, даже учреждения дополнительного образования - акцентируют свое внимание на обучении, получении новых знаний, умений. По сути, наиболее значимым воспитателем добра и милосердия становится добровольческое общественное объединение. Конечно, никакое общественное воспитание не сможет заменить семью, но сегодня семья сама нуждается в социально-педагогической поддержке. Вот почему пропаганда семейных ценностей является одной из самых приоритетных в организации общественного служения.

Общественное служение позволяет действовать в интересах семьи и вместе с семьей, пропагандируя сотрудничество детей и взрослых, позитивно влияя на ситуацию в обществе. Экономическая и социальная стабильность общества во многом определяется нравственным, психологическим, социально-экономическим состоянием семьи. Интересы семьи проецируются в будущее детей, в их личностное и профессиональное самоопределение. В общественном служении семья рассматривается как приоритетная оптимальная воспитательная среда. Без изменения семейной ситуации в целом любые изменения в ребенке не носят стабильного характера. Важно не только формальное выполнение родителями социальных требований, но изменение механизмов функционирования семьи в целом, изменение отношения к ребенку, к самим себе и к внешнему миру (другим людям, обществу, государству). Основные усилия общественной организации должны быть направлены на работу с семьей, организацию сотрудничества с ней, совместное решение проблем. Отделение ребенка от семьи - нарушение его права на полноценное развитие и самореализацию в обществе. Важно через ребенка повлиять на родителей - через их трудоустройство, медицинскую и психологическую помощь, безалкогольные формы досуга, материальное обеспечение. Привлечение родителей к разработке проектов, проведению мероприятий, волонтерской деятельности, сбору денежных средств, развитие совместных культурных программ (библиотека, театр) и др. - все это является мощным стимулом развития общины. Грамотная организация общественного служения позволяет:

- рассматривать ребенка, молодого человека как индивидуальность через активное участие в самостоятельном и коллективном творческом труде - познавательном, духовном, эстетическом, нравственном, физическом, общественном, производственном;

- воспитывать в ребенке стремление, умение делать добро и совершать добродетельные поступки в сфере социальной поддержки, охраны природы и памятников культуры, принимая участие в работе различных учреждений и организаций общественной направленности;

- возродить народные и семейные традиции, духовные и нравственные идеалы, воспитать на их основе позитивное отношение ребенка к семье, обществу, природе, к себе - своему здоровью, труду, отдыху, к своим потребностям.

Одним из первых шагов в налаживании сотрудничества с семьей является составление ее характеристики: материальные и бытовые условия, состав, нравственно-психологическая атмосфера, трудовой и жизненный опыт, культурно-образовательный уровень взрослых, характер отношений между ее членами, сложившиеся традиции. Через раскрытие этих и других компонентов воспитательного потенциала семьи вместе с родителями социальный педагог изучает ребенка, особенности его развития, возможности и способности. Второй шаг - это постановка цели деятельности, которая принимается ребенком и его родителями, выступает для всей семьи как реальная проблема. Исследование семьи в целеполагании позволяет провести планирование совместной деятельности. Здоровье, социальное и культурное развитие детей, создание атмосферы доверия в условиях совместной деятельности детей и взрослых, личный пример взрослых - это общие направления деятельности родителей и организаторов общественного служения. Педагог, вооруженный социально-педагогическими знаниями, выступает как семейный наставник, советник. Ведущий принцип - индивидуальный подход к семье воспитанника. Большое значение имеет педагогическое просвещение родителей (диспуты, деловые и ролевые игры, другие практические занятия), организация сов-

местной деятельности с детьми, неформального общения, в которых происходит взаимное обогащение детей и членов их семей.

При планировании служения важно учитывать проблемы, мешающие продуктивному семейному воспитанию:

- преобладание алкогольных («застольных») общесемейных традиций (дни рождения, праздники, «получки» и т. п.);
- отсутствие авторитета семейного коллектива, Отца, Матери, Педагога как носителей идей педагогического сотрудничества;
- отсутствие демократических взаимоотношений детей, педагогов, родителей;
- преобладание неконструктивного обсуждения в семье возникающих проблем;
- низкая педагогическая культура родителей, их загруженность работой и др.

Мало установить с родителями постоянный контакт, важно совместно с семьей выявлять и удовлетворять интересы и представления о настоящем и будущем ребенка, создавать условия, чтобы в ходе служения не только дети, но и их родители, близкие родственники смогли реализовать свой личный творческий потенциал. Необходимо создать такую обстановку, при которой дети смогли бы гордиться успехами своих родителей, родители – успехами сына или дочери.

Оценка и самооценка личностных проявлений ребенка относительно поставленных целей – следующий шаг в сотрудничестве с семьей. На основе рефлексии намечаются новые цели, определяются новые подходы к совместному процессу воспитания и самовоспитания: продумываются средства педагогического влияния, формы взаимодействия между взрослыми и детьми, позиции, занимаемые взрослым и ребенком в совместной деятельности и общении и т. д. Обеспечение непрерывности и преемственности в воспитании и развитии ребенка дома и в микросоциальной среде удовлетворяет потребности, запросы и интересы ученика.

Поливозрастной состав участников добровольческих акций создает атмосферу сотрудничества поколений, при которой отсутствует постоянная назидательность со стороны взрослых, где взрослые люди, чего-то добившиеся в жизни, являются примером добровольного общественного служения.

В программу «Здоровый образ жизни – мой выбор» включены деловые игры, являющиеся одним из самых эффективных способов привлечения детей и молодежи к здоровому образу жизни, общественно значимой деятельности, элементом их мотивации на служение, действенным механизмом поддержки и развития общественных инициатив. Организация деловых игр предполагает соблюдение четырех главных подходов:

- свобода участия;
- мотивирование на участие посредством чувства успеха;
- ориентация на личностный рост каждого;
- чувство юмора в процессе работы.

В деловые игры включены элементы социально-психологического тренинга, ведущего свою историю от техники психодрамы Дж. Морено и направленного на решение внутренних конфликтов индивида в ситуации отработки навыков выполнения тех или иных социальных функций (выработка и закрепление социокультурных норм). При этом тренинги становятся средством формирования культуры выхода из кризисов с помощью рефлексии. Пребывание в роли «начальника», «подчиненного», «заинтересованного», «равнодушного», «лидера», «звезды» и т. п. позволяет участникам деловой игры прочувствовать, пережить своеобразие той или иной роли, выйти за рамки сложившихся личностных стереотипов, получить опыт «тренинга сенситивности», используемого в практике профессиональной подготовки умелых руководителей и деловых партнеров. Тренинги позволяют:

- воздействовать на самооценку;
- укрепить уверенность в себе;
- развить силу воли;
- развить навыки конструктивного взаимодействия;
- исследовать, менять и совершенствовать групповые роли.

Кроме того, в деловые игры включены процедуры группового разучивания упражнений на развитие разнообразных психических функций (внимания, памяти, воображения, эмпатии и т. д.).

Подготовка деловой игры включает следующие этапы:

- Анализ группы участников: возраст, проблемы, потребности, интересы, ожидания.
- Формулировка цели и задач.
- Определение основных блоков тренинговых упражнений, соотнесение их с динамикой группового взаимодействия (от простого – к сложному, от поведения – к чувствам, от общего – к личному и т. д.).
- Подбор или разработка упражнений с учетом чередования умственной и физической активности (в начале группа не разогрета, но нет усталости, ближе к концу группа более открыта, готова к сотрудни-

честву, но появляется утомление).

- Временная разбивка, распределение ответственности.
- Материально-техническое обеспечение.
- Подготовка запасных вариантов (связанных, например, с большим/меньшим, чем планировалось, количеством участников, невозможностью проветривания помещения и т. п.).

Функции деловых игр:

- обучающая — развитие знаний, умений и навыков, таких как запоминание, произвольное внимание, восприятие информации различной модальности;
- развлекательная — создание благоприятной атмосферы, превращение работы в увлекательное приключение;
- коммуникативная — создание коллектива, установление эмоциональных контактов;
- релаксационная — снятие эмоционального напряжения, вызванного нагрузкой на нервную систему при интенсивном обучении, поднятие общего тонуса, улучшение самочувствия; организация полноценного и эффективного психологического отдыха;
- психотехническая — формирование навыков подготовки своего физиологического состояния для более эффективной деятельности, перестройка психики для усвоения больших объемов информации.

Каждая деловая игра включает упражнения на знакомство, эмоциональное раскрепощение, формирования доверия, телесный контакт, общение. Описание каждой деловой игры представляет собой своеобразный «конструктор», из деталей которого методист-практик может составлять различные комбинации и сочетания, сравнивать их эффективность и отбирать наилучшие решения, а самое главное — разрабатывать новые, более совершенные его детали.

Задача совершенствования психологических механизмов — ориентация в смыслах деятельности и отношений, удовлетворение потребности в общении, развитие эмпатии, элементов обобщения и категоризации, воображения, индентификации и др. — все то, что заложено в целевых установках деловых игр — требует возврата к генетически более ранним формам деятельности, и, в первую очередь, к игровым, насыщая их новым содержанием.

Школьникам-участникам деловых игр предлагается принять участие в специально организованной серии деловых игр-тренингов, во время которых они определяют актуальные социальные проблемы, находят пути их решения, учатся создавать общественные организации, социальные учреждения, службы, писать проекты, рассчитывать подробный бюджет их реализации, определять возможные источники финансирования, обсуждают преимущества и недостатки проектов своих товарищей. Одним из итогов участия в деловых играх является создание самостоятельного социального проекта, отвечающего требованиям: постановка конкретных проблем, разъяснение общественного и нравственного значения их решения; описание хода выполнения работ, необходимого предварительного обучения способам и приемам социально значимой деятельности, рациональным способам ее выполнения, правилам техники безопасности; определение порядка выполнения намеченной инициативы: распределение обязанностей между ее исполнителями, выделение ответственных за отдельные участки работы, общее руководство, определение формы подведения результатов ее выполнения; описание форм стимулирования активности исполнителей; использование романтической окраски, воодушевления на реализацию инициативы; привлечение внимания общественности и СМИ; поиск дополнительных финансовых средств от других организаций, учреждений или частных лиц; возможность для наблюдения, анализа, контроля.

Кроме того, в деловых играх используется разнообразный методический инструментарий, своей целью имеющий перевод школьников в позицию субъектов образовательного процесса: групповые дискуссии, опросы, «мозговой штурм», ролевые игры, анализ случая (ситуации), видеофильмы, викторины, различные виды работы в малых группах и др.

Специфика содержания программы семинара-тренинга требует доброжелательной, доверительной и психологически безопасной для обучающихся атмосферы, позволяющей открыто обсуждать вопросы нравственности, сексуальности, половых отношений, гигиены и здоровья.

Учитывая специфическое и нетрадиционное для школьного образования содержание программы, в самом начале обучения были установлены определенные правила, которые позволили школьникам чувствовать себя психологически свободно и комфортно. Такого рода «контракт» включает в себя следующие пункты:

- Отсутствие «праздных наблюдателей» — у каждого есть своя роль, свои обязанности. Человек, принявший решение об участии в тренинге, ищет возможность присутствовать на всех занятиях от начала и до конца.
- Конфиденциальность личной информации, обсуждаемой в группе, ее закрытость для обсуждения за пределами тренинговой ситуации.

- Индивидуальный подход - прежде чем объявить решение всей группы, необходимо выслушать каждого участника. В группе не должно быть «молчунов». Переговоры в группе ведутся до тех пор, пока не будет найдено устраивающее всех решение.

- Ненаказуемость инициативы - выдвигается как можно больше идей, все они приветствуются, в каждой находятся рациональные зерна; критика должна быть только конструктивной, любые оценки высказываний в отношении других участников группы запрещаются. За правдивые мысли и чувства, выражаемые по ходу занятия, никто не понесет наказания.

- Своевременность начала и окончания занятия, возвращения в аудиторию после перерыва. Не допускается самопроизвольное увеличение времени, отводимого тренером.

- Забота о выступающем - каждый может высказаться и должен дать возможность другим быть услышанными и понятыми.

- Активность в работе - если есть желание сказать, это нужно сделать, даже если неловко, страшно, не хочется затягивать обсуждение.

- Уважение - запрещаются высказывания, призывающие к насилию, разжигающие социальную, расовую, национальную, религиозную рознь.

- Собственность высказываний - все высказывания должны идти от своего имени: «Я считаю...», «Я думаю...», а не «Все думают...», «Большинство говорит...». При обращении к другому участнику или в рассказе о нем необходимо обращаться непосредственно к нему: «Ты сказала», а не «Маша сейчас говорила».

- Ответственность - каждый сам ответственен за свой путь, никто не может заставить нас чувствовать себя ущемленными или расстроенными, влюбиться или быть счастливыми, поэтому вместо утверждений, типа: «Она выводит меня из себя», важно говорить «Я злю себя, потому что ожидаю, что она будет обращать внимание только на меня, а ведь у нее много других дел». Или вместо: «Отец сказал мне, что я расстроил его, не выбрав его профессию», правильно говорить: «Разочарование моего отца – результат того, что мои планы относительно карьеры отличаются от тех, которые он за меня выбрал».

- От прошлого к настоящему - любое высказывание, связанное с прошлым, должно быть нацелено на будущее: «До сегодняшнего дня я нервничал, выступая перед людьми», а не: «Я всегда нервничаю, выступая перед людьми». Или: «До настоящего времени мне не очень удавалось установить дружеские отношения с противоположным полом», а не «Я всегда комплекую в отношении к противоположному полу».

- Из будущего в настоящее - в выступлении важно подчеркивать, что вы добились уже многого, чего-то можете добиться прямо сейчас: «Я доволен собой сейчас, мне доставляет удовольствие познавать, как можно приобрести много друзей», вместо: «Когда я вырасту и стану влиятельным, то буду счастливым». Или: «Сегодня я не курю и доволен этим», вместо: «Когда я не буду курить месяц, я стану доволен собой».

- От общего к частному - замена во время выступлений абстрактных терминов-обобщений, таких как «все», «всегда», «никогда», на понятия, дающие возможность изменяться: «Мне трудно общаться со своими друзьями. Двое из них сказали, что у меня тяжелый характер», вместо: «Все ненавидят меня». Или: «Я заметил, что ты опоздал на занятия три раза за эту неделю», вместо: «Ты всегда опаздываешь».

- От «если» к «когда» - важно оказаться ближе к своей цели путем превращения чего-то, что возможно произойдет («если...»), в определенную цель, которая будет обязательно выполнена: «Когда я буду говорить по-английски ...», вместо: «Если бы я только мог говорить по-английски», или «У меня будут хорошие оценки, когда я начну усердно учиться», вместо: «Если бы я только мог усерднее учиться, у меня были бы более хорошие оценки».

- Замена «не могу» на «не буду» - важно подтверждать свою ответственность за совершенные поступки, контролировать себя, зависеть только от себя.

- Уточнение - если группе не ясна какая-либо информация, необходимо обратиться к тренеру за разъяснениями.

Реализуя данную программу, ее организаторы способствуют формированию новой жизненной позиции подростка, связанной с самоанализом, самопринятием, самообязательствами, саморуководством, самоконтролем и самореализацией.

Эффективность программы «Здоровый образ жизни – мой выбор» оценивается по следующим позициям:

- реабилитация подростков с девиантным поведением (организация их занятости, снятие с учета в инспекции по делам несовершеннолетних, условных судимостей, овладение адекватной самооценкой, саморазвитием и самообразованием);

- разработка диагностического материала и проведение комплексной диагностики среди молодых людей с поведением повышенного риска употребления психоактивных веществ, заражения ВИЧ/СПИД;

- разработка и реализация инициированных детьми и молодежью проектов, связанных с профилактикой употребления психоактивных веществ, заражения ВИЧ/СПИД и инфекций, передаваемых половым путем;

- активизация деятельности учреждений, организаций различной ведомственной подчиненности и общественности на решение проблем девиантного поведения подростков;
- привлечение внимания органов государственной власти, местного самоуправления и СМИ к проблеме наркомании, распространения ВИЧ/СПИД и инфекций, передаваемых половым путем;
- заключение соглашений, договоров и других документов с заинтересованными учреждениями и волонтерскими общественными объединениями;
- участие подростков с девиантным поведением в волонтерской деятельности в учреждениях социальной защиты города (хоспис, больница, приют и др.);
- пропаганда достижений по проекту в СМИ, на обучающих семинарах, научных конференциях, выпуск методического пособия и рекомендаций;
- создание в отношениях взрослых и подростков атмосферы доверительности, деловитости и организованности.

В рамках программы были проведены наблюдения за динамикой «Цветописы настроения», социометрии и методики ценностных ориентаций Рокича, которые показали:

- в группе обучающихся создана благоприятная психоэмоциональная атмосфера;
- налажены благополучные отношения с окружающими;
- дети овладели несколькими способами саморегуляции;
- взаимоподдержка в группе позволяет активно участвовать в поиске путей разрешения актуальных проблем ребенка, семьи, волонтера, социума.

В результате проведенного сравнения показателей начального и заключительного этапов реализации программы «Здоровый образ жизни – мой выбор», сделаны следующие выводы.

У группы детей и подростков, прошедших специальную подготовку в Проектной школе общественных инициатив, происходит:

- снижение уровня экспериментирования с употреблением наркотиков, спиртных напитков, курения и т. п.;
- снижение уровня правонарушений;
- снижение показателей проявления агрессивного поведения;
- улучшение учебных (академических) показателей.

Благодаря внедрению программы «Здоровый образ жизни – мой выбор» происходит уменьшение финансовых затрат на решение проблем девиантного поведения детей и подростков и профилактики их асоциального поведения; рационально используется труд волонтеров и привлеченных специалистов.

Таким образом, программа оказывает существенное влияние на внутренний мир, образ жизни, ценностные ориентации, социальный статус, самовыражение ребенка; распространяет идеологию взаимоподдержки и сотрудничества на семейные отношения; повышает уровень индивидуальной и профессиональной мобильности волонтеров, степень доверительности отношений волонтера с ведущим, ребенка с волонтером. Реализация программы «Здоровый образ жизни – мой выбор» не только создает условия вхождения подростка в реальные условия сегодняшнего непростого социума, но и разворачивает сам город (потенциал и его инфраструктуру) лицом к подростку, позволяет включить в процессы образования личности новые мощные общественные системы, прежде всего детско-взрослые добровольческие организации.

Л. У. Звонарева

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ СМИ: ДЕТИ И ПЕДАГОГИ В ПОИСКАХ ВЫХОДА (ПО СТРАНИЦАМ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ И ДЕТСКИХ ИЗДАНИЙ)

Институт педагогики социальной работы РАО (Москва).

После августовской революции 1991 г. наибольший расцвет переживала детско-молодежная периодика. Обрели голос те, кому 70 лет подряд предписывалось лишь петь пионерские песни, читать “Пионерскую правду” и слушать “Пионерскую зорьку”. Уже в 1992 г. в Ассоциацию малой прессы вошли более 450 детско-молодежных изданий из разных городов России. К началу 1996 г. углубляющийся экономический кризис задушил две трети из этих школьных, городских и региональных газет и журналов. В Ассамблее детской прессы в Суздале, организованной Эллой Рогожанской, главным редактором Международной владимирской детской газеты “Бэби-гам-интер” в январе 1996 г. приняли участие 120 детских газет и журналов. Вскоре коммерческие структуры поглотили и эту газету, выходящую на английском и немецком языках. Перестали существовать журналы “Трамвай”, “Вместе”, “Троя”, “Автобус” (СПб), «Куча мала», «Очаг».

В конце 90-х гг. большая часть СМИ была монополизирована различными политическими и коммерческими силами и общественными группировками. Многие СМИ сегодня способствуют экспансии низкопробной массовой культуры как иностранного, так и отечественного происхождения. СМИ, осознавшие себя в

конце XX в. «четвертой властью», оказывают разрушительное воздействие на души россиян. Культ эротики, смакование насилия делают убийство, изнасилование и разбой скучноватой привычной повседневностью.

Сорок лет работающая в детской литературе московская писательница И. П. Токмакова, оценившая деятельность детских журналов “Куча мала” и “Кул” как развращающую, так рассматривает современную ситуацию в периодике для школьников: “На бюро Объединения московских детских и юношеских писателей... обсуждался журнал для подростков “Кул”. Вот где диверсия! Представьте себе картинки и фотографии с таким текстом: когда мамы с папой нет дома, а вы с другом захотите получить удовольствие и если вы должны лишиться невинности, то принимайте такие позы... Так вам будет удобнее. ...нам пора заводить полицию нравов, чтобы она занялась подобной периодикой.”²

Об опасности неодоушительного искусства, его агрессивной, разрушительной силе еще в 1913 г. писал М. А. Волошин под впечатлением от бесед с В. И. Суриковым, так вспоминавшим свою работу над полотном “Утро стрелецких казней”: “...я ведь это все и кровь, и казни в себе переживал... Все боялся, не пробужу ли в зрителе неприятного чувства... Приезжает Е. Репин посмотреть и говорит: “Что же это у Вас ни одного казненного нет? Вы бы вот здесь хоть на виселице, на правом плане, повесили бы...” Я знал, что нельзя, а хотелось знать, что получилось бы. Я и пририсовал мелом фигуру стрельца повешенного. А тут как раз нянька в комнату вошла, — как увидела, так без чувств и грохнулась. Еще в тот день Павел Михайлович Третьяков заехал: “Что Вы, картину всю испортить хотите?” — “Да, чтобы я, говорю, так свою душу продал! Да разве так можно?”³

Современные СМИ, в отличие от деликатного и верующего В. И. Сурикова, не боятся “продавать душу” и, ерничая, наперебой смакует смерти и убийства. Большая их часть глубоко равнодушна к педагогическим, образовательным и нравственным проблемам. В “толстых” литературных журналах редко появляются серьезные публикации на эти темы. Среди немногочисленных аналитических материалов выделяются статьи Ирины Стрелковой «Глобализация образования – место и роль России» («Наш современник», 2001, № 4), «Русская школа: что впереди?» («Наш современник», 2002, № 1), очерк адвоката Марины Родман “Государственные дети” и интервью с С. В. Михалковым в “Континенте” № 96 и подборка материалов в рубрике “Конференц-зал” “Дети, в школу собирайтесь! В какую?” в сентябрьском номере “Знамени” за 1999 г. Авторы последней публикации попытались рассмотреть современную им школу с разных позиций, включая христианскую, и потому предложили читателям задуматься над тем, что “...из поколения в поколения списывание и шпаргалки... обман и подлог... являются для нас едва ли не единственной формой выживания в детские годы перед лицом бесконечных и непосильных контрольных и экзаменов...”⁴

Не без участия СМИ, делавших упор на разрушении, а не на созидании, потеря нравственных идеалов, “экзистенциальный вакуум” (термин введен В. Франклом в книге “Человек в поисках смысла”), жестокость и агрессия, стремление к накопительству стали реальностью нашей жизни. Приведем печальную статистику, предлагаемую современными социологами. Свыше 70% семей России живут в состоянии стресса, беспрецедентен рост наркомании и алкоголизма. Современное поколение детей, молодежи, школьных учителей изначально “настроено” на то, что все кругом — плохо, что главная задача — выжить в этих “кошмарных” условиях. Детей и их учителей лишили будущего, у них отняли достойное настоящее. 90% выпускников общеобразовательных школ имеют различные патологии, хронические заболевания, повышенную невротизацию. По данным Е. Г. Слуцкого,⁵ в России около 2 миллионов беспризорных детей, покинувших свои дома из-за родительских побоев и издевательств. В стране 600 тысяч детей-сирот, 95% из которых — “социальные сироты”: их родители или лишены родительских прав, или сами отказались от ребенка. Около 200 тысяч детей содержатся в сиротских учреждениях. Социологи утверждают,⁶ что в 1997 г. из 15 тысяч подростков—выпускников сиротских учреждений России в течение года 5 тысяч попали на скамью подсудимых, 3 тысячи стали бомжами, 1500 покончили с собой.

Трагическое положение современной школы, семьи и детства в целом обусловлено не только экономическими причинами, но и нередко сегодня педагогической и психологической некомпетентностью учителя и родителя. Потому столь своевременным стало появление в 90-е годы большого числа педагогических изданий нового типа. Это журналы “Домашнее воспитание”, “Детская библиотека”, “Обруч”, “Частная школа”, “Дидакт”, “Социальная работа”, “Школьный психолог”, “Зонтик” (Казань), “Чердачок” (Березники), “Внешкольник”, православный детский журнал “Купель”, экологические подростковые журналы

² Токмакова И. “...вся моя жизнь” // “Детская литература” № 2-3, 1999. — С. 140.

³ Волошин М. А. Суриков. (Материалы для биографии) // Волошин М. Лики творчества. Л., 1989. — С. 339

⁴ Бунимович Б. Дети, в школу собирайтесь! В какую? // “Знамя” № 9, 1999. — С. 188.

⁵ Слуцкий Е. Г. Беспризорность в России: вновь грозная реальность. // “Социологические исследования”, № 3, 1998.

⁶ Право ребенка — право на будущее. // “Семья и школа” № 1, 1998.

“Стригунок” и “Муравейник”, журналы “Словесность”, “Наш малыш”, “Няня”, “Материнство”, газеты “Первое сентября”, “Семейный совет”, сказочная газета “Жили-были”. К сожалению, все они выходят ничтожными для России тиражами от 1 до 2 тыс. экз. и слабо известны в российских регионах. С трудом преодолевая экономические сложности, продолжают издаваться педагогические журналы, появившиеся еще в советское время, — “Детская литература”, “Семья и школа”, “Дошкольное воспитание”, “Литература в школе”, также пережившие падение тиража в несколько десятков раз.

Как известно, в нашей стране последние годы остро обсуждается проблема школьного образования. В 2000 г. была разработана Концепция структуры и содержания общего среднего образования (в 12-летней школе). 2001 год явился тем этапом, когда стали осуществляться первые практические шаги по модернизации школьного образования: в нескольких школах России начался эксперимент по обновлению структуры и содержания общего образования. И в журнале «Дидакт» в 2001 г. публиковались материалы, освещающие и объясняющие цели, задачи и условия проведения эксперимента, подобного которому в «России еще не проводилось»⁷ – ряд нормативно-методических документов Министерства образования России по проведению эксперимента, статьи первого заместителя Министра образования России А.Ф. Киселева «О модернизации общего образования» и др. Редакция журнала «Дидакт» продолжает публиковать статьи, связанные с новым освещением проблем современного образования. Это статьи историко-философского плана рубрики «Образование» Ю. А. Сухорева «Творчество как основная доминанта будущей культуры», А. М. Селезнева «Научно-техническое творчество и экономическое мышление в условиях советского общества» и «Социальная философия как методология общественных наук», А. В. Голубева «Новая цивилизация» и «старый мир»: внешнеполитические стереотипы советского общества в межвоенный период». Журнал предложил вниманию читателей серию статей А. П. Богданова, направленных на пересмотр определенных моментов российской истории XVII века (допетровская и петровская Россия), - «В Москве накануне петровских преобразований».

Понимая, что в настоящее время среди проблем школьного образования определенную значимость приобретают методические аспекты образовательного процесса – как в эпоху информационной перенасыщенности сформировать оптимальное образовательное пространство отдельной личности, максимально развивая ее творческие способности, учитывая ее интересы и склонности, редакция журнала начала публикацию статей, связанных с разработкой новых педагогических технологий дидактического процесса. В этом плане интерес представляют работы самих школьных учителей, остро осознающих необходимость разработки инновационных компонентов обучения. В 2001 г. в журнале появилась новая рубрика – «Современная техника в школе». Формирование современной системы школьного образования неизбежно предусматривает оснащение образовательных учреждений средствами новых информационных технологий (НИТ) и создание интегрированной общешкольной информационной среды. Описанию этой информационной среды, включающей комплекс необходимых блоков, - и посвящены статьи новой рубрики. Рубрика «В мире школьных учебников» знакомила читателей с рекомендованными Министерством образования России вариативными программами и учебно-методическими комплектами по математике для начальной школы, а также с учебным курсом «Мир вокруг нас» для начальной школы по образовательному компоненту «Окружающий мир», с факультативным курсом для младших школьников в системе развивающего обучения «Я – гражданин России» и с обновленной программой и учебниками по изобразительному искусству в начальной школе.

Отечественный исторический опыт убеждает, что лишь государственная и общественная поддержка педагогических, просветительских и образовательных изданий нового типа способна со временем обеспечить приход во власть и интеллектуальную элиту российского общества компетентных и ответственных людей, умеющих находить решение острых социальных проблем в духе демократических норм и ценностей.

МИР ВЗРОСЛЫХ ГЛАЗАМИ ПОДРОСТКОВ (русские, белорусские, украинские тинейджеры на страницах международного молодежного журнала «Вместе»)

Ушла в прошлое советская эпоха. На смену ей пришла иная, с другой моралью, с принципиально новой идеологией. Обрывается связь поколений. Сын расстреливает баррикады, построенные его отцом. На смену диктатуры партии пришла диктатура доллара.

«Мне хочется пойти в театр или кино, на концерт или еще куда-нибудь, но сейчас у меня и у моей мамы нет денег на подобного рода развлечения. И если я куплю билет, то останусь голодной, а я этого не хочу. Мы с друзьями боимся ходить в лес: ведь тебя не будут спрашивать, кто ты и откуда, тебя «от души» изобьют просто так, от нечего делать или ради удовольствия, и оставят лежать на земле, не посмотрев даже, жив ты или мертв», - пишет девятнадцатилетняя Даша Гливенко из Екатеринбурга⁸.

⁷ Киселев А.Ф. О модернизации общего образования // «Дидакт». – 2001. - № 3. – С. 3.

⁸ Гливенко Д. Мое воскресенье // Вместе. – 1993. - № 5-6. – С. 6.

Пестрят рекламные вывески дорогих отелей и ресторанов, в магазинах – полное изобилие. Но цены товаров постоянно растут, цена человеческой жизни падает прямо пропорционально инфляции, а может быть и еще быстрее. «Виноват в этом сам человек, – заключает Гливенко, – который не нашел в себе сил сопротивляться злу и несправедливости. Пошел по более легкому пути, делая все, что вздумается, насилуя, убивая, купаясь в деньгах, продавая и перепродавая»⁹.

Открываются все новые храмы, но действительность зовет неокрепшие души подростков в омут страстей. Окунуться в зеленую пыль наркотиков («Зеленая пыль» – эссе шестнадцатилетней москвички Надежды Фоминой) или из уютных родительских квартир перебраться в подвал к единомышленникам, тоже потерявшим доверие к взрослым. «Сколько таких мальчишек и девочек бродят по стране? Ночуют где придется: на вокзалах, в подвалах, на чердаках. Мальчишки занимаются попрошайничеством. Девчонки идут на панель»,¹⁰ – пишет семнадцатилетний Роман Попов из Старого Оскола.

Казалось, что христианство еще долго будет чуждо юным жителям распавшейся страны. Ведь больше семидесяти лет живая вера в Бога высмеивалась и отрицалась. Но в 90-е годы все изменилось. На страницах молодежного международного журнала «Вместе» появляются исповедальные публикации русских подростков, рассказывающих о своем пути к Богу (очерк Кати Соловьевой «Если нет ключей от храма»), все чаще встречаются размышления о роли и истории православной церкви в России. Одиннадцатилетняя киевлянка Даша Шахова, даже в стихах, посвященных маме, использует евангельскую символику:

Улыбнешься ты один раз –
Белый голубь слетит с небес,
Потому что ты любишь нас,
Святой дух поселился в тебе¹¹.

Дважды на страницах журнала «Вместе» (в 1992 и 1993 гг.) появлялись материалы о великом русском святом – Преподобном Сергии Радонежском. Именно с него началось нравственное очищение Руси в XIV веке, без которого трудно представить освобождение страны от татарского ярма. Возрождение общества всегда начинается с врачевания собственной души. Наверное, это понятно нынешним тинейджерам, если XX столетие они сравнивают с XIV.

Обретая веру, юный человек начинает ощущать особую хрупкость живого мира, воспитывая в себе новое экологическое сознание. В традициях М. Пришвина, В. Бианки, К. Паустовского рассказывает о любимой птице, крохотном зяблике пятнадцатилетний москвич Тигран Авакян. Не принимающему лицемерного и небескорыстного мира взрослых подростку нередко легче говорить с доверчивой ручной птицей – «существом крохотным и несмышленым, но любящим тебя и всегда радующимся встрече с тобой»¹².

Восемнадцатилетняя Лена Родыгина из старинного русского города Вятка с такой же трепетностью одушевляет свой родной город: «Мы с моим городом смотрим друг на друга»¹³ – пишет она. Да, им легче говорить по душам с родным городом, одушевляя его улицы и переулки, беседовать с несмышленым, но живым зябликом, чем пробиваться через каменную стену равнодушия в жестокий и злой мир взрослых.

Человек в ответе за прожитую жизнь перед собой и перед будущими поколениями – утверждают ребята. Он отвечает за свой нравственный выбор, сделанный им добровольно, за птицу, живущую рядом, за свою семью, за всю планету, гибнущую в ядовитом омуте экологических бедствий. К горькому выводу приходит шестнадцатилетняя Лена Мальцева из Нижнего Тагила: «Планета обречена на вымирание... И если не остановить ее преступное загрязнение, то города превратятся в ядовитые болота и смерть отвратительным спрутом проглотит всех нас, до последнего. Впереди только ядовитые болота, обойти их невозможно. Мы все погибнем! Погибнем! И некуда больше бежать!»¹⁴ – заключает она.

Ф.М. Достоевский устами старца Зосимы в «Братьях Карамазовых» говорит, что, поступая безнравственно, еще безнравственнее пытаться убеждать самого себя в том, что поступаешь по совести. Лгать своей совести равносильно самоубийству. В фантастическом рассказе минчанки Татьяны Турбиной «НЛО на крыше школы» лжет сам себе не один человек, а весь учебный персонал средней школы № 54 во главе с директором. Беспомощными, растерявшимися почувствовали себя учителя, когда, постоянно отрицая НЛО, они увидели его на крыше собственной школы. В рассказе проступают элементы социальной сатиры в духе Стругацких: вот, оглядываясь друг на друга, петляя и выкручиваясь, ищут выход учителя из неопределенной ситуации.

⁹ Там же

¹⁰ Попов Р. Через дыру в стене // Вместе. – 1992. – № 5-6. – С. 10.

¹¹ Шахова Д. Мама // Вместе. – 1992. – № 11-12. – С. 18.

¹² Авакян Т. Из жизни Фюрера в России // Вместе. – 1992. – № 5-6. – С. 30.

¹³ Родыгина Е. Мы с моим городом смотрим друг на друга. // Вместе. – 1993. – № 1. – С. 20.

¹⁴ Мальцева Е. Ядовитые болота на месте бывших городов // Вместе. – 1993. – № 1. – С. 32-33.

данной ситуации, а затем покорно тянутся за начальством, словно идут, торопясь, за слепым вождем. Собственное «я» и мировоззрение личности, какие-либо принципы давно уничтожены долгим чиновничьим раболепием. Учительница литературы задает сочинение на тему «Значение поэмы Гоголя «Мертвые души» в свете прилета инопланетян». Учительница математики вычеркивает на доске возможную траекторию полета НЛО. Маленькая звездочка оказалась волей судьбы в роли летающей тарелки и чеховским хамелеоном закрутились пестрые души «псевдонаставников» на ладошке Истории. В отличие от своих американских сверстников, увлеченных остросюжетным повествованием, славянские подростки находят христианское зернышко даже в таком традиционно развлекательном жанре литературы, как детектив, и таком приватизированном массовой культурой виде словесности, как фантастика.

В фантастической повести восемнадцатилетней Марии Борецкой из Львова «Прогулка» испытания, выпавшие на долю юных героев, подготовлены владельцем таинственного острова при помощи биороботов и актеров. Неожиданна их цель – заставить человека чаще задумываться о том, как хороша жизнь: «Лишь выйдя живым из огня, человек поймет, как прекрасна жизнь и задумается над ее смыслом»¹⁵.

Просуществовавшая в журнале рубрика «Книга, изменившая меня» показала, насколько сильно в последнее время изменились духовные ориентиры восточнославянских тинейджеров. Среди тех, кто больше других повлиял на процесс личностного становления, подростки называют Ф. Достоевского, Н. Лескова, М. Булгакова. Представить себе будущее юным людям помогает социальная фантастика – наиболее читаемы такие авторы, как Толкиен (о его творчестве размышляет четырнадцатилетний москвич Миша Кружков) и Оруэлл (о нем пишет пятнадцатилетний Денис Поляков), в произведениях которых заложено философское осмысление жизни.

Четырнадцатилетний Дмитрий Нестеренко из станицы Брюховецкая Краснодарского края в своей пародийно-сатирической новелле «Происшествие», написанной в традициях Данила Хармса и мировой литературы абсурда, также обращается к социальной проблематике. Непрекращающиеся со времен «вороньей слободки» из романа И. Ильфа и Е. Петрова «Двенадцать стульев» «коммунально-квартирные войны» высмеяны юным автором при помощи жестокой карикатуры: «Я, уполномоченный посол страны Мурапташка, требую во избежание конфликта представить мне восемь круглых метров!» - кричит воробей. Ну а я ему говорю: «Ты не ори и не нахальничай, всем уполномоченным ослам полагается не 8, как ты орешь, а пять круглых метров»¹⁶. Не менее остра социальная сатира и в исповедальном очерке сестер-художниц Ани и Даши Юдиных, выпускавших в детстве газету под пародийным названием «Правдуля».

Спустя десятилетия проза уничтоженного и полузапрещенного советским режимом Данила Хармса вновь вошла в круг чтения подростков. Теперь о самых разных проблемах – даже семейных – они пишут, используя его приемы, опираясь на его художественный опыт. Так, двенадцатилетний Сергей Тишков из Москвы рассказывает притчу о безголовых шпротах, родивших к утру еще пару маленьких рыбок. «Матерей, даже в масле и без головы, не нужно есть»¹⁷ – таким гуманным призывом завершает он свою маленькую историю, написанную в эпоху, когда десятками исчисляются судебные процессы по разделу имущества и квартир, спровоцированные хищными и бессердечными (но отнюдь не безголовыми!) детьми против пожилых родителей.

Все чаще привлекает внимание подростков и отечественная история. Фантастический рассказ шестнадцатилетней москвички Виктории Севастьяновой «Другое течение времени» - попытка представить, какой была бы жизнь в России, если бы большевики не взяли власть в 1917 г. Трагичен финал рассказа: его героиня в свое время так и не появилась на свет, потому что ее мать в трехлетнем возрасте была зверски убита большевиками.

Печальны итоги. «Почти невозможно, - считает та же восемнадцатилетняя Мария Борецкая из Львова, - двум нынешним поколениям понять друг друга: учителя, с точки зрения современных подростков, или посмешище, или подопытные кролики – материал для жестоких экспериментов. Учителя – те же взрослые, а мы, их ученики, похожи чем-то на этиких неземных марсиан, расу, которую надо изучать совершенно отдельно!»¹⁸.

«Сами о себе» - подзаголовок, напечатанный на обложке международного юношеского журнала «Вместе», вышедшего под эгидой ЮНЕСКО. Это непричесанные, неотредактированные мысли подростков о себе и о мире. Этот журнал полезно читать взрослым и родителям, так как только подлинное взаимопонимание и любовь к ближнему людей разных поколений смогут помочь нам в России избежать гражданской войны. Об этом же – как избежать войны на почве национальных конфликтов – думает и шестнадца-

¹⁵ Борецкая М. Прогулка // Вместе. – 1993. - № 4. – С. 46.

¹⁶ Нестеренко Д. Происшествие. // Вместе. – 1993. - № 1. – С. 38.

¹⁷ Тишков С. Выгодная сделка. // Вместе. – 1992. - № 5-6. – С. 18.

¹⁸ Борецкая М. Мы похожи на марсиан // Вместе. – 1993. - № 1. – С. 9

тилетня Бируте Леймонтайте из Клайпеды: «Всюду и во все времена именно молодежь быстрее находила общий язык, разрушала стереотипы и предрассудки. Именно молодые люди быстрее остальных шли друг к другу, общались более непосредственно, чем взрослые. Так почему же, по чьей воле мы должны стоять по разные стороны баррикад?»¹⁹. На похоронах погибших 13 января при штурме телебашни в Вильнюсе в 1991 году литовский поэт Юстинас Марцинкявичус сказал: «Мы сильны, когда моя рука – в твоей руке, а твоя рука – в его. Мы сильны, когда мы вместе»²⁰.

Величайшим открытием классика русской детской литературы К. Чуковского стал феномен детского творчества. Его знаменитая книга «От двух до пяти» выдержала двадцать прижизненных изданий. Ему, как писал хорошо знавший Чуковского поэт Валентин Берестов, было весело писать «От двух до пяти», потому что «детство лучезарно и всякое соприкосновение с ним – счастье»²¹. Именно Чуковский, внимательно вслушиваясь в речь малышей и заставляя бабушек и мам записывать высказывания детей, первым подметил, что каждый ребенок с двух до пяти лет сам себе Андерсен, Гримм и Ершов и всякая его игра есть драматизация сказки, которую он тут же творит для себя, одушевляя по желанию все предметы, ибо сказочное восприятие мира для детей – «обыденная норма»: «А будильник никогда не спит?», «А чулку от иголки не больно?»²². Если ребенок с двух до пяти лет – обязательно сказочник, как доказал К. Чуковский, то подростка из СНГ экологические и социальные катастрофы распавшейся империи превратили, как убеждают публикации на страницах международного юношеского журнала «Вместе», в пламенного публициста, сочинителя сатирических притч в жанре антиутопии, обличающих несправедливый мир взрослых. Хочется верить, что эти искренние юные голоса будут услышаны социальными педагогами.

¹⁹ Леймонтайте Б. Когда мы вместе // Вместе. – 1992. От № 1-2. – С. 36.

²⁰ Там же.

²¹ Берестов В.Д. Корней Чуковский // Советская детская литература. – М., 1978. – С. 128.

²² Там же

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Л. Ф. Ковалева

ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ КОВАЛЕВ. ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ (К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

ПРОИСХОЖДЕНИЕ.

Мамаша Владимира Викторовича Ковалева, Любовь Николаевна, происходила из дворянской семьи Глаголевых, проживавших в Москве на Большой Ордынке. Оба ее дяди (братья отца) были профессорами медицинского отделения Московского Государственного Университета (МГУ); один из них преподавал в МГУ, другой занимался частной практикой. Имя доктора Дмитрия Матвеевича Глаголева было хорошо известно в Москве, в его приемной на Б. Ордынке бывали широко известные в то время персоны.

Всю жизнь Любовь Николаевна посвятила преподаванию русского языка, награждена Орденами Ленина и Трудового красного знамени. В памяти учеников сохранилась как строгий, справедливый педагог. Преподавала русский язык и литературу и сестра Любви Николаевны – Надежда Николаевна, Заслуженный учитель РСФСР, награжденная Орденом Ленина. Постановка спектакля «Горе от ума», созданная под ее руководством в драматическом кружке, в течение недели шла на сцене театра Мейерхольда.

Отец Владимира Викторовича – Ковалев Виктор Иванович, Заслуженный учитель РСФСР, всю жизнь творчески и увлеченно преподавал математику в московских школах. Одним из его учеников был актер Василий Лановой. В свое время Виктор Иванович занимался репетиторством с детьми великого Ф. И. Шаляпина. Ученики Виктора Ивановича всегда легко и без проблем сдавали экзамены по математике при поступлении в технические ВУЗы.

Потомки семьи Глаголевых–Ковалевых дали миру интересных крупных специалистов в области медицины, юриспруденции, педагогики. Брат Владимира Викторовича – Юрий Викторович Ковалев, участник Финской и Великой Отечественной войны, награжденный за боевые заслуги орденами и медалями, был прекрасным неординарным преподавателем русского языка и литературы. До конца жизни он поддерживал теплые отношения с обожавшими его выпускниками московских школ, в которых он работал.

ЧУТЬ-ЧУТЬ О ДЕТСТВЕ.

С детства Владимир Викторович был любознательным, трудолюбивым ребенком, много читал. В трудные годы войны, когда его старший брат сражался на фронте, его семья была эвакуирована на Алтай. Часто вспоминая это время, Владимир Викторович рассказывал, как, помогая вести домашнее подсобное хозяйство, он научился особому способу посадки помидоров на Алтае. Ему приходилось чистить и доить корову, прогонять из курятника хорьков.

ВЫБОР СПЕЦИАЛЬНОСТИ.

Окончив школу с золотой медалью, Владимир Викторович, по настоятельной рекомендации отца, поступил в Московский авиационный институт (МАИ). Успешно проучившись год в этом ВУЗе, понял, что это не его призвание. Не сказав родителям о своем решении, он подал документы во 2-й Московский медицинский институт, блестяще сдал вступительные экзамены и только после этого поставил родителей в известность об этом факте.

В студенческие годы Владимир Викторович, будучи круглым отличником, увлеченно работал в научных студенческих кружках по разным медицинским дисциплинам. К выбору специальности «психиатрия» пришел не сразу. Тем не менее уже в студенческие годы за ним закрепилось прозвище «профессор». Его психиатрическая карьера началась в 1952 году с клинической ординатуры при кафедре психиатрии 2 ММИ им. Н. И. Пирогова, которой в то время руководил В. А. Гиляровский. Именно он первый заинтересовал Владимира Викторовича проблемами детской психиатрии.

НЕМНОГО ЛИЧНОГО.

Владимир Викторович был веселым, жизнерадостным человеком, любил туристические походы, где всегда оказывался заводилой, душой компании благодаря своей эрудиции и незаурядному чувству юмора. Мало кто знает, что Владимир Викторович был прекрасным танцором, поскольку в свое время занимался балетом, а также любителем и хорошим исполнителем туристских песен. В одном из таких походов в г. Геленджике мы и познакомились. Окончательно сердце мое было покорено, когда Владимир Викторович подарил мне эдельвейс Рихтера, сорванный им в высокогорьях Тянь-Шаня; только там растет этот цветок.

Нашим свадебным путешествием был достаточно сложный альпинистский маршрут из турбазы Баксанского ущелья в «Приют одиннадцати» на Эльбрусе. Мы поднимались с тяжелыми рюкзаками по леднику и спускались обратно (тогда еще не было подъемника), затем осуществляли сложный спуск через живо-

писную Месхетию в Сухуми.

В МОСКВЕ СЕКСА НЕ БЫЛО.

В шестидесятые годы ушедшего века на Москву, как и на другие города нашей страны, обрушился огромный поток студентов со всех континентов земного шара, желающих обучаться в советских ВУЗах. Было много иностранных студентов и во 2 ММИ. Владимир Викторович с юмором вспоминал, как, будучи в это время заместителем декана по работе с иностранными студентами, столкнулся с неординарной ситуацией. Большая группа студентов-иностранцев выразила крайнее возмущение московскими порядками. Они нигде не могли найти ни мест, ни «кандидаток» для удовлетворения своих интимных потребностей и требовали от работника деканата оказать им содействие в этом вопросе...

ЧТО МОЖЕТ ОДИН ЧЕЛОВЕК?

Целеустремленность и преданность профессии, яркий талант и необыкновенное трудолюбие, требовательность к себе позволили Владимиру Викторовичу успешно совмещать огромную научную, педагогическую, лечебную и общественную деятельность.

В самом деле, кто есть Владимир Викторович Ковалев? Не хочу говорить «был». Профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки РСФСР, автор более 200 научных работ, в том числе монографий по детской психиатрии и психопатологии, являющихся основными руководствами для детско-подростковых специалистов. Им сделано огромное количество докладов на научных съездах, конгрессах и форумах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), конференциях и симпозиумах разного ранга как в нашей стране, так и за рубежом (Лондон, Лейпциг, Мадрид, Бухарест, Ницца и др.).

Директор Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ, заведующий кафедрой детской психиатрии ЦИУ врачей (ныне кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последиplomного образования), председатель Координационного совета Проблемного научного центра по психиатрии МЗ РФ, член бюро Научного совета по проблемам психического здоровья АМН и председатель его проблемной комиссии, председатель Правления Российского общества психиатров и т. д. При этом – Главный редактор журнала «Социальная и клиническая психиатрия», член редколлегии «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», да к тому же эксперт ВОЗ. Но это еще не все. Владимир Викторович успешно руководил 23 кандидатскими и докторскими диссертациями, избирался Депутатом Районного совета. Владимир Викторович никогда не прерывал врачебную деятельность, постоянно консультировал детей и взрослых пациентов, в том числе в Четвертом управлении Минздрава («кремлевка»).

Помню, как-то я спросила у мужа, сколько у него общественных нагрузок. На 23-й он сбился со счета. И всю эту огромную работу Владимир Викторович выполнял с полной отдачей, ответственно, добросовестно.

ЧТО ЕСТЬ РОСКОШЬ?

При всем том, о чем говорилось выше, Владимир Викторович был скромным, непритязательным в быту человеком. Вспоминается такой эпизод. Однажды муж сопровождал делегацию приехавших к нам врачей-иностранцев в экскурсии по Кремлю, в том числе в только что открывшейся тогда Грановитой палате с ее богатыми экспонатами. Вернувшись домой, он рассказывал о том, какое огромное впечатление оказало на гостей это посещение, как горели их глаза, с каким придыханием оценивали они стоимость каждой вещи. При этом он искренне удивлялся, что это было не только восхищение работой умельцев-ювелиров прошлых лет, поскольку был начисто лишен меркантильности и признавал лишь роскошь человеческого общения.

СОРАТНИКИ И УЧЕНИКИ ПОВСЮДУ.

Будучи экспертом ВОЗ, Владимир Викторович не только принимал в порядке обмена опытом зарубежные делегации психиатров, но и часто выезжал в другие страны. В поездках ему помогало совершенное знание нескольких иностранных языков. Многие его коллеги, считающие себя его учениками, и ныне работают в разных странах Европы, Азии, Америки. Помню, как муж, вернувшись из одной такой командировки в США, рассказывал: «Приезжаю на место и вижу кругом родные лица, вроде как и не уезжал из Союза».

На карте бывшего СССР, которая находится на кафедре детской психиатрии, отмечены места работы Владимира Викторовича и его сотрудников, куда они выезжали проводить консультации, читать лекции как практическим врачам, так и преподавателям ВУЗов. По всем странам нынешнего СНГ от Калининграда до Камчатки, от северных до южных границ (Мурманск, Красноярск, Барнаул, Ташкент, Алма-Ата, Душанбе, Ереван, Баку, Тбилиси и др.) можно насчитать не менее 35 таких точек, отмеченных на карте при его жизни.

ГДЕ ВЗЯТЬ ДЕНЬГИ?

Владимир Викторович поддерживал теплые товарищеские отношения со многими крупнейшими психиатрами, сотрудничавшими с ВОЗ. К таковым относится и энергичный неутомимый испанец – профессор Ажуриагерра. При посещении одной из клиник в Германии, которой руководил Ажуриагерра, Владимир Викторович поинтересовался, как им удалось создать такие хорошие условия для больных, где удобные и

прекрасные помещения клиники были украшены подлинными картинами великих художников – Дега, Пикассо и др. На что Ажуриагерра ответил: «Эксплуатирую капиталистов». Возможно, тогда коммунист Ковалев впервые пожалел, что в нашей стране не было капиталистов.

И У НИХ НЕ ВСЕ ГЛАДКО.

Как-то Владимир Викторович был командирован в Испанию на очередное заседание ВОЗ, где защищал позицию детских психиатров страны. Время тяжелое – претензии к институту Сербского, исключение «взрослых» психиатров из международной организации. Приехав в Барселону, профессор обнаружил, что его багаж – чемодан с личными вещами – в Барселону не прибыл. Денег минимум, пришлось выкручиваться. И вот перед самым возвращением в Москву вместо положенной в таких случаях компенсации ему приносят уже не нужную поклажу. Оказалось, что из Парижа, где была пересадка, чемодан и его владелец разлетелись в прямом смысле в разные стороны: чемодан – в Базель, Ковалев – в Барселону. Выяснилось, что все дело в перепутанных наклейках – BZ и BS. Вот такие пироги.

ВСЕ О НЕМ.

Судьба подарила мне счастье быть другом, женой этого прекрасного, удивительного человека. В памяти тех, кто его знал, В. В. Ковалев остается крупнейшим плодотворным ученым, честным, бескорыстным врачом, талантливым и принципиальным руководителем больших творческих коллективов, блистательным педагогом, любящим мужем, заботливым отцом.

Вряд ли на огромной территории бывшего СССР и нынешнего СНГ есть хотя бы один психиатр, который либо лично не знал, либо не пользовался научным наследием Владимира Викторовича Ковалева.

В. В. Ковалев

СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ²³

Детский и подростковый возраст, которому свойственна незрелость, несформированность личности, отличается особой склонностью к разнообразным нарушениям поведения. Они значительно учащаются у подростков в связи с пубертатной дестабилизацией нервно-психического состояния. Так, по данным ряда выборочных исследований зарубежных авторов, цитированным в монографии современного английского психиатра М. Т. Haslam [1], лица с расстройствами поведения составляют от 10 до 55% среди обследованных подростков 14-19 лет.

Среди стационарированных в психиатрическую клинику подростков с непсихотическими психическими расстройствами А. Е. Личко [2] в 40% установил т. н. делинквентное поведение, к которому автор относит широкий круг антиобщественных и противоправных действий (прогулы, мелкое воровство, хулиганские действия, угон транспортных средств и т. п.).

Хотя приведенные показатели не могут оцениваться однозначно ввиду различий в критериях расстройств поведения у разных авторов, а также отсутствия в зарубежной психиатрии дифференциации на патологические и непатологические формы нарушений поведения, принятой советскими психиатрами [2-5], тем не менее они свидетельствуют о значительной распространенности этой группы расстройств в подростковом возрасте. Актуальность изучения данной группы нарушений определяется не только их относительной частотой, но и социальной значимостью для профилактики социальной дизадаптации личности, включая предупреждение правонарушений и преступности несовершеннолетних.

Вместе с тем, ряд аспектов проблемы нарушений поведения (девиантного поведения), находящейся на стыке социальных наук и психиатрии, и в частности ее психиатрический аспект изучены недостаточно и во многом спорны. Одним из выражений этого является существующий терминологический разнобой в обозначениях описываемой группы расстройств: «нарушения поведения», «патологическое поведение», «аномальное поведение», «девиантное поведение» и даже «делинквентное поведение».

В связи со сказанным необходимо уточнение содержания таких базисных понятий, как поведение и девиантное поведение. В советской социальной психологии, стоящей на марксистской позиции деятельностного подхода к изучению психической жизни индивида и социальных групп, поведение определяется как «внешне наблюдаемая система действий (поступков) людей, в которой реализуются внутренние побуждения человека»²⁴. При этом различают вербальное поведение, т. е. систему высказываний, суждений и дока-

²³ Нарушения поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации). М. 1981. – С. 11-24.

²⁴ Социальная психология, под ред. Г. П. Предвечного и Ю. А. Шерковина. М., 1975, с. 67 (6).

зательств, и реальное поведение, т. е. систему практических действий. Приведенное выше определение подчеркивает обусловленность поведения личностной мотивацией.

Значительно менее определенным и четким является понятие девиантного, т. е. отклоняющегося поведения. В большинстве публикаций, касающихся девиантного поведения у детей и подростков, отсутствует определение этого понятия [5, 7, 18] или дается негативное определение, указывающее на то, что расстройства поведения не относятся ни к неврозам, ни к психозам, ни к проявлениям органического психосиндрома, ни к психопатиям [7, 9].

Многочисленные попытки систематизации девиантного поведения недостаточно успешны, что прежде всего связано с отсутствием четких критериев данной группы нарушений. Ряд классификаций девиантного поведения носит описательно-феноменологический характер. Так, например, в классификации нарушений поведения, предлагаемой известным западногерманским психиатром G. Nissen [7, 8], выделяются: сосание пальцев, выдергивание волос, нарушения процессов игры и обучения, лживость, фантастическая псевдология, воровство, поджоги, агрессия и аутоагрессия. Классификация R. L. Jenkins [10], принятая Американской психиатрической ассоциацией, включает 7 разновидностей нарушений поведения: гиперкинетическую реакцию, реакцию «ухода в себя» («withdrawing»), реакцию тревоги, реакцию бегства, «несоциализированную агрессию», групповые правонарушения и прочие виды реакций. Обе приведенные классификации, особенно последняя, отличаются выраженной разноплановостью критериев.

Американской психиатрической ассоциацией принято подразделение девиаций поведения, исходя из социально-психологического критерия, на несоциализированные формы (индивидуальные агрессия, непослушание, конфликтность, разрушительные действия, кражи в одиночку) и социализированные формы (групповые противоправные действия). Тот же принцип использован в Международной классификации болезней 9-го пересмотра (код 312—расстройства поведения, не классифицируемые в других рубриках) [11].

В ряде классификаций используется психологический критерий, например, подразделение девиантного поведения на формы, связанные и не связанные с эмоциональными расстройствами (тревогой, депрессией), правомерность чего вызывает сомнения ввиду очевидной роли эмоционального фактора при любых нарушениях поведения.

При построении систематики девиантного поведения применяется также личностный критерий (наличие или отсутствие психопатических свойств личности, степень зрелости личности, мотивация поведения). Однако, по мнению ряда зарубежных психиатров, в частности известного английского детского психиатра М. Rutter²⁵, этот подход также не дает достаточно обнадеживающих результатов.

По нашему мнению, понятие девиантного поведения является прежде всего социально-психологическим, поскольку обозначает отклонения от норм межличностных взаимоотношений, принятых в данном конкретно-историческом обществе, т. е. главным образом - отклонения от нравственных норм данного общества. В конкретно-социологическом плане удачным можно считать предложенное А. Г. Амбрумовой Л. Я. Жезловой [12] определение девиантного поведения как нежелательного или опасного для общества отклонения поведения от принятых социальных норм. Исходя из социально-психологических критериев, указанные авторы выделяют 4 основных типа девиантного поведения у детей и подростков: 1) антидисциплинарное, 2) антисоциальное (антиобщественное), 3) делинквентное (противоправное) и 4) аутоагрессивное. Такая систематика представляется вполне обоснованной с социально-психологических и социально-психиатрических позиций. Вместе с тем она требует определенной расшифровки и конкретизации.

Так, по нашему мнению, к девиантному поведению антидисциплинарного типа у детей и подростков могут быть отнесены нарушения режима и дисциплины, принятых в учебно-воспитательных учреждениях, например, такие, как срывы уроков, отказ от выполнения учебных заданий и т. п.

К антисоциальному (антиобщественному) поведению относятся поступки, связанные с невыполнением или непризнанием нравственных норм поведения в обществе, неповиновение старшим, родителям, воспитателям, неуважение и грубость по отношению к ним, вызывающая манера поведения включая морально осуждаемые обществом манеры поведения, и формы одежды, отказ от учебы и трудовой деятельности, бродяжничество, преждевременное вступление в половую жизнь, сексуальные эксцессы, употребление алкогольных напитков, курение, употребление наркотиков и токсических веществ. Понятие делинквентного поведения, в соответствии с этимологией данного термина, должно применяться только в случаях противоправных, противозаконных и преступных поступков несовершеннолетних, таких как вымогательство, кражи, угон транспортных средств, хулиганские действия, нанесение телесных повреждений, изнасилование, совращение малолетних, убийство. Это следует подчеркнуть в связи с тем, что в последнее время

²⁵ Неопубликованное сообщение в материалах рабочей группы ВОЗ по классификации и диагностике психических заболеваний детского и подросткового возраста. Женева, 18—21 ноября 1980 г.

появилась тенденция, к расширительному использованию термина делинквентное поведение как синонима девиантного поведения [2, 5]. Отождествление терминов и понятий девиантного и делинквентного поведения, по нашему мнению, ведет к стиранию граней между криминальными и некриминальными поступками, что может затруднять решение судебно-психиатрических и коррекционно-воспитательных вопросов. Многие зарубежные психиатры также признают необходимость выделения в пределах, девиантного поведения делинквентных и неделинквентных форм. (West and Farrington, 1977 и др.; М. Rutter, 1980, цит. по упоминавшейся выше неопубликованной работе последнего автора).

Принципиально важным и характерным для большинства советских исследователей [2-5, 12, 13] является личностный подход к изучению проблемы девиантного, поведения у детей и подростков, при котором нарушения поведения рассматриваются в тесной связи с особенностями личности и ее отклонениями. В отличие, от этой позиции, многие зарубежные, особенно англо-американские психиатры нередко рассматривают нарушения поведения и расстройства личности в отрыве друг от друга [1, 14]. То же искусственное разделение нашло отражение в Международных классификациях болезней 8-го-и 9-го пересмотров [9, 11].

Личностный подход к изучению нарушений поведения у детей и подростков позволяет выделить 3 основных оси их типологии: 1) социально-психологическую, 2) клинико-психопатологическую и 3) личностно-динамическую.

Классификация типов девиантного поведения, основанная на использовании социально-психологического критерия, была рассмотрена выше.

Клинико-психопатологическая ось предполагает дифференциацию патологических и непатологических, т. е. психологических нарушений поведения.

Наконец, личностно-динамическая ось позволяет относить нарушения поведения к 3-м основным типам проявлений динамики личности: реакциям, развитиям (или формированиям личности в детском и подростковом возрасте) или состояниям.

Применение **клинико-психопатологического критерия** в целях дифференциации патологических и непатологических форм девиантного поведения представляется исключительно важным как в теоретическом, так и в практическом отношении, особенно в практической деятельности психиатра внебольничной помощи. При всем разнообразии и индивидуальных особенностях девиантного поведения существует ряд клинико-психопатологических признаков, которые позволяют отнести нарушения поведения к проявлениям патологии личности. Важнейшим из таких признаков мы считаем наличие патохарактерологического синдрома, т. е. определенного сочетания черт характера, а также аномалий темперамента, элементарной аффективности, влечений. Наиболее часто патологическое девиантное поведение встречается при таких патохарактерологических синдромах, как синдром повышенной аффективной возбудимости и эксплозивности, синдром эмоционально-волевой неустойчивости, синдром истероидных черт характера. При этом среди проявлений девиантного поведения в случаях наличия первого из названных патохарактерологических синдромов преобладают антидисциплинарные поступки, связанные с конфликтностью, драчливостью, антиобщественные поступки в виде неповиновения и грубости по отношению к старшим, а также делинквентные поступки в форме агрессивного поведения, нанесения телесных повреждений, увечий и даже убийств в состоянии аффекта.

Подросткам с синдромом неустойчивости свойственны такие формы девиантного поведения, как разнообразные антидисциплинарные поступки, особенно отказ от выполнения учебных заданий, прогулы занятий, а также такие формы антиобщественного поведения, как полный отказ от учебной и трудовой деятельности, бродяжничество, употребление спиртных напитков, раннее вступление в половую жизнь. Среди форм делинквентного поведения у подростков данной группы наиболее типичны вымогательство, мелкие кражи, угон транспортных средств. Характерны антиобщественные и делинквентные поступки, совершаемые в группах подростков, часто на основе механизма имитации поведения других подростков, особенно занимающих лидерские позиции.

У детей и подростков с истероидными чертами характера наблюдаются такие антидисциплинарные поступки, как срывы уроков из желания привлечь к себе внимание, такие антиобщественные поступки, как вызывающая манера поведения, осуждаемые обществом формы одежды, бродяжничество, употребление наркотических и токсических средств также в связи со стремлением обратить на себя внимание и, наконец, демонстративные аутоагрессивные действия: порезы кожи запястья, груди, демонстративные попытки самоотравления и т. п. Среди антиобщественных поступков этой группы некоторые авторы [5] отмечают частоту мелкого воровства.

При более редких формах патохарактерологических синдромов: эпилептоидном, гипертимном, шизоидном также выявляется определенная зависимость девиантного поведения от особенностей аномальной структуры личности. Так, у детей и подростков с эпилептоидными чертами характера наблюдаются преимущественно такие формы антисоциального поведения, как стремление дразнить слабых, мучить живот-

ных, издеваться над окружающими, наносить жестокие побои в аффекте, склонность к сексуальным эксцессам, поджогам, а среди делинквентных поступков нередко встречается нанесение телесных повреждений. Относительно часто наблюдается аутоагрессивное, мазохистическое поведение (нанесение себе ожогов, порезов, заглатывание острых предметов и других инородных тел).

В группе подростков с патохарактерологическим гипертимным синдромом особенно часты антидисциплинарные поступки, связанные с трудной переносимостью регламентации поведения, жесткого режима: срывы уроков, уходы из школы, нарушения общественных обязательств. Среди антиобщественных форм девиантного поведения наблюдаются сексуальные эксцессы, алкоголизация, бродяжничество как проявление реакции эмансипации. Возможны такие виды делинквентного поведения, как кражи, угон транспортных средств, обычно совершаемые в группах [5].

Аутоагрессивные действия не характерны для данной группы, лишь при наличии редко встречающегося гипертимно-истероидного варианта возможны демонстративные суицидальные поступки [2].

Весьма своеобразны проявления девиантного поведения при патохарактерологических синдромах шизоидного типа. Детям и подросткам этого типа вовсе не свойственны антидисциплинарные поступки. Среди антисоциальных поступков встречаются мелкие кражи, нередко символического характера [5], бродяжничество в одиночку, реже алкоголизация и употребление наркотических и токсических средств, также совершаемые в одиночестве. Делинквентные поступки редки, среди них основное место занимают противоправные действия сексуального характера: эксгибиционизм в присутствии детей младшего возраста, вуайеризм, гомосексуальные действия. Ввиду отсутствия склонности к реакциям группирования девиантное поведение детей и подростков с шизоидными чертами характера, как правило, не проявляется в группах. Нехарактерно для них также аутоагрессивное, в том числе суицидальное поведение [5].

Таким образом, одним из критериев патологических форм девиантного поведения является наличие интимной связи феноменологии расстройств поведения со структурой и психопатологическими особенностями определенных патохарактерологических синдромов.

Вторым критерием мы считаем проявление девиантного поведения за пределами основных для ребенка или подростка микросоциальных групп (семьи, школьного коллектива, референтной группы подростков и др.), в которых отклонения в поведении могут быть вызваны различными неблагоприятными микросоциально-психологическими факторами: неправильным воспитанием, конфликтными отношениями, школьной неуспеваемостью, имитацией отклоняющегося поведения членов группы и т. п. А. Е. Личко [5] характеризует этот критерий как склонность к генерализации, т. е. возникновение девиантного поведения в различных ситуациях под влиянием разнообразных стимулов, в том числе не адекватных данной реакции.

Третьим критерием является полиморфизм девиантного поведения, т. е. наличие девиантных поступков разного характера - антидисциплинарных, антиобщественных, делинквентных, аутоагрессивных у одного и того же лица.

Четвертый критерий, имеющий особо важное значение для отграничения патологических форм девиантного поведения от т. н. микросоциально-педагогической запущенности, - сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического типа, включая аффективные и соматовегетативные расстройства.

Наконец, весьма важным следует считать **пятый**, динамический критерий, а именно - динамику девиантного поведения в направлении фиксации стереотипов поведения, перехода их в аномалии характера и патологию влечений с тенденцией к патологической трансформации личности. Типичным примером может быть динамика патологических форм уходов и бродяжничества, завершающаяся либо патохарактерологическим формированием личности неустойчивого, аффективно-возбудимого, а изредка (у подростков с шизоидной акцентуацией характера) - шизоидного типа, либо синдромом дромомании в рамках психопатий и резидуально-органических психопатоподобных состояний [2].

Для отнесения нарушений поведения к патологическим формам необходимо наличие по меньшей мере четырех первых критериев.

Вместе с тем, изложенное выше, прежде всего наличие тесной зависимости патологических форм девиантного поведения от патохарактерологических особенностей личности, позволяет прийти к выводу о том, что в случаях пограничной психической патологии вообще нельзя говорить о девиантном поведении как самостоятельном феномене, оно должно рассматриваться как одно из проявлений тех или иных клинических форм пограничной патологии личности: ситуационных патологических (патохарактерологических) реакций, психогенных патологических формирований личности, формирующихся психопатий, непросессуальных психопатоподобных состояний.

Стало быть, о девиантном поведении как самостоятельном микросоциально-психологическом явлении речь может идти лишь в случаях отсутствия клинически проявляющейся пограничной психической патологии. Однако и в этом случае девиантное поведение сохраняет свою интимную спаянность с личностью и ее непатологическими девиациями. К числу последних мы относим: 1) преходящие ситуационные

(характерологические, по нашей терминологии, [3]) реакции, 2) состояния микросоциально-педагогической запущенности и 3) акцентуации характера (в понимании А. Е. Личко) [2, 5]. Подробная характеристика ситуационных характерологических реакций протеста, отказа, имитации, компенсации и гиперкомпенсации в детском и подростковом возрасте освещена в ряде публикаций, в том числе в наших работах [3, 4, 13, 15-17]. Ситуационные реакции, свойственные преимущественно подросткам — реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, ярко описаны в работах А. Е. Личко [2, 5] и его соотр. Следует однако сказать, что критерии отграничения непатологических и патологических ситуационных характерологических реакций, особенно у подростков, пока что носят общий характер и не конкретизированы при отдельных типах реакций (за исключением реакций протеста или оппозиции [3, 4, 17]).

В литературе достаточно подробно описаны также особенности акцентуаций личности [18] или акцентуаций характера [2, 5] и разработана их систематика.

Вместе с тем, состояния микросоциально-педагогической запущенности (по нашей терминологии [3]), или социально-педагогической запущенности, изучены недостаточно и не систематизированы.

Микросоциально-педагогической запущенностью (МПЗ) мы называем социально-психологическую, т. е. непатологическую девиацию личности, которая характеризуется незрелостью ряда высших компонентов личности: мировоззрения, направленности (т. е. системы потребностей, интересов, идеалов) и особенно моральных установок (понимание добра и зла и т. п.), а также связанной с этим склонностью к девиантному, в том числе делинквентному (включая криминальное) поведению.

МПЗ, как правило, становится отчетливо выраженной лишь в подростковом возрасте, начиная с 13-14 лет, т. е. в период, когда формирование личности и ее структурирование носят наиболее интенсивный характер. Особенности личности подростков с МПЗ прежде всего характеризуются недостаточностью чувства долга, ответственности, незрелым и искаженным пониманием нравственных обязанностей, отсутствием или малой сформированностью потребности в труде и интереса к труду, а также несформированностью интеллектуальных и эстетических интересов, слабостью гностических и этических эмоций.

Причинами МПЗ являются, главным образом, дефекты семейного воспитания (гипоопека, безнадзорность, «маятникообразное воспитание», связанное с противоречиями воспитательного подхода родителей, воспитание в неполной или в неблагополучной семье в связи с алкоголизмом родителей, конфликтной ситуацией и т. п.) и влияние социально отрицательного внесемейного окружения (отрицательный пример сверстников или взрослых, отличающихся антисоциальным поведением).

Доминирующие интересы и идеалы подростков с МПЗ, складывающиеся под влиянием отрицательной семейной и внесемейной микросреды, приходят в противоречие с этическими и правовыми нормами общества.

Подросткам с МПЗ свойственны такие формы девиантного поведения, как отказ от учебы и трудовой деятельности, стремление к «легкой жизни» с элементарными интересами, пренебрежение к обязанностям в семье, школе, на производстве, лживость, бродяжничество, мелкое воровство, хулиганские поступки из солидарности с «друзьями» из референтной антисоциальной группы или из желания привлечь интерес к себе, периодическое употребление алкоголя, а иногда и наркотических и токсических веществ, ранние сексуальные связи.

Однако, несмотря на полиморфизм девиантного поведения, у подростков с МПЗ, выступающей изолированно, не удастся обнаружить наличия патохарактерологических синдромов, описанных выше. Дополнительными признаками, которые помогают отграничению МПЗ от патологических девиаций личности, являются упоминавшиеся выше отсутствие сопутствующих невротических аффективных и соматовегетативных нарушений, а также отсутствие патологической динамики личности. Кроме того, следует учитывать такие характерные для МПЗ и не свойственные патологическим аномалиям личности проявления, как большая избирательность поведения в зависимости от микросреды и ситуации, изменчивость, переключаемость поведения в разных условиях и при выполнении подростком разных социальных ролей, на что указывал О. В. Кербилов [19].

В отличие от патохарактерологических формирований личности, девиантному поведению при МПЗ не свойственны реактивные компоненты (невротические реакции, реактивно-депрессивные сверхценные образования, реакции протеста и т. д.).

Типология МПЗ не разработана. Предварительно могут быть выделены 2 основных типа МПЗ: 1) с преобладанием эмоционально-волевой незрелости и неустойчивости поведения и 2) с преобладанием недостаточности нравственных установок личности. Разработка более дифференцированной систематики МПЗ требует проведения комплексных исследований с участием представителей различных смежных специальностей - социологов, юристов, психологов, психиатров.

Третья ось систематики девиантного поведения - личностно-динамическая - определяет отношение

нарушений поведения к основным формам динамики личности - реакциям, развитиям и состояниям, проявляющимся в условиях как патологии, так и клинической нормы. Следует однако отметить, что психология названных динамических форм в условиях нормы почти не изучена, что естественно затрудняет выяснение их взаимоотношений с девиантным поведением. Исключение представляют только упоминавшиеся выше психологические ситуационные (характерологические) реакции протеста, отказа, имитации, гиперкомпенсации, эмансипации и др. Их взаимоотношения с различными формами девиантного поведения достаточно подробно описаны в ряде публикаций советских и зарубежных психиатров [2-5, 15-17].

Так, характерологические реакции активного протеста могут проявляться в форме нарушений школьной дисциплины, неповиновения и грубости по отношению к старшим, включая родителей, педагогов; хулиганских выходок; агрессивных действий, в том числе с нанесением телесных повреждений. Характерологические реакции пассивного протеста могут выражаться в виде уходов, переходящих в бродяжничество, в форме суицидального поведения.

Реакции отказа нередко проявляются отказом от учебы, от участия в любой продуктивной деятельности, включая трудовые процессы. Реакции имитации могут выступать в самых разнообразных формах девиантного поведения: грубости и вызывающего тона по отношению к старшим, нецензурных выражений, хулиганских поступков, различных сексуальных действий, употребления алкогольных напитков, наркотиков и токсических веществ.

Реакции гиперкомпенсации у детей и подростков, переживающих чувство неполноценности вследствие физического недостатка (аномалия развития, парез конечности, дефект речи, упорный энурез и т. п.), невысокого уровня психических способностей, моторной недостаточности, ограничения возможностей в связи с инвалидизирующим заболеванием, могут принимать форму антидисциплинарного и антисоциального поведения (срывы уроков и другие нарушения школьной дисциплины, неповиновение старшим, хулиганские поступки и т. п.).

Реакции эмансипации у подростков могут сопровождаться уходами, бродяжничеством, вызывающими формами поведения.

Реакции группирования нередко способствуют групповым хулиганским действиям, а иногда групповым преступлениям.

Реакции увлечения иногда сопровождаются противоправными поступками в виде краж, мошенничества, спекуляции.

Наконец, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, могут быть источником ранних сексуальных связей, промискуитета, переходящих гомосексуальных отношений [5].

В случае патологических ситуационных (патохарактерологических) реакций девиантное поведение той же феноменологии отличается большей выраженностью, склонностью к стереотипному повторению в разных ситуациях, генерализацией и частичной утратой психологической понятности, присоединением невротических компонентов (аффективных и соматовегетативных), а также компонента повышения влечений.

Девиантное поведение у подростков с психогенными патологическими формированиями личности характеризуется дальнейшей патологизацией с усилением всех свойственных патохарактерологическим реакциям признаков, а кроме того нарастающей спаянностью с формирующимся патохарактерологическим синдромом (повышенной аффективной возбудимости и эксплозивности, неустойчивости, истероидности и т. д.).

Девиантное поведение при наличии патологических состояний личности - психопатических и непроектуальных психопатоподобных - обнаруживает еще более тесную зависимость от особенностей патологии личности, включая связь с аномалиями темперамента, влечений и инстинктов, например, при таком преимущественно конституциональном типе психопатий, как эпилептоидный, а также выраженную зависимость от дефекта личности при резидуально-органических психопатоподобных состояниях. С этим связаны антисоциальные и делинквентные поступки садистического характера в виде мучительства животных, истязания малолетних, систематических издевательств над близкими, изощренной жестокости при некоторых типах психопатических состояний, например эпилептоидном и гебоидном. Дефектом личности при психопатоподобных состояниях обусловлены такие формы девиантного поведения, как грубая агрессивность с возможностью нанесения телесных повреждений и гомицидных действий, сексуальные насилия, дромоманическое бродяжничество, пиромания и т. п.

Все сказанное приводит к выводу о том, что продуктивное изучение проблемы девиантного поведения у детей и подростков невозможно вне личностного подхода, без учета структуры и динамических изменений личностей. Вместе с тем оно требует синтеза клинико-психопатологического и социально-психологического методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Haslam M. T. Psychiatric Illness in Adolescence, Butterworths. London. a. Boston, 1975, p. 5.
2. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1972.

3. Ковалев В. В. Ж. невропат. и психиат., 1976, в. 10, с. 1525-1543.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1979.
6. Социальная психология, под ред. Г. П. Предвечного и Ю. А. Шерковина. М., 1975.
7. Nissen G. Psychopathologie des Kindesalters. Darmstadt, 1977.
8. Nissen G. In: H. Harbauer, R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk. Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3 Aufl., Berlin-Heidelberg-New York, 1976, S. 18.
9. Glossary of Mental Disorders and Guide to their Classification for Use in Conjunction with the International Classification of Diseases. 8-th Revision, WHO, Geneva, 1974.
10. Jenkins R. L. Am. J. Psychiat., 1969, V. 125, N 8, p. 1032.
11. Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. WHO, Geneva, 1973.
12. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. Тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, т. 66. М., 1973, с. 211—215.
13. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 2. М., 1959.
14. Rutter M., Shaffer D., Schepherd M. A Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders. WHO, Geneva, 1975.
15. Michaux L. Psychiatrie de l'enfant. Paris, 1950.
16. Michaux L. Les troubles du caractere. Paris, 1964.
17. Ковалев В. В. В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. Труды ЦОЛИУВ, т. 176. М., 1973, с. 75-90.
18. Leonhard K. Akzentuierte Personlichkeiten. Berlin, 1968.
19. Кербиков О. В. В кн.: О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. Психиатрия. М., 1968, с. 391.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М. Е. Проселкова, И. А. Марголина

КЛИНИКА И ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ ИЗ УСЛОВИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ

Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

Под психической депривацией понимается отсутствие или недостаточность стимулирования оптимального развития основных психических функций ребенка – сенсорных, когнитивных, эмоциональных, моторных. Психическая депривация выступает в виде различных форм: сенсорная, социальная, эмоциональная, когнитивная и др. Последствия социальной депривации у детей-сирот описаны в виде характерных психических нарушений в рамках психогенного синдрома «сиротства» [4]. Другой формой социальной депривации является насилие над детьми. Ситуация насилия, помимо психофизического отрицательного воздействия, нарушает и социальные права ребенка. Ратифицированная Россией в 1989 г. «Конвенция о правах ребенка» [7] заостряет внимание общества на решении проблем детства с позиции отношения к ребенку как к личности и равноправному члену общества с соблюдением его прав.

Особенное значение придается факту насилия как риску социальной дизадаптации ребенка. В настоящее время изучение этой проблемы проводится мультидисциплинарно юристами, психологами, социальными работниками, врачами. В то же время, исследования клиницистов-психиатров, изучающих возникновение и динамику искажения личности ребенка, попавшего в условия насилия, имеют особое значение, т. к. описывают не только клиническую картину нарушений, но и изучают возможности компенсации болезненных искажений личности ребенка и разрабатывают адекватные меры профилактики и реабилитации данного контингента детей, попавших в группы риска по психическому здоровью.

В нашей стране исследования в данной области начаты с середины 1990-х гг. По определению Т. Я. Сафоновой [6], физическое насилие – это преднамеренное физическое повреждение, наносимое ребенку. Под эмоциональным насилием понимается периодическое или постоянное психогенное воздействие родителей, опекунов, учителей, других детей на ребенка в виде унижения его личности. Наконец, социальное насилие – разные формы сиротства, социальное пренебрежение ребенком со стороны взрослых и общества в целом.

Во многих других практикуется и считается допустимым физическое наказание детей. Так, во Франции с 1935 г. признается «...право родителей на коррекцию поведения ребенка путем физического наказания» [2]. В то же время, за последние десятилетия резко возросло внимание к проблеме жестокого обращения с ребенком. По данным Э. Бенаму [2], масштабы этого явления таковы: 1991 г. – в США 206800 случаев верифицированного физического насилия над детьми в семье или вне семьи; во Франции 7000, главным образом в семье. В клиниках Санкт-Петербурга за 1996 г. выявлено 102 случая физического насилия над детьми в семье [1]. Значительно чаще этот феномен регистрируют при изучении других проблем – неуспеваемость в школе, воровство, бродяжничество. Последствия разных форм насилия для психического здоровья (клинико-психопатологические изменения) системно не изучались.

С целью выявления особенностей психического онтогенеза и дизонтогенеза у детей из разных групп длительного воздействия насилия в семье в возрастной динамике было проведено комплексное исследование детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. Обоснованием данного возрастного диапазона были факты, опубликованные в работах авторов, изучавших проблемы насилия в детском возрасте в разных странах [9,10]. По этим данным, физическому насилию в семьях чаще подвергаются дети в возрасте от нескольких месяцев до 6 л. Дети изучались клинически (педиатрически, психиатрически, неврологически) и, при необходимости, патопсихологически, юридически, социологически. Дети с грубой органической недостаточностью ЦНС из отбора были исключены. Физическое насилие определялось верифицированными случаями переломов, ожогов, гематом и т. п., социальное – пренебрежением естественными потребностями ребенка, установленным социальными работниками (лишением ребенка пищи, отсутствием необходимой одежды, должного ухода и т. д.).

Исследование проводилось клинико-динамическим методом. Такой подход обеспечил возможность изучить разные формы психического депривационного воздействия на ребенка и выявить клиническую типологию расстройств психического состояния наблюдаемых детей в возрастной динамике. Дети прослеживались катамнестически в течение 3 л. На основании анализа клинического психопатологического и психологического обследования устанавливалась картина личностного и психофизического развития детей до и после воздействия насилия в семье.

В анализируемое исследование вошли 60 детей из условий длительного (хронического) физического насилия (избиения с особой жестокостью, истязания – ожоги, гематомы от щипков и пощечин и т. д.). По

возрасту случаи распределились на ранний, дошкольный, младший школьный (по 20 человек соответственно, в том числе 39 мальчиков и 21 девочка). У всех детей имели место проявления задержки психического развития при нормальных интеллектуальных предпосылках.

Анализ картины психического состояния выявил у детей раннего возраста (первых трех лет жизни) следующие однотипные проявления независимо от ситуации наказания: боязнь родителей, затем недифференцированно - всех взрослых, настороженность, пугливость, тоскливое настроение в виде преобладания бедной мимики лица с печальным выражением, редкой улыбкой (после длительной провоцирующей стимуляции). По любому поводу дети плакали или монотонно ныли. У детей отмечался психогенный мутизм, речевое общение заменялось жестами, кивками в знак согласия. Дети были замкнуты, не стремились к контакту со сверстниками в играх. У них часто имели место патологические привычки: сосание пальцев, обкусывание ногтей, сосание одежды, одеяла и др. На этом фоне отмечались более выраженные реакции активного и пассивного протеста, отказы, капризность. У детей 1-2 л. жизни отмечалась динамика аффективных нарушений от субдепрессивных к фобическим и депрессивно-тревожным. У них же имели место искажение функций общения, двойственность (амбивалентность), элементы феномена тождества, замкнутость, а у некоторых детей уже на первом году жизни - нарушения влечений, особенно в системе мать-дитя. Например, ребенок в три месяца при ситуации физической угрозы проявлял агрессию к матери, пытаясь царапать, кусать и хватать ее грудь.

У более старших детей (до 5 л.) в поведении наблюдалось как бы примирение с ситуацией физического насилия, отсутствовало сопротивление насилию. Они болезненно реагировали на замечания взрослых. В то же время отмечались пассивная послушаемость, заискивание, уступчивость перед угрожающими взрослыми и старшими по возрасту детьми. Однако у этих же детей в возрасте 3-4 л. начинали проявляться элементы психопатоподобных реакций (вербальная агрессия, эпизоды расторможения влечений, агрессивность к игрушкам, к слабым детям и т. п.).

Дети в возрасте 6 -10 л. имели иную картину поведенческих особенностей. Они активно начинали подражать взрослым, выявляя т. н. «псевдовзрослость» с агрессивностью, особенно к слабым, и одновременной трусливостью и подчиненностью сильным. У них отмечались негативизм, лживость, воровство, бродяжничество. Все эти дети обнаруживали жестокость в обращении с животными, в играх с детьми, с игрушками, со слабыми, стариками. Часть детей имели влечение к огню (они устраивали поджоги дома, в подъездах, лифтах, поджигали мусорные баки и т. д.), к грязи (охотно рылись на помойках, пачкали одежду, собирали отбросы), к копролалии (постоянно употребляли бранные слова).

На протяжении всего прослеженного возрастного периода у детей наблюдались выраженные соматовегетативные расстройства. В раннем возрасте они выступали на первый план, маскируя собственно психические расстройства. В дальнейшем, они, сопровождая психические расстройства уходили на второй план клинической картины. При этом, в структуре последних превалировали нарушения влечений.

Таким образом, в исследованной группе детей из условий хронического физического насилия с раннего детства отмечаются депривационные проявления, описанные у детей-сирот [5], с рядом особенностей, отличающих психический дизонтогенез, формирующийся в условиях физического насилия от психического дизонтогенеза, формирующегося в условиях истинного сиротства.

Первые ответные психические реакции на физическое насилие имели патологический характер. К психическим проявлениям быстро присоединялись различные соматовегетативные дисфункции: нарушение сна, аппетита, срыгивания, рвота, дисфункция кишечника, атопический дерматит.

Психическое состояние детей первых лет жизни из ситуации физического насилия в семье определялось нами как реактивная депрессия (подавленность, монотонность, заторможенность, психогенный мутизм, слезливость, нытье в сочетании с повышенной пугливостью, тревожностью и протестным поведением).

Соматовегетативные дисфункции, сопровождающие психические отклонения, имели особенности в зависимости от возраста ребенка (искажение аппетита, нарушение сна, гипотрофия, гиперактузия, тактильная гиперчувствительность). В расстройствах поведения отмечалось сочетание депривационных симптомов с элементами нарушения влечений в системе мать-дитя и аутистическими тенденциями.

У более старших детей (до 5-6 л.) реактивная депрессия трансформировалась в нарушение личностных черт в виде психопатоподобного поведения. На фоне продолжающейся задержки психофизического развития (низкая норма интеллекта и физический инфантилизм) у детей дошкольного возраста определяющим в психическом состоянии была астеническая симптоматика (повышенная утомляемость, отставание в росте и весе, нарушения сна, частые головные боли, раздражительность и др.), которая сочеталась с отчетливым синдромом расторможения и искажения влечений. Кроме того, в поведении отмечались черты психогенного парааутизма (игра в одиночестве, манипуляция одной игрушкой, отказ от коллективных игр и общения с детьми). Сохраняющиеся депрессивные нарушения продолжали сопровождаться настороженностью, тревожностью. Сохранялись и патологические привычки (яктация, сосание пальцев, онихофагия).

В школьном возрасте, при продолжающемся насилии, на первый план выступали психопатоподобные нарушения в виде расторможения и искажения влечений в сочетании с характерной депрессивной симптоматикой. Сниженный фон настроения сочетался с дисфорическими проявлениями, вспышками гнева, истероформным поведением, мстительностью, с одновременными суицидальными мыслями и попытками. Характерен диффузный фобический компонент депрессии с трусливостью и угодничеством в сочетании с пренебрежением к риску и опасности (дети катались, прицепившись к поручням трамвая и канатам троллейбуса, перебегали проезжую часть перед близко идущим транспортом, ложились на рельсы). Им были свойственны вспышки с аффективно суженным сознанием, когда они, не соизмеряя своих сил, бросались на более сильного обидчика, создавая виктимную ситуацию. У детей отмечены трудности в усвоении школьного материала, неуспеваемость, сохранялись астенические черты - утомляемость, низкая работоспособность, нарушения внимания, цефалгии.

Как показывают наблюдения, чем раньше начинает действовать фактор насилия над ребенком и чем длительнее это воздействие, тем сильнее его влияние на формирование личности ребенка. В этом процессе принимают активное участие воспитание ребенка и генетически обусловленный структурный компонент личности – темперамент, т. е. темп и подвижность психических процессов [3]. Возрастная незрелость личности ребенка дает возможность относительно легкого возникновения различных психических отклонений, приводящих к «патологическому развитию личности» [8]. Основную роль здесь играет характер психотравмирующей ситуации. Способствуют патологическому развитию личности преморбидные особенности, а именно, церебрально-органическая недостаточность, акцентуированные черты характера и т. д. Следует также заметить, что при длительно действующем факторе насилия вышеописанные личностные отклонения обратимы лишь частично. Так, по нашим наблюдениям, если ребенок подвергался насилию с раннего возраста и насилие имело место в возрасте 8-10 л., то даже после прекращения насилия в течение 2-3 л. отмечается вышеописанный тип психического дизонтогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева И. А., Сейсян А. Р. Жестокое обращение (child abuse) с детьми и подростками как фактор социальной дезадаптации и формирования отклоняющегося поведения. // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. – М., 1996. – С. 98-99.
2. Бенаму Э. / Дети России: насилие и защита. – М., 1997. – С. 33-37.
3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. - М., 1979. - 587 с.
4. Проселкова М. Е., Козловская Г. В., Башина В. М. // Ж. неврол. и психиатр. – 1996, № 3.
5. Проселкова. М. Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты). / Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996.
6. Сафонова Т. Я. с соавт. / «Дети России: насилие и защита» – М., 1997. – С. 154.
7. Сборник международных договоров СССР. Выпуск XLVI, 1993.
8. Jaspres K. Allgemeine Psychopathologie. 9 Aufl. Berlin-NY, Springer-Verlag, 1973. - P. 140-141.
9. Jessee S. A. // ASDC – J. Dent. Child. – 1995, Jul-Aug, 64(4). – P. 245-249.
10. Kleinman P. K. Diagnostic imaging of child abuse. / Baltimore etc., 1987.

Т. В. Дорофеева, М. Ю. Левина

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПРИЕМНЫХ ДЕТЕЙ Ассоциация детских психиатров и психологов (Санкт-Петербург).

Данное сообщение основано на психотерапевтическом консультировании клиентов Фонда «Родительский мост» в Санкт-Петербурге. Фонд был образован десять лет назад с целью помочь детям-сиротам, и тогда эти дети впервые попали в приемные семьи. В настоящее время поддержкой Фонда пользуются 250 семей, 600 детей. Сейчас задача Фонда - поддержка семей с приемными детьми: оказание им помощи, разрешение кризисных ситуаций, которые возникают особенно часто в течение первых двух лет после того, как ребенок обретает новый дом. Специальная программа Фонда занимается поиском, отбором и подготовкой потенциальных приемных родителей.

Проблема социального сиротства и детской безнадзорности остро стоит в последнее время в нашей стране. С каждым годом увеличивается количество детских домов (в Санкт-Петербурге их уже 39), приютов. Казалось, откуда в благополучном городе с вековыми культурными традициями берутся дети, которые никому не нужны, судьбы которых обречены на неизвестность.

На основе наблюдений нашего Фонда можно выделить следующие источники сиротства:

Источник сиротства	Причины, ведущие к формированию источника сиротства
Смерть родителей	Несвоевременная диагностика, тяжелое течение болезни, легкомысленное отношение к своему здоровью, низкий уровень жизни, недостаток средств, низкий уровень осведомленности.
Лишение родителей родительских прав	Инфантильность родителей, раннее материнство, безответственное отношение к воспитанию детей, алкоголизация, другие вредные для здоровья привычки, низкий социальный уровень, отсутствие денежных средств, нежелание работать, чтобы содержать семью, совершение противоправных действий.
Уход из семьи в результате постоянного стресса, постоянное физическое и/или эмоциональное насилие	Малоэмоциональное отношение к ребенку, непонимание и манипуляция чувствами. Унижение детей, обман их, использование детей как объекта физического насилия.
«Отказные» с раннего детства	Наличие врожденных пороков, затрудняющих нормальное развитие, тяжелая наследственная патология, неготовность к воспитанию детей, безответственное отношение к планированию рождения детей. Отсутствие профилактики «отказов» и социальной защищенности женщин, имеющих больных детей, раннее материнство.
Повторно «отказные»	Сложные эмоциональные реакции детей, имеющих негативный опыт жизни в семье, трудности воспитания.
Брошенные на улице, категория «детей-бродяг»	Безответственность родителей, отсутствие денежных средств и жилья. Низкий уровень жизни, образования.
Дети, живущие на улицах, при наличии «благополучных» семей	Плохие отношения в семье. Часто болезнь детей или родителей, которая не позволяет правильно воспринимать друг друга. Злоупотребление наркотиками, ранняя алкоголизация, доступность денежных средств, которые не нужно зарабатывать, инфантильность суждений.

Самые сложные категории детей - это повторно «отказные» и дети, живущие на улице и считающие ее своим домом. Их судьба не определена, т.к. нет контроля за их развитием и они не получают помощи и поддержки со стороны взрослых, вынуждены приспосабливаться к жизни самыми невероятными способами. Много социальных факторов, которые усугубляют течение событий. Это социальная незащищенность многих групп населения, отсутствие должной подготовки к образованию семьи и планированию рождения детей, переход образования на коммерческую основу, что делает его недоступным для большинства населения, трудности с устройством на работу лиц молодого возраста с возможностью дальнейшего личностного роста; большой разрыв между обеспеченными слоями общества и людьми, которые живут за чертой бедности.

Кто же помогает детям-сиротам и детям, чьим домом является улица?

Такие категории детей попадают в следующие виды семей:

- семьи, которые не имеют возможностей иметь своих детей и готовы их взять из государственного учреждения (20%);
- родственники, близкие (60%);
- семьи, имеющие опыт приемного родительства (20%).

Эти категории семей часто отличаются друг от друга по подходу к воспитанию детей, поскольку первая категория не имеет опыта воспитания и руководствуется в своих действиях либо опытом воспитания в своей родительской семье, либо это вариант воспитания по книжкам. В семьях родственников часто формируются завышенный порог ожиданий и требования, не адекватные возможностям ребенка. И это тоже вызывает много затруднений в воспитании, т.к. часто родственники имеют тенденцию сравнивать приемных детей и своих и, учитывая разницу в поколениях, их уклад и требования тоже не всегда адекватны.

Дети, оставшиеся без родителей, часто имеют особое формирование личности, возникшее в связи с теми особенностями жизни, которые они пережили. Попадая в семьи с иными укладами, дети очень трудно проживают процесс адаптации, сложности возникают сразу; и если родители своевременно понимают их важность и начинают работать над их преодолением в поддержку детей, то их тяжесть не приводит к необратимым последствиям.

За время консультирования детей были выделены следующие проблемы:

Проблема	Жалобы приемных родителей	Особенности проявлений у детей
Нарушение эмоционального принятия во время интеграции в семью	Малая эмоциональная привязанность к родителям, несоблюдение правил семьи, «неуважение» родителей, ревность по отношению к другим членам семьи.	Грубость по отношению к членам семьи, стремление протестовать по любому поводу, чувство несправедливости по отношению к ним, недооценка своих возможностей, тревожность и нежелание общаться с другими членами семьи и людьми вообще, нежелание начинать активные действия.
Нарушение психологического развития	Нарушение поведения и плохая успеваемость, трудности контактов в школе и дома, потеря интереса к получению знаний.	Невозможность воспринимать материал и, как следствие, нарушения дисциплины, прогулы уроков, невыполнение домашних заданий, нежелание работать на уроке, склонность ко лжи, нежелание заниматься ничем новым, нежелание сотрудничать со взрослыми, нарушение взаимоотношений с детьми.
Формирование невротических и аффективных реакций	Частые смены настроения, наличие сниженного или возбудимого настроения, капризы, ни с чем казалось бы не связанные, отказ от общения, тики, нарушения пищевого поведения.	Разнообразные проявления депрессивных расстройств различного уровня, часто включающие варианты соматизированных депрессий, страхи, фобии, тики, колебания настроения.

Эти проявления часто усугубляются тем, что люди, берущие в семью ребенка, воспринимают его в отрыве от его личной истории и опыта, который он пережил, а именно этот опыт накладывает отпечаток на формирование личности ребенка; и есть особенности расстройств адаптации в зависимости от прошлого опыта ребенка:

Категории детей	Патологические признаки	Условия коррекции
Дети, «отказные» с раннего детства	Если ребенок провел какое-то время, пусть даже недолгое, в стенах государственного сиротского учреждения, это отражается в виде тревожных синдромов различной тяжести, депрессивных проявлений, часто связанных с соматическими заболеваниями, в задержке эмоционального и психологического развития. Часто объем информации, которым располагают дети, настолько мал, что любое его расширение приводит к потере чувства комфорта и безопасности; им страшен большой мир, и они долго привыкают к изменению ситуации вокруг них, они недоверчивы и с трудом формируют эмоциональные связи.	Таким детям прежде всего необходимо безусловное принятие с постепенным формированием чувства защищенности и поддержки со стороны взрослых в новой ситуации. Постепенное знакомство с новым миром с учетом индивидуальных возможностей и реакций со стороны ребенка и с постоянным обучением новым навыкам с их последующим неоднократным закреплением. Формирование уверенности в себе, адекватной самооценки, развитие эмоциональной сферы. Нужна осторожность в расширении границ взаимодействия с ребенком и в формировании его собственных границ.
Дети, имевшие опыт семейной жизни, часто негативный	Проявления таких детей часто связаны с различного рода протестными реакциями, нарушениями поведения, часто граничащими с саморазрушающим поведением, такие дети неправильно оценивают степень риска. Такие дети вынуждены были в процессе своей прошлой жизни вырабатывать защитные механизмы и редко проявляли свою индивидуальность.	Очень важны для таких детей поддержка их индивидуальных проявлений, формирование чувства защищенности и выработка адекватных правил сосуществования при равных интересах. Часто такие дети видят цель и готовы идти к ней любыми путями; научить выбирать наиболее адекватный путь - основная задача взрослого на этом этапе. Важно также формирование адекватной самооценки и развитие творческого потенциала ребенка.
Дети, пережившие утрату или смерть близких	Проявляют варианты непрожитого горя и депрессивные реакции, связанные с утратой.	Необходимо дать ребенку понять, что все его чувства принимаются с уважением, и помочь ему в их проживании. Если име-

		ются какие-то моменты которые ребенку неясны или непонятны, надо в доступной ему форме разобрать неясные ситуации и помочь найти правильное объяснение. Ребенок должен понять, что его прошлое имеет свою ценность и что люди, живущие рядом с ним, уважают его прошлое и готовы идти с ним дальше.
Повторно «отказные» дети и дети, вынужденные жить на улице по разным причинам	Такие дети чаще всего демонстрируют реакции отторжения или рентные установки, поскольку эти механизмы помогали им выжить в трудных ситуациях. Они часто проявляют эмоциональную холодность и недоверие, неприятие эмоций других людей. Это происходит потому, что дети эти неоднократно пережили обман, и ведущими чувствами являются обида и злость, пока их не заменит наличие другого опыта.	Этим детям необходимо эмоциональное принятие с разъяснением правил жизни в новых условиях, недопустимы в таких взаимодействиях манипулирование, ложь, обман, желание подавить или добиться чего-то силой. Ведущим ресурсом должно быть терпеливое формирование иного положительного восприятия взрослых такими детьми. Это скорее партнерское взаимодействие, целью которого является не достижение какого-то результата, задуманного взрослым, а наличие личностного роста ребенка.

Семья - это альтернатива лучшая, чем детское учреждение, поскольку только в семье личность ребенка разовьется максимально гармонично и разнообразно при условии поддержки со стороны родителей. Но такое развитие предполагает пошаговое решение проблемы. Эта работа необходима и ценность ее очевидна, потому что дети нуждаются в семье для дальнейшего развития, а организовать это может только человек, хорошо подготовленный и правильно принявший решение, имеющий ценностные установки, ориентированные на ребенка. В рамках нашей организации эта проблема решается в программах поиска, отбора и подготовки потенциальных принимающих родителей. Начинается она с рекламы, направленной на людей, которых интересует эта проблема. Далее:

1. Подготовка родителей до момента взятия ребенка, которая включает в себя помощь в принятии решения. Для этого, после первичного знакомства с желающими иметь приемного ребенка, проводится установочный тренинг (20 ч.), на котором обсуждаются ценностные установки, возможные мотивы, особенности детей, которые попадают в семью, ключевые моменты формирования дальнейших отношений и того, в чем эти дети нуждаются, а также возможности данных конкретных людей. После установочного тренинга проводится школа для потенциальных родителей (80 ч.). Это программа включает тренинг-проживание для осознания личной готовности, мотивации и ресурса для каждого, некоторые вопросы возрастной и медицинской психологии, доврачебную неотложную помощь, юридические аспекты. В программу входят посещение детских учреждений и организация праздников для их воспитанников.

2. Помощь на этапе интеграции в семью. Это тесный контакт, взаимодействие, подразумевающие разрешение сомнений и наличие реальной перспективы с планом действий, активным и наименее травмирующим. На этапе первичной адаптации в семье оказывается помощь в любых аспектах. Адаптация длится от 2 до 5 лет - в это время работа ведется по ситуации с психотерапевтом, психологом, социальным работником.

3. Помощь по запросу семьи и участие в реабилитационных программах. Когда ситуация нормализуется и кризисные моменты решены, сотрудничество продолжается в режиме работы по запросу. Хочется отметить, что работа очень важна и для взрослых, потому что часто сомнения и кризисы приводят к болезням и неправильному взаимодействию.

Литературы по этой теме достаточно мало; зарубежные работы имеют несколько другую направленность и плохо подходят для особенностей жизни в России, поэтому наш Фонд заинтересован в сотрудничестве и обмене информацией. Литература, которую мы использовали в своей работе: Ле Шан. Когда ваш ребенок сводит вас с ума. М, 1993; А. Адлер. Наука жить. Воспитание и проблемные дети. Киев, 1997; К. Юнг. О становлении личности. Конфликты детской души. М, 1995; Р. Кэмпбелл. Как на самом деле любить детей. М, 1992. П. Котли. Новые приемные родители: первый опыт. Новосибирск, 2000.

ФОРМИРОВАНИЕ НЕАДЕКВАТНОЙ САМОИДЕНТИЧНОСТИ И АГРЕССИВНОСТЬ: ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕВИАНТНЫХ ДЕТЕЙ-СИРОТ

ЭП МГОПУ им. М. А. Шолохова (г. Электросталь Московской обл.).

Исследование агрессивности подростков, особенно подростков с отклоняющимся поведением и лишенных родительского попечения, несет в себе огромную значимость. Неблагоприятные социально-экономические процессы в стране явились во многом предпосылкой увеличения социальных сирот, в СМИ за последние годы указывается на увеличение числа преступлений среди воспитанников и выпускников детских домов, учащение случаев преступных деяний, сопровождающихся особой тяжестью, хладнокровностью и жестокостью. Во всем мире за последнее десятилетие, особенно в странах СНГ, отмечается рост социально опасных деяний, сопряженных с агрессивностью. Особенно остро встает проблема детской преступности и асоциальности. По данным НИИ МВД [5], за последние 10 л. на 55% увеличилось число правонарушений, совершенных несовершеннолетними в возрасте от 16 до 18 л., около трети от общего числа носят насильственный характер. Более 60% преступлений носят групповой характер. Многие из подростков-правонарушителей вышли из неблагополучных семей, у большинства отмечаются психические расстройства, признаки дизонтогенеза, явления депривации и массивной педагогической запущенности. Например, в г. Электросталь примерно 13% от числа всех преступников составляют подростки. Цифра довольно большая, т.к. в целом по Московской обл. она составляет 8%. К сожалению, не все психологи и педагоги оказались подготовленными к решению проблем детской и подростковой агрессивности и делинквентности. Вот почему исследование в рамках этой тематики представляется необходимым и актуальным.

В своей работе мы опирались на воззрения Э. Эриксона [8], который считал центральным психологическим процессом подросткового возраста формирование личной идентичности, чувства индивидуальной самостоимчивости, преемственности и единства. Автор рассматривал проблематику Я-концепции сквозь призму эго-идентичности, понимаемой как возникающий на биологической основе продукт определенной культуры. Подчеркивалась важность включения в процесс формирования эго-идентичности суммы отдельных идентификаций, которые возникают во взаимодействии и идентификации со значимыми взрослыми. Особое внимание придавалось формированию Я-концепции на ранних стадиях развития ребенка, поскольку прочная эго-идентичность не может появиться и существовать без доверия на первой оральной (младенческой) стадии.

Становление адекватной самоидентичности зависит не только от непосредственно стадии формирования идентичности в подростковом возрасте, а определяется особенностями прохождения всех стадий психосоциального развития личности. Если некоторые подростки минуют кризис идентичности благодаря принятию семейных ценностей и установок, то важно рассмотреть, как обстоят дела с поиском идентичности у тех подростков, которые лишены опеки родителей и не имеют семейных объектов для идентификаций или эти объекты негативны (в случае алкоголизма родителей). Сведений о развитии самоидентичности у детей, воспитывающихся вне семьи на протяжении дошкольного и школьного детства, существует очень мало. А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых [6] предполагают, что у таких детей формирование идентичности проходит с заметными искажениями; в особенностях самосознания, отношения к себе детей-сирот значительно менее ярко выражена характеристика подросткового возраста – обостренность, аффективная значимость чувства Я. Главной опасностью в период становления чувства идентичности следует назвать размывание чувства своего Я, смешение ролей. Если в основе лежит предшествующее сомнение в собственной половой идентичности, не редки делинквентные и психотические эпизоды [8].

Выделяются четыре основные линии развития неадекватной идентичности:

- 1) Уход от близких взаимоотношений. Избегание тесных межличностных взаимоотношений из-за страха утратить в них собственную идентичность. Результат - в стереотипизации отношений и самоизоляция.
- 2) Размывание времени. Неспособность планирования будущего, страх изменений и взросления.
- 3) Размывание способности к продуктивной работе. Защита от вовлеченности в работу посредством невозможности сосредоточения, либо через уход в какую-либо одну деятельность и пренебрежение ко всем остальным.
- 4) Негативная идентичность. Отказ от самоопределения, выбор отрицательных образцов для подражания; выбор идентичности, противоположной той, которую одобряет ближайшее, значимое социальное окружение и близкие [1].

Преодолеваются ли эти явления относительно легко или приводят к делинквентным поступкам – зависит от предшествующего опыта подростка.

Р. Бернс [1] указывает, что для формирования позитивной Я-концепции, необходимой для правильного воспитания в будущем собственных детей, рядом с ребенком постоянно должен находиться хотя бы один

взрослый человек – любящий, близкий и эмоционально принимающий. По Р. Бернсу [1], развитие негативной Я-концепции и личностной агрессивной замкнутости происходит из-за неудач в формировании у ребенка привязанности к родителям. Э. Эриксон [8] утверждает, что причиной является несформированное базовое доверие к окружающему миру, а следствием – негативное отношение к образу взрослого, т. к. этот образ не ассоциируется у ребенка ни с теплом, ни с любовью, и он не ждет от окружения подобных проявлений.

Формирование негативной идентичности тесно связано с включением подростка в девиантную субкультуру [3]. В девиантном поведении различаются три типа отклонений [4]:

- *Социальные отклонения корыстного типа.* Правонарушения и поступки, цель которых незаконным путем получить материальную выгоду.
- *Социальные отклонения агрессивной ориентации.* Действия, направленные против личности (оскорбления, побои, изнасилования, убийство), могут проявляться как на докриминогенном, так и на криминогенном уровне.
- *Отклонения социально-пассивного типа.* Стремление к отказу от активной жизнедеятельности, нежелание решать различные проблемы (уклонения, бродяжничество, употребление ПАВ).

Изобилие публикаций о положении дел в отечественных детских домах обращает внимание на жестокость, грубость и агрессивность поведения их воспитанников. Исследователи, пытающиеся дать ответ на вопрос о причинах агрессивного поведения воспитанников детских домов, придерживаются различных точек зрения. Самым простым объяснением является плохая наследственность, врожденность агрессивных реакций [2]. В. С. Роттенберг и Р. М. Бондаренко [7] исходят из теории поисковой активности, т. е. деятельности, направленной на изменение неприемлемой ситуации или на изменение своего отношения к ней, или на сохранение благоприятной ситуации вопреки действию угрожающих факторов и обстоятельств при отсутствии определенного прогноза результатов такой активности, но при постоянном учете промежуточных результатов процессе самой деятельности. По мнению авторов, девиантное поведение подростков в ряде случаев может быть проявлением неправильно ориентированной поисковой активности, и если сделать адекватным направление поисковой активности, то можно добиться снятия агрессии.

Наиболее распространенное объяснение возникновения агрессивности у детей-сирот состоит в том, что агрессия есть следствие фрустрированной потребности в материнской любви, а также дефектов в становлении самоидентичности: неустойчивость, спутанность, противоречивость и неопределенность Я-концепции, которая сводится у детей-сирот к зыбкому набору случайных характеристик и может служить как причиной, так и следствием постоянного переживания глубокого эмоционального дискомфорта. У детей, растущих вне семьи, часто отсутствуют способы социального подкрепления представления о собственной ценности, столь важного для полноценного развития личности. При таких условиях глубокий эмоциональный дискомфорт обычно выливается в агрессию.

Таким образом, мы предположили, что по причине фрустрированности в эмоционально значимых контактах и искажения в прохождении стадий психосоциального развития воспитанники детских домов будут иметь неадекватно сформированную самоидентичность, которая влечет за собой агрессивный тип реагирования и участвует в формировании девиантного поведения.

Цель нашей работы состояла в исследовании психологических особенностей воспитанников детских домов (в частности, особенностей становления самоидентичности и ее влияние на агрессивность), имеющих опыт совершения противоправных и криминальных деяний. Объектом исследования выступили подростки мужского пола, средний возраст которых составлял 13-14 л. Испытуемые делились на 2 группы по 30 человек в каждой:

- 1) воспитывающиеся в детском доме-школе (ДДШ «Надежда») и имеющие делинквентный опыт (судимости, бродяжничество, побеги, уклонение от учебы, алкоголизация, токсикомании);
- 2) ученики общеобразовательной школы № 15, проживающие в полных семьях и не совершавшие противоправных и криминальных поступков.

Для исследования агрессивности в обеих выборках использовались: методика диагностики самооценки психических состояний (по Г. Айзенку), модификация теста «Руки» (Е. Wagner, 1971; А. В. Герасимов, 1996), рисованный апперцептивный тест «РАТ» (адаптация Л. Н. Собчик, 2001). Для исследования особенностей личностной идентичности использовался тест «20 высказываний» (по М. Кун, Т. Макперленд), сочинение-самоописание на тему: «Я».

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что формирование неадекватной идентичности связано с принадлежностью к группе (коррелирует с коэффициентом 0.55). Девиантные подростки, воспитывающиеся в детском доме, действительно имеют неадекватно сформированную идентичность, чего не скажешь про контрольную группу детей из полных семей. Показатели по уровню агрессивности не имеют значимых связей с принадлежностью к выборке (0.2), более детальный анализ результатов показывает, что учащиеся общеобразовательной школы даже немного агрессивнее, чем их детдомовские сверстники.

Из этого следует, что формирование неадекватной идентичности влечет не агрессивное реагирование, а скорее уклоняющийся и социально-пассивный тип поведения. Размытость и неопределенность границ собственного Я, недостаток взрослых родительских образцов для адекватных идентификаций, фрустрированная потребность в родительской любви, неспособность к тесному позитивному межличностному взаимодействию, социальная изолированность формируют у таких детей чувства глубокого эмоционального дискомфорта и социальной неуверенности. Такие дети, не получавшие в детстве адекватных эмоциональных стимуляций (в отличие от своих сверстников из полных семей), имеют низкий уровень социальных амбиций и притязаний, а при встречающихся жизненных трудностях, имея слабое социальное Я, выбирают не активный (агрессивный) тип реагирования, а избегающий, который определяет социально-пассивный тип девиантного поведения, выражающийся в уклонении от обязательств, пропусках учебных занятий, бродяжничестве, употреблении ПАВ с целью спрятаться от проблем и напряженности за ширмой измененного психического сознания. В воспитательской и коррекционной работе необходимо учитывать социально отгороженное поведение таких подростков, добиваться их вовлечения в полноценный процесс социализации, развивать у них чувство самооценности и самоуважения, обучать навыкам эффективной коммуникации.

Мы возлагаем надежды на то, что социальный миф о чрезвычайной криминальной опасности всех воспитанников детских домов со временем будет полностью развеян.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М, 1986. – С. 53-54, 71-77, 193-202.
2. Буянов М. И. Ребенок из неблагополучной семьи. – М, 1988. – С. 49-50.
3. Кон И. С. Психология ранней юности. – М, 1989.
4. Леннер-Аксельсон, Полферс И. Психосоциальная помощь населению. (пер. со шведского). – М, 1995.
5. Морозова Н. Б. Судебно-психиатрические аспекты детско-подростковой психиатрии (Лекция 1). Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002, 3. – С. 88-92.
6. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Дети без семьи. – М, 1990.
7. Роттенберг В. С., Бондаренко С. М. Мозг. Обучение. Здоровье. – М, 1989. – 12 с.
8. Э. Г. Эриксон. Детство и общество. – СПб, 2000.

Л. П. Рубина, И. В. Макаров

ДЕТСКИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР: МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург).

Приоритет при оказании государственной психиатрической помощи детско-подростковому населению Санкт-Петербурга принадлежит Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия», который был создан в 1989 году и включил в себя как детский психиатрический стационар, так и амбулаторную службу.

Стационар Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» подразделен на ряд отделений. Общая численность стационара составляет 280 коек для детей 3-14 л. Стационар состоит из пяти отделений:

- 1 отд. на 60 коек для мальчиков и девочек 3-7 л. с речевой патологией;
- 2 отд. на 60 коек для мальчиков 12-14 л. с острыми и тяжелыми психопатологическими расстройствами;
- 3 отд. на 40 коек для девочек 3-14 л. с выраженными психопатологическими расстройствами;
- 4 отд. на 60 коек для мальчиков 3-11 л. с выраженными психопатологическими нарушениями,
- 5 отд. на 60 коек для мальчиков 7-14 л. - отделение стационарной реабилитации, где проводится лечебная и реабилитационная работа как этап, необходимый для интеграции в обычную среду детей школьного возраста, завершается курс лечения, начатый в других стационарных отделениях.

При стационаре располагаются аптека, клиничко-диагностическая лаборатория, кабинеты ЭЭГ, ЭКГ, физиотерапии, рентгенодиагностики, игровые комнаты, учебные классы для продолжения обучения детей по различным программам (вспомогательная, коррекционная, массовая), спортзал.

В стационар поступают дети как в плановом, так и в экстренном порядке по направлению амбулаторной психиатрической службы или скорой психиатрической помощи. В 1 отд. поступают дети в плановом порядке с тяжелой речевой патологией по направлению логопедов и неврологов поликлиник, логопедов и врачей-психиатров амбулаторной службы ЦВЛ «Детская психиатрия». Отборочные комиссии для зачисления ребенка в отделение проводятся еженедельно с обязательным участием логопеда, невролога и психиатра. В отделении оказывается квалифицированная логопедическая и психиатрическая помощь, проводится обучение родителей реабилитационной работе на дому. Курс лечения составляет в среднем 2,5 мес. При необходимости курсы лечения повторяют в течение года. Во 2, 3 и 4 отд. поступают дети с выраженной психопатологической симптоматикой для проведения диагностики, дифференциальной диагностики, ока-

зания в полном объеме медикаментозной терапии. При указанных отделениях проводится также экспертиза возможности дальнейшего обучения больного и анализ показаний к предоставлению инвалидности по психическому заболеванию. Во 2 и 4 отд. проводится экспертная оценка состояния детей, совершивших правонарушения и требующих помещения в учреждения закрытого типа (спецшколы № 1 и № 2). Все отделения активно используют систему «домашних отпусков», участвуют в культпоходах в музеи, экскурсии, посещениях зоопарка. Дети, находящиеся в 5 отд. имеют также возможность посещать бассейн (с учетом показаний и противопоказаний), участвуют в сеансах групповой и индивидуальной психотерапии; отделение имеет спортивный зал, оборудованную прогулочную площадку.

В тесной связи с психиатрами работают логопеды, психологи и неврологи стационара. Деятельность воспитателей направлена в том числе и на решение вопросов социальной и бытовой реабилитации пациентов: наряду с экскурсиями и прогулками, проводятся зрелищные праздничные мероприятия - Новый год, 8 марта, День защиты детей, День Победы и др. Работа осуществляется с применением сказкотерапии, арт-терапии, проводятся занятия по рисованию, налажено тесное взаимодействие с библиотекой Приморского района Санкт-Петербурга.

Существенным преимуществом стационара ЦВЛ «Детская психиатрия» является его тесная взаимосвязь с другими, амбулаторными, подразделениями в рамках одного учреждения. Подобная структурная организация дает возможность врачам Центра своевременно ознакомиться как со стационарной, так и с любой амбулаторной медицинской документацией по каждому больному. Наряду с заметным удобством катанестических наблюдений, становятся удобными и различные научные исследования в области детской психиатрии. Так, например, в ЦВЛ «Детская психиатрия» ведутся теоретические исследования по проблеме детской деперсонализации и игровых перевоплощений, проводится детальное клинико-динамическое наблюдение за больными, принимающими препараты последних поколений (клопиксол, флюанксол, rispoleпт, глиатилин, топамакс и др.). Стационарные отделения ЦВЛ «Детская психиатрия» являются базовыми при подготовке врачей-интернов. Ряд стационарных отделений также является клиническими и учебными базами ведущих медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

В заключение, говоря о перспективах развития детско-подростковой стационарной психиатрической службы, считаем уместным сказать следующее.

Общепризнан факт, что приоритетным направлением должно быть развитие амбулаторной службы и полустационарного звена психиатрической помощи. Именно в рамках этой концепции идет развитие Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» - наряду с уже существующим детским дневным стационаром создана сеть дневных стационаров непосредственно при диспансерных отделениях, активно функционируют и постоянно предлагают новые формы работы отделение реабилитации на базе прикладных искусств и ремесел, кризисная детско-подростковая служба. Вместе с тем ясно, что развитие амбулаторного звена помощи не должно идти в ущерб психиатрическому стационару, т. к. бездумное сокращение числа этих коек приведет к ухудшению состояния целого ряда наиболее тяжелых (психотических) больных.

Речь должна идти не о закрытии стационаров или неоправданном сокращении психиатрических коек в рамках очередной «кампании», а о создании лучших условий содержания больных и гораздо большей, чем это есть на сегодняшний день, реабилитационной направленности стационарных отделений, то есть о создании отделений стационарной реабилитации. В подобных подразделениях может активно использоваться не только круглосуточное пребывание пациентов, но и полустационарный вариант пребывания. Думается, что такое направление является наиболее перспективным в современных условиях.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

А. А. Северный

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЛАМИКТАЛА (ЛАМОТРИДИНА) У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)²⁶

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Ламиктал (ламотридин) – препарат т.н. называемого третьего поколения противосудорожных препаратов (ПЭП), применяемый в более чем в 90 странах, причем более чем в 70 – в лечении судорожных состояний у детей и подростков на протяжении более чем 10 лет [77], но еще не нашедший широкого применения в повседневной отечественной практике детско-подростковой клиники, хотя был зарегистрирован и разрешен к применению в России еще в 1992 г. Причиной этого может служить, среди прочего, и недостаточная информированность отечественных специалистов о клинических возможностях препарата и условиях его эффективного применения. Очевидно, определенную роль играет и высокая стоимость препарата по сравнению с традиционно применяемыми ПЭП [3]. В этом плане представляет интерес оценка лечения с точки зрения “стоимости” свободного от припадков дня у больного эпилепсией [72], что позволяет принципиально иначе подходить к экономическим аспектам противосудорожной терапии.

Многолетнее изучение ламиктала, в т. ч. в мультицентровых межнациональных исследованиях, открытых и с двойным слепым контролем [14, 45] позволили охарактеризовать его как антиэпилептическое средство с широким спектром действия, эффективным при практически любых типах припадков, резистентных к терапии традиционными ПЭП. Воздействуя на вольтаж-чувствительные натриевые каналы, ламиктал стабилизирует нейрональную мембрану и ингибирует избыточное высвобождение активирующих нейротрансмиттеров, таких как глутамат и аспартат. К практическим достоинствам ламиктала относят широкий спектр возможных к применению дозировок, благоприятные фармакокинетические свойства, а также хорошую переносимость препарата.

Особый интерес, с психиатрической точки зрения, вызывает показанная во многих исследованиях способность ламиктала оказывать антидепрессивное действие [89, 105], в т.ч. при резистентных к терапии депрессиях [15, 16], не вызывая перехода в маниакальное состояние, а также возможность эффективного использования его в профилактической терапии депрессивных, биполярных и маниакальных приступов [31-33, 40, 41]. При этом немаловажно, что, в отличие от препаратов лития, вальпроата и других стабилизаторов аффекта, ламиктал при длительном применении не вызывает увеличения массы тела и (у женщин) гиперандрогенизма [29, 50, 81]. Риск негативных последствий для новорожденного при приеме ламиктала беременными и кормящими грудью больными эпилепсией не превышает таковой для нелеченных больных [83, 88]. Ламиктал не оказывает негативного действия на когнитивные функции как у здоровых добровольцев, так и у больных эпилепсией [12, 66, 71, 75];

Многолетнее использование ламиктала в детско-подростковой практике подтвердило его высокую противосудорожную эффективность при сочетанном применении с препаратами вальпроата и другими ПЭП при различных типах припадков (комплексных парциальных, первично и вторично генерализованных тонико-клонических, миоклонических, атонических, атипичных абсансах), резистентных к другим ПЭП, с сохранением клинического эффекта при длительном (более года) применении, что показано как в открытых, так и в плацебо-контролируемых, в т. ч. транснациональных мультицентровых клинических исследованиях [14, 21, 23, 26-28, 35, 38, 39, 47, 51, 54, 55, 61, 74, 77, 78, 84, 85, 90, 99, 103]. Было также показано, что монотерапия ламикталом может быть не менее эффективной, чем сочетанная с другими ПЭП, особенно при парциальной эпилепсии, типичных абсансах [18, 62, 93].

Необходимо отметить эффективность ламиктала при специфических для детского и подросткового возраста типах припадков – идиопатической детской и ювенильной абсансной эпилепсии, ювенильной миоклонической эпилепсии [37, 70, 87, 92, 94, 104] и особенно при синдроме Леннокса-Гасто, одном из наиболее резистентных к терапии, с его полиморфизмом пароксизмальных состояний [53, 57, 58, 82, 96]. Хотя есть и данные, что ламиктал может ухудшать течение тяжелой миоклонической эпилепсии у детей и подростков [64], а его передозировка – вызывать миоклонический статус [65].

Монотерапия ламикталом в минимальных дозах оказывается эффективной при младенческих судорогах неясной этиологии, инфантильных спазмах (синдроме Веста), парциальных приступах на первом году жизни [17, 46, 79], что особенно важно принимать во внимание, учитывая до сих пор сохраняющуюся у

²⁶ © GlaxoSmithKline, 2003.

подавляющего большинства отечественных детских неврологов приверженность к фенобарбиталу несмотря на давно и многократно доказанное его негативное влияние на развитие детей. Аналогичное позитивное влияние ламиктала отмечено и на судорожный синдром, и на развитие детей, страдающих младенческим и ювенильным нейрональным цероидным липофусцидозом²⁷ [10, 11], а также таким достаточно редким, этиологически неясным расстройством, как пароксизмальный хореоатетоз [97]. Как и в указанных выше работах, исчезновение или значительное урежение эпилептиформных припадков одновременно с улучшением поведения и активности, уменьшением тревоги достигалось при монотерапии ламикталом и больных туберозным склерозом [63].

Наконец, для детской психиатрии особый интерес представляют работы, описывающие действие ламиктала при характерных для данного возрастного периода неэпилептических в широком плане заболеваниях и состояниях, резистентных к психотропной терапии. Здесь, в первую очередь, следует указать на синдром Ретта, при котором применение ламиктала не только позволяет контролировать характерные для данного заболевания судорожные проявления, но и вызывает уменьшение двигательных стереотипий, вспышек возбуждения и тревоги; у девочек улучшаются настроение, концентрация внимания, больные становятся более контактными [67, 95, 99]. Данный эффект может быть связан с ингибирующим влиянием ламиктала на избыточное выделение глутамата, которое, в свою очередь, может быть одним из патогенетических факторов синдрома Ретта.

С последним моментом были связаны и попытки применения ламиктала в плацебо-контролируемом двойном слепом исследовании при детских аутистических расстройствах [24]. Хотя по всем использованным оценочным шкалам разницы между группами, получавшими плацебо или ламиктал, не выявлено, родителями детей отмечено улучшение поведения и контактности в последней группе. Аналогичную оценку дали в отношении поведения и аутистических проявлений родители детей с резистентной эпилепсией, получавших ламиктал, причем это улучшение не обязательно было связано с купирующим действием препарата на собственно судорожные расстройства [101]. Т. е. можно предположить, что ламиктал (как, возможно, и некоторые другие ПЭП третьего поколения), помимо собственно противосудорожного действия, оказывает непосредственно благоприятное воздействие на широкий спектр поведенческих, коммуникативных и других дефицитарных расстройств, характерных для многих патологических состояний детского и подросткового возраста.

Последнее находит косвенное подтверждение в ряде работ, показавших заметное улучшение когнитивных функций, поведения, контактности, уменьшение вспышек возбуждения, агрессии и самоповреждений, повышение в целом качества жизни (well-being) больных эпилепсией, в т. ч. со слабоумием и инвалидизацией, детей и подростков, получавших длительное лечение ламикталом [36, 49, 68, 80, 102]. Причем, что немаловажно, длительный прием ламиктала не влияет на естественный физический рост и не вызывает повышения веса больных [98], которое нередко наблюдается при применении ПЭП второго поколения.

Можно также упомянуть о благоприятном протекании беременности у юных женщин, получавших ламиктал в связи с миоклонической эпилепсией [37], что согласуется с указанными выше исследованиями об отсутствии негативного действия препарата на протекание беременности и раннее постнатальное развитие младенцев от матерей, больных эпилепсией. Эти данные становятся особо значимыми в настоящее время в связи с возрастающим из года в год в нашей стране количеством беременностей у несовершеннолетних.

Что касается переносимости ламиктала детьми и подростками, то практически во всех клинико-фармакологических исследованиях указывается на отсутствие выраженных побочных явлений терапии, требовавших ее отмены, у подавляющего большинства получавших ее больных. В целом указывается на 60%-85% больных с теми или иными побочными явлениями, значительная часть которых связывалась со слишком быстрым наращиванием дозы (важно, что в плацебо-контролируемых исследованиях общее количество побочных явлений было несущественно ниже), а также с комбинированной терапией, в частности с вальпроатом. Наиболее частое побочное явление – сыпь, в единичных случаях осложнявшаяся синдромом Стивенса-Джонсона, проявления которого редуцировались при отмене ламиктала. Прочие побочные явления относятся к желудочно-кишечной (тошнота, рвота) и неврологической (головокружение, сомнолентность, атаксия, тремор, диплопия) сферам [48, 52, 56, 76, 86, 91]. Сообщалось о единичных случаях острой тяжелой афазии [20], остром расстройстве когнитивных функций со школьной дизадаптацией [42], остром психотическом эпизоде [43], аллергической лимфоаденопатии [73], впрочем не нашедших дальнейших подтверждений в литературе. Все указанные нарушения редуцировались при отмене ламиктала. В

²⁷ Заболевание из группы липоидозов – накопление в головном мозге цероидлипифусцина; проявляется отставанием в психическом развитии, двигательными нарушениями, эпилептиформными припадками и миоклониями; специфическая терапия отсутствует.

настоящее время можно считать установленным тот факт, что снижение темпов наращивания инициальных доз ламиктала с соблюдением последующего режима титрования приводит к сокращению в 10 раз числа токсических побочных реакций [B. Vooungеоis, at al., 2002 – цит. по 4, с. 613].

В отечественной литературе имеется лишь небольшое количество работ по поводу ламиктала, что также свидетельствует о неоправданно недостаточном клиническом интересе к препарату. Единичные открытые клинико-фармакологические исследования на небольшом количестве больных детей и подростков [1, 2, 7, 9] подтвердили высокую противосудорожную активность ламиктала преимущественно при сочетанном применении с другими ПЭП при различных типах припадков и отсутствие сколько-нибудь значимых побочных явлений терапии. Было установлено, что ламиктал эффективно воздействует на эпилептический процесс, купируя как пароксизмальную, т. е. собственно эпилептическую симптоматику, так и психопатологические явления, приводя к улучшению высших психических функций и нормализации физиологической активности головного мозга; оказывает антидепрессивное действие и способен редуцировать аффективные расстройства. Была показана более высокая эффективность сочетанной терапии ламикталом и вальпроатом по сравнению с монотерапией вальпроатом при доброкачественная миоклонической эпилепсии младенчества [5]. Авторы в своих методических рекомендациях рекомендуют ламиктал исключительно как дополнительный препарат при политерапии резистентных к лечению различных типов эпилептических припадков [6]. Аналогичные рекомендации содержатся в Приказе Минздрава РФ [8], где ламиктал рассматривается как препарат 2 ряда и рекомендуется у детей при синдроме Леннокса-Гасто (в сочетании с вальпроатами, сукцинимидами, нитразепамом), при эпилепсии с миоклонически-астатическими приступами (в тех же сочетаниях) и при эпилепсии с миоклоническими абсансами (в комбинации с вальпроатами).

Отдельный интерес представляет работа [4], в которой специально акцентировано влияние ламиктала на сопутствующие эпилепсии психические расстройства, личностные и поведенческие нарушения. Наиболее заметное влияние ламиктала как при моно- так и добавочной терапии проявилось во влиянии на когнитивные функции - у пациентов улучшились внимание, память, повысилась способность к обучению. Нормализующее влияние оказал ламиктал на подростков с возбудимыми чертами, склонностью к протестам, что проявилось в улучшении взаимоотношений с родителями и сверстниками. У подростков, которым в связи с побочными влияниями на предшествующую терапию амитриптилином последний был отменен и введен в терапевтическую схему Ламиктал, удалось купировать тревожно-депрессивную симптоматику и достичь стабилизации состояния. Авторы также рекомендуют использовать ламиктал при различных видах припадков как дополнительное средство в случае малой эффективности терапии другими ПЭП.

Т. о., обобщая приведенные данные, можно констатировать, что ламиктал как ПЭП 3 поколения имеет большие перспективы использования в детско-подростковой клинической практике не только в качестве дополнительного противосудорожного средства. Необходимы плацебо-контролируемые двойные слепые исследования его применения в рамках монотерапии при различных видах эпилептических состояний, а также как тимостабилизирующего препарата и профилактического агента при циркулярных аффективных расстройствах различной природы у детей и подростков. Последнее особенно важно учитывая отсутствие у ламиктала тех побочных явлений при длительной терапии, которые присущи таким традиционно применяемым профилактическим средствам, как препараты лития, карбамазепин и вальпроаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунц Г. О., Бурд Г. С., Вайнтриуб М. Я. и др. Ламиктал в лечении больных эпилепсией. // Журн неврол и психиат 1995; 95: 3: 41-4.
2. Балканская С. В., Студеникин В. М., Маслова О. И. и др. Применение ламотриджина в составе комплексной терапии эпилепсии у детей. // Современные проблемы профилактической педиатрии. Мат-лы VIII Конгресса педиатров России. М., 2003. – С. 24.
3. Громов С. А. О некоторых медико-социальных аспектах лечения эпилепсии препаратами нового поколения с учетом их стоимости. // Журн неврол и психиат 2001; 101: 8: 59-61.
4. Максимова Э. Л., Железнова Е. В., Соколова Л. В. Современная стратегия и тактика терапии больных эпилепсией подросткового и юношеского возраста с коморбидными психическими нарушениями. // РМЖ, т. 11, № 10 (182), 2003. – С. 611-4.
5. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Пылаева О. А. и др. Доброкачественная миоклоническая эпилепсия младенчества. // Журн неврол и психиат 1999, 99: 10: 4-8.
6. Мухин К. Ю., Петрухин А. С. Эпилептические синдромы у детей. Методические рекомендации. М., 2000. – 30 с.
7. Перунова Н. Ю., Сорокова Е. В., Шершевер А. С. Опыт применения ламиктала для лечения больных резистентной эпилепсией в амбулаторных условиях. // Журн неврол и психиат 2003; 103: 1: 30-4.
8. Приказ Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. № 311 “Об утверждении клинического руководства

“Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств”.

9. Соловых Н. Н., Коротков А. Г. Применение ламиктала в лечении эпилепсии у детей и подростков. // Журн неврол и психиатр 1994; 94: 4: 9-12.
10. Aberg L, Heiskala H, Vanhanen SL, et al. Lamotrigine therapy in infantile neuronal ceroid lipofuscinosis (INCL). // Neuropediatrics. 1997 Feb;28(1):77-9.
11. Aberg L, Kirveskari E, Santavuori P. Lamotrigine therapy in juvenile neuronal ceroid lipofuscinosis. // Epilepsia. 1999 Jun;40(6):796-9.
12. Aldenkamp AP, Arends J, Bootsma HPR, et al. Randomized double-blind parallel-group study comparing cognitive effects of a low-dose lamotrigine with valproate and placebo in healthy volunteers. Epilepsia 2002;43(1):19-26.
13. Armijo JA, Bravo J, Cuadrado A, et al. Lamotrigine serum concentration-to-dose ratio: influence of age and concomitant antiepileptic drugs and dosage implications. // Ther Drug Monit. 1999 Apr;21(2):182-90.
14. Arzimanoglou A, Kulak I, Bidaut-Mazel C, et al. Optimal use of lamotrigine in clinical practice: results of an open multicenter trial in refractory epilepsy. // Rev Neurol (Paris). 2001 May;157(5):525-36.
15. Barbee JG, Jamhour NJ. Lamotrigine as an augmentation agent in treatment-resistant depression. // J Clin Psychiatry. 2002 Aug;63(8):737-41.
16. Barbosa L, Berk M, Vorster M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. // J Clin Psychiatry. 2003 Apr;64(4):403-7.
17. Barr PA, Buettiker VE, Antony JH. Efficacy of lamotrigine in refractory neonatal seizures. // Pediatr Neurol. 1999 Feb;20(2):161-3.
18. Barron TF, Hunt SL, Hoban TF, et al. Lamotrigine monotherapy in children. // Pediatr Neurol. 2000 Aug;23(2):160-3.
19. Bartoli A, Guerrini R, Belmonte A, et al. The influence of dosage, age, and comedication on steady state plasma lamotrigine concentrations in epileptic children: a prospective study with preliminary assessment of correlations with clinical response. // Ther Drug Monit. 1997 Jun;19(3):252-60.
20. Battaglia D, Iuvone L, Stefanini MC, et al. Reversible aphasic disorder induced by lamotrigine in atypical benign childhood epilepsy. // Epileptic Disord. 2001 Dec;3(4):217-22.
21. Battino D, Buti D, Croci D, et al. Lamotrigine in resistant childhood epilepsy. // Neuropediatrics. 1993 Dec;24(6):332-6.
22. Battino D, Croci D, Granata T, et al. Lamotrigine plasma concentrations in children and adults: influence of age and associated therapy. // Ther Drug Monit. 1997 Dec;19(6):620-7.
23. Belanger S, Coulombe G, Carmant L. Role of vigabatrin and lamotrigine in treatment of childhood epileptic syndromes. // Epilepsia. 1998 Aug;39(8):878-83.
24. Belsito KM, Law PA, Kirk KS, et al. Lamotrigine therapy for autistic disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. // J Autism Dev Disord. 2001 Apr;31(2):175-81.
25. Berk M. Lamotrigine and the treatment of mania in bipolar disorder. // Eur Neuropsychopharmacol. 1999 Aug;9 Suppl 4:S119-23.
26. Besag FM. Lamotrigine--managing the challenging patient. // Seizure. 1994 Dec;3 Suppl A:53-8.
27. Besag FM, Wallace SJ, Dulac O, et al. Lamotrigine for the treatment of epilepsy in childhood. // J Pediatr. 1995 Dec;127(6):991-7.
28. Besag FM, Dulac O, Alving J, et al. Long-term safety and efficacy of lamotrigine (Lamictal) in paediatric patients with epilepsy. // Seizure. 1997 Feb;6(1):51-6.
29. Biton V, Mirza W, Montouris G, et al. Weight change associated with valproate and lamotrigine monotherapy in patients with epilepsy. // Neurology. 2001 Jan 23;56(2):172-7.
30. Botts SR, Raskind J. Gabapentin and lamotrigine in bipolar disorder. // Am J Health Syst Pharm. 1999 Oct 1;56(19):1939-44.
31. Bowden CL. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder. // Expert Opin Pharmacother. 2002 Oct;3(10):1513-9.
32. Bowden CL, Calabrese JR, McElroy SL, et al. The efficacy of lamotrigine in rapid cycling and non-rapid cycling patients with bipolar disorder. // Biol Psychiatry. 1999 Apr 15;45(8):953-8.
33. Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, et al.; Lamictal 606 Study Group. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. // Arch Gen Psychiatry. 2003 Apr;60(4):392-400.
34. Briassoulis G, Kalabalikis P, Tamiolaki M, et al. Lamotrigine childhood overdose. // Pediatr Neurol. 1998

Sep;19(3):239-42.

35. Buchanan N. Lamotrigine: clinical experience in 93 patients with epilepsy. // *Acta Neurol Scand*. 1995 Jul;92(1):28-32.

36. Buchanan N. The efficacy of lamotrigine on seizure control in 34 children, adolescents and young adults with intellectual and physical disability. // *Seizure*. 1995 Sep;4(3):233-6.

37. Buchanan N. The use of lamotrigine in juvenile myoclonic epilepsy. // *Seizure*. 1996 Jun;5(2):149-51.

38. Buchanan N. Lamotrigine: clinical experience in 200 patients with epilepsy with follow-up to four years. // *Seizure*. 1996 Sep;5(3):209-14.

39. Buoni S, Grosso S, Fois A. Lamotrigine treatment in childhood drug resistant epilepsy. // *J Child Neurol*. 1998 Apr;13(4):163-7.

40. Calabrese JR, Suppes T, Bowden CL, et al. A double-blind, placebo-controlled, prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder. Lamictal 614 Study Group. // *J Clin Psychiatry*. 2000 Nov;61(11):841-50.

41. Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, et al. O. Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine. // *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 10:18-22.

42. Catania S, Cross H, de Sousa C, et al. Paradoxical reaction to lamotrigine in a child with benign focal epilepsy of childhood with centrotemporal spikes. // *Epilepsia*. 1999 Nov;40(11):1657-60.

43. Caviedes BE, Herranz JL, Arteaga R, et al. [In children with refractory epilepsy: vigabatrin or lamotrigine?] // *Rev Neurol*. 1999 Mar 1-15;28(5):444-8.

44. Chen C, Casale EJ, Duncan B, et al. Pharmacokinetics of lamotrigine in children in the absence of other antiepileptic drugs. // *Pharmacotherapy*. 1999 Apr;19(4):437-41.

45. Choi H; Morrell MJ. Review of lamotrigine and its clinical applications in epilepsy // *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2003, 4(2):243-51.

46. Cianchetti C, Pruna D, Coppola G, et al. Low-dose lamotrigine in West syndrome. // *Epilepsy Res*. 2002 Sep;51(1-2):199-200.

47. Coppola G, Pascotto A. Lamotrigine as add-on drug in children and adolescents with refractory epilepsy and mental delay: an open trial. // *Brain Dev*. 1997 Sep;19(6):398-402.

48. Culy CR, Goa KL. Lamotrigine. A review of its use in childhood epilepsy. // *Paediatr Drugs*. 2000 Jul-Aug;2(4):299-330.

49. Davanzo PA, King BH. Open trial lamotrigine in the treatment of self-injurious behavior in an adolescent with profound mental retardation. // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1996 Winter;6(4):273-9.

50. Devinsky O, Vuong A, Hammer A, et al. Stable weight during lamotrigine therapy: a review of 32 studies. // *Neurology*. 2000 Feb 22;54(4):973-5;

51. Diaconu G, Moraru D, Grigore I, et al. [Lamotrigine in the treatment of pharmaco-resistant epilepsy in children] // *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2002 Apr-Jun;107(2):316-8.

52. Dimova PS, Korinthenberg R. Efficacy of lamotrigine and vigabatrin in drug-resistant epilepsies of childhood. // *Pediatr Neurol*. 1999 Nov;21(5):802-7.

53. Donaldson JA, Glauser TA, Olberding LS. Lamotrigine adjunctive therapy in childhood epileptic encephalopathy (the Lennox Gastaut syndrome). // *Epilepsia*. 1997 Jan;38(1):68-73.

54. Dreifuss FE. Lamotrigine in childhood epilepsies. // *Semin Pediatr Neurol*. 1997 Mar;4(1):19-23.

55. Duchowny M, Pellock JM, Graf WD, Billard C, Gilman J, Casale E, Womble G, Risner M, Manasco P. A placebo-controlled trial of lamotrigine add-on therapy for partial seizures in children. Lamictal Pediatric Partial Seizure Study Group. // *Neurology*. 1999 Nov 10;53(8):1724-31.

56. Duchowny M, Gilman J, Messenheimer J, et al.; LAMICTAL Pediatric Study Group. Long-term tolerability and efficacy of lamotrigine in pediatric patients with epilepsy. // *J Child Neurol*. 2002 Apr;17(4):278-85.

57. Dulac O, Kaminska A. Use of lamotrigine in Lennox-Gastaut and related epilepsy syndromes. // *J Child Neurol*. 1997 Nov;12 Suppl 1:S23-28.

58. Eriksson AS, Hoppu K, Nergardh A, et al. Pharmacokinetic interactions between lamotrigine and other antiepileptic drugs in children with intractable epilepsy. // *Epilepsia*. 1996 Aug;37(8):769-73.

59. Eriksson AS, Nergardh A, Hoppu K. The efficacy of lamotrigine in children and adolescents with refractory generalized epilepsy: a randomized, double-blind, crossover study. // *Epilepsia*. 1998 May;39(5):495-501.

60. Eriksson AS, Knutsson E, Nergardh A. The effect of lamotrigine on epileptiform discharges in young patients with drug-resistant epilepsy. // *Epilepsia*. 2001 Feb;42(2):230-6.

61. Farrell K, Connolly MB, Munn R, et al. Prospective, open-label, add-on study of lamotrigine in 56 children with intractable generalized epilepsy. // *Pediatr Neurol*. 1997 Apr;16(3):201-5.

62. Frank LM, Enlow T, Holmes GL, et al. Lamictal (lamotrigine) monotherapy for typical absence seizures in children. // *Epilepsia*. 1999 Jul;40(7):973-9.
63. Franz DN, Tudor C, Leonard J, et al. Lamotrigine therapy of epilepsy in tuberous sclerosis. // *Epilepsia*. 2001 Jul;42(7):935-40.
64. Guerrini R, Dravet C, Genton P, et al. Lamotrigine and seizure aggravation in severe myoclonic epilepsy. // *Epilepsia*. 1998 May;39(5):508-12.
65. Guerrini R, Belmonte A, Parmeggiani L, et al. Myoclonic status epilepticus following high-dosage lamotrigine therapy. // *Brain Dev*. 1999 Sep;21(6):420-4.
66. Kalvianen R, Tigarán S, and Keranen T, et al. Open, multicenter, randomised comparison of cognitive effects of lamotrigine and slow-release carbamazepine monotherapy in newly diagnosed patients with epilepsy. *Epilepsia* 2002;43(suppl 8):044.
67. Kumandas S, Caksen H, Ciftci A, et al. Lamotrigine in two cases of Rett syndrome. // *Brain Dev*. 2001 Jul;23(4):240-2.
68. Lethel V, Chabrol B, Livet MO, et al. [Lamotrigine therapy in children. Retrospective study of 32 children] // *Arch Pediatr*. 2000 Mar;7(3):234-42.
69. Macdonald KJ, Young LT. Newer antiepileptic drugs in bipolar disorder: rationale for use and role in therapy. // *CNS Drugs*. 2002;16(8):549-62.
70. Manonmani V, Wallace SJ. Epilepsy with myoclonic absences. // *Arch Dis Child*. 1994 Apr;70(4):288-90.
71. Marciani MG, Spanedda F, Mattia D. Neurophysiologic and neuropsychologic profiles of lamotrigine in epilepsy. // *Clin Neuropharmacol*. 1999 May-Jun;22(3):159-63.
72. Markowitz MA, Mauskopf JA, Halpern MT. Cost-effectiveness model of adjunctive lamotrigine for the treatment of epilepsy. // *Neurology*. 1998 Oct;51(4):1026-33.
73. Marraffa JM, Guharoy R. Lymphadenopathy secondary to lamotrigine (Lamictal). // *Vet Hum Toxicol*. 2002 Oct;44(5):276-7.
74. Martinez-Gonzalez MJ, Ruiz CL, Garaizar C, et al. [The efficacy of lamotrigine in refractory infantile epilepsy] // *Rev Neurol*. 2001 Jul 16-31;33(2):123-7.
75. Meador KJ, Loring DW, Ray PG, et al. Differential cognitive and behavioral effects of carbamazepine and lamotrigine. *Neurology* 2001;56:1177-1182.
76. Messenheimer JA, Giorgi L, Risner ME. The tolerability of lamotrigine in children. // *Drug Saf*. 2000 Apr;22(4):303-12.
77. Messenheimer J. Efficacy and safety of lamotrigine in pediatric patients. // *J Child Neurol*. 2002 Feb;17 Suppl 2:S34-S42.
78. Mikati MA, Holmes GL. Lamotrigine in absence and primary generalized epilepsies. // *J Child Neurol*. 1997 Nov;12 Suppl 1:S29-37.
79. Mikati MA, Fayad M, Koleilat M, et al. Efficacy, tolerability, and kinetics of lamotrigine in infants. // *J Pediatr*. 2002 Jul;141(1):31-5.
80. Mojs E, Galas-Zgorzalewicz B, Steinborn B. [Neuropsychological aspects of cognitive functioning in epileptic children and adolescents treated with lamotrigine] // *Neurol Neurochir Pol*. 2000;33 Suppl 1:153-64.
81. Morrell MJ, Isojarvi J, Taylor AE, et al. Higher androgens and weight gain with valproate compared with lamotrigine for epilepsy. // *Epilepsy Research* 2003;54:189-99.
82. Motte J, Trevathan E, Arvidsson JF, et al. Lamotrigine for generalized seizures associated with the Lennox-Gastaut syndrome. Lamictal Lennox-Gastaut Study Group. // *N Engl J Med*. 1997 Dec 18;337(25):1807-12.
83. Ohman I, Vitols S, Tomson T. Lamotrigine in pregnancy: pharmacokinetics during delivery, in the neonate, and during lactation. // *Epilepsia*. 2000 Jun;41(6):709-13.
84. Oliveros-Juste A, Bertol V, Oliveros-Cid A, et al. [Therapeutic benefits of monotherapy with lamotrigine] // *Rev Neurol*. 1999 Dec 16-31;29(12):1277-84.
85. Parmeggiani L, Belmonte A, Ferrari AR, et al. Add-on lamotrigine treatment in children and young adults with severe partial epilepsy: an open, prospective, long-term study. // *J Child Neurol*. 2000 Oct;15(10):671-4.
86. Pellock JM. Overview of lamotrigine and the new antiepileptic drugs: the challenge. // *J Child Neurol*. 1997 Nov;12 Suppl 1:S48-52.
87. Perucca E. The management of refractory idiopathic epilepsies. // *Epilepsia*. 2001;42(Suppl. 3):31-35.
88. Reiff-Eldridge R, Heffner CR, et al. Monitoring pregnancy outcomes after prenatal drug exposure through prospective pregnancy registries: a pharmaceutical company commitment. // *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Jan;182(1 Pt 1):159-63.
89. Rocha FL, Hara C. Lamotrigine augmentation in unipolar depression. // *Int Clin Psychopharmacol*. 2003

Mar;18(2):97-9.

90. Schapel GJ, Wallace SJ, Gordon GS. A survey of lamotrigine and vigabatrin treatment in children with severe epilepsy. // *Seizure*. 1997 Dec;6(6):479-83.

91. Schlumberger E, Chavez F, Palacios L, et al. Lamotrigine in treatment of 120 children with epilepsy. // *Epilepsia*. 1994 Mar-Apr;35(2):359-67.

92. Sharpe C, Buchanan N. Juvenile myoclonic epilepsy: diagnosis, management and outcome. // *Med J Aust*. 1995 Feb 6;162(3):133-4.

93. Solowiej E, Sobaniec W, Kozik A, et al. [The use of lamotrigine monotherapy in children with newly diagnosed partial epilepsy] // *Neurol Neurochir Pol*. 2000;33 Suppl 1:129-41.

94. Staedt J, Stoppe G, Riemann H, et al. Lamotrigine in the treatment of nocturnal myoclonus syndrome (NMS): two case reports. // *J Neural Transm*. 1996;103(3):355-61.

95. Stenbom Y, Tonnby B, Hagberg B. Lamotrigine in Rett syndrome: treatment experience from a pilot study. // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Mar;7(1):49-52.

96. Timmings PL, Richens A. Lamotrigine as an add-on drug in the management of Lennox-Gastaut syndrome. // *Eur Neurol*. 1992;32(6):305-7.

97. Ueberall MA, Wenzel D. Effectiveness of lamotrigine in children with paroxysmal kinesigenic choreoathetosis. // *Dev Med Child Neurol*. 2000 Oct;42(10):699-700.

98. Ueberall MA. Normal growth during lamotrigine monotherapy in pediatric epilepsy patients -- a prospective evaluation of 103 children and adolescents. // *Epilepsy Res*. 2001 Jul;46(1):63-7.

99. Uldall P, Hansen FJ, Tonnby B. Lamotrigine in Rett syndrome. // *Neuropediatrics*. 1993 Dec;24(6):339-40.

100. Uldall PV, Sommer B. [Treatment of childhood epilepsy with lamotrigine. An evaluation of efficacy in different types of epilepsy] // *Ugeskr Laeger*. 1996 Apr 1;158(14):1973-6.

101. Uvebrant P, Bauziene R. Intractable epilepsy in children. The efficacy of lamotrigine treatment, including non-seizure-related benefits. // *Neuropediatrics*. 1994 Dec;25(6):284-9.

102. Vigneswari G, Sofiah A, Hussain IH. Lamotrigine as an add-on therapy in intractable paediatric epilepsy--the Kuala Lumpur Hospital experience. // *Med J Malaysia*. 2001 Sep;56(3):359-64.

103. Wallace SJ. Lamotrigine--a clinical overview. // *Seizure*. 1994 Dec;3 Suppl A:47-51.

104. Wallace SJ. Myoclonus and epilepsy in childhood: a review of treatment with valproate, ethosuximide, lamotrigine and zonisamide. // *Epilepsy Res*. 1998 Jan;29(2):147-54.

105. Yatham LN, Kusumakar V, Calabrese JR, et al. Third generation anticonvulsants in bipolar disorder: a review of efficacy and summary of clinical recommendations. // *J Clin Psychiatry*. 2002 Apr;63(4):275-83.

П. В. Безменов, Г. М. Ланцева, Т. А. Саркисова РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ

Детская психиатрическая больница № 6 (Москва).

Аутизм

По-видимому, распространенность аутизма существенно выше, чем это предполагалось ранее. По данным одного из исследований, проведенного в 1988 г., этот показатель составлял 4—5 на 10 000 населения [1]. Однако, в недавней работе S. Chakrabarti et al. [2], включавшей детей в возрасте младше 5 лет, проводившейся с использованием диагностических критериев DSM-IV, было показано, что распространенность собственно аутизма составляет 16,8 на 10 000, а при включении остальных расстройств из круга аутизма (синдром Аспергера, атипичный аутизм, дезинтегративное расстройство) этот показатель возрастает до 63 на 10 000. Аналогичные данные приводятся и в других исследованиях (частота собственно аутизма от 21—31 на 10 000 [3—5] до 60 на 10 000 [6], распространенность всей группы расстройств из круга аутизма — от 57,9 на 10 000 [7] до 121 на 10 000 [6]. Отчасти такой широкий диапазон может быть обусловлен различиями в критериях квалификации состояния и возрасте участников, включенных в выборку. Следует отметить, что несмотря на увеличение распространенности, доля детей, у которых аутизм сочетается с умственной отсталостью, стала существенно меньше. Так, по данным S. Chakrabarti et al. [2], лишь у 26% детей с аутизмом выявляются когнитивные нарушения различной степени выраженности. Средний возраст детей на момент постановки диагноза составляет для первазивного расстройства развития 37 мес, для синдрома Аспергера — 47,5 мес [2].

Не менее значительные изменения претерпели и представления о причинах аутизма. Первоначально считалось, что одним из основных факторов риска развития аутизма служит эмоциональная депривация в раннем возрасте. В настоящее время можно утверждать, что аутизм представляет собой сложное нейроп-

психиатрическое расстройство. В 1977 г. было проведено первое генетическое исследование, в котором S. Folstein и M. Rutter показали, что конкордантность по аутизму у однояйцевых близнецов выше, чем у разнояйцевых [8]. Согласно многим данным, наследование имеет полигенную природу [9, 10]. Высказано предположение, что ген, ответственный за возникновение аутизма, может быть локализован в участке 15q11-13 [10, 11]. По мнению других авторов, эти гены располагаются в одном или нескольких участках 2-й, 7-й и 13-й хромосом [12]. Определенный интерес представляют попытки соотнести роль перинатальной патологии и генетических факторов. В частности, этой проблеме было посвящено исследование L. Zwaigenbaum et al. [13], включавшее 78 больных с аутизмом и 88 здоровых детей, результаты которого свидетельствуют, что увеличение частоты осложнений во время беременности и родов вторично по отношению к наследственным факторам. Исследования с использованием магнитно-резонансной томографии и аутопсии показали наличие изменений плотности вещества нейронов и их внутриклеточной структуры, особенно в лимбической системе [14]. Кроме того, получены данные об атипичной активации миндалевидного тела и прилежащих структур в ответ на коммуникативные раздражители [15].

К числу внешних факторов, связь которых с увеличением риска развития аутизма была доказана в разные годы, можно отнести эмбриопатию, обусловленную приемом талидомида [8], и применение противосудорожных препаратов во время беременности [7]. Многочисленные данные свидетельствуют, что использование вакцины против кори, краснухи и эпидемического паротита не приводит к росту вероятности возникновения аутизма [11]. У 10—15% больных с аутизмом отмечаются коморбидные расстройства [1]. В ходе недавнего исследования было опровергнуто широко распространенное мнение о том, что для детей с аутизмом характерно увеличение частоты нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта [16].

ЛИТЕРАТУРА

1. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism: a review. *Psychol Med.* 1999;29:769—786.
2. Chakrabarti S., Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001;285:3141—3142..
3. Honda H., Shimizu Y., Niimi M., Ohashi Y. Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry* 1996;169:228-235.
4. Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:694-702.
5. Arvidsson T, Danielsson B, Forsberg P, Gilberg C, Johansson M, Kjellgren G. Autism in 3- to 6-year-old children in a suburb of Goeteborg, Sweden. *Autism* 1997;1:163-173.
6. Kadesjo B, Gilberg C, Hagberg B. Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. *J Autism Dev Disord.* 1999;29:327-331.
7. Bailey A., Le Couteur A., Gottesman I., Bolton P., Simonoff E., Yuzda E. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol Med.* 1995;25:63—77.
8. Folstein S, Rutter M. Infantile autism: A study of 21 twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry* 1977; 18: 297-321.
9. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Bryson SE, MacLean JE, Tuff LP, Bartolucci G, et al. Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 572-579.
10. Risch N, Spiker D, Lotspeich L, Nouri N, Hinds D, Hallmayer J, et al. A genomic screen of autism: evidence for a multilocus etiology. *Am J Hum Genet* 1999; 65: 493-507.
11. Taylor B, Miller E, Lingam R, Andrews N, Simmons A, Stowe J. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population-based study. *BMJ* 2002; 324: 393-396.
12. Folstein SE, Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet* 2001; 2: 943-955.
13. Zwaigenbaum L., Szatmari P., Jones M.B., Bryson S.E., MacLean J.E., Mahoney W.J., Bartolucci G., Tuff L. Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(5):572—579.
14. Casanova MF, Buxhoeveden DP, Switala AE, Roy E. Minicolumnar pathology in autism. *Neurology* 2002; 58: 428-432.
15. Critchley HD, Daly EM, Bullmore ET, Williams SC, Van Amelesvoort T, Robertson DM, et al. The functional neuroanatomy of social behaviour: changes in cerebral blood flow in people with autistic disorder process facial expressions. *Brain* 2000; 123: 2203-2212.
16. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook Jr EH, Dawson G, et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000; 55(4): 468-479.

Гиперкинетические расстройства

В ходе систематического обзора D. F. Connor et al. [1], проведенного в 1999 г., было найдено 6 рандомизированных контролируемых сравнительных испытаний клонидина и плацебо при синдроме нарушения активности и внимания у детей. Испытания включали 143 ребенка (средний возраст 11 л.). Клонидин использовался в дозе 0,1—0,24 мг/сут в течение 4—12 нед. Полученный результат представлял собой комбинированный показатель выраженности клинических проявлений по оценке родителей, врачей и учителей. Было показано, что применение клонидина по сравнению с плацебо способствовало улучшению комбинированного показателя (величина эффекта составила 0,58 при 95% доверительном интервале от 0,27 до 0,89). Однако клиническая значимость полученных результатов остается неясной и требует дальнейшего изучения, поскольку все испытания были небольшими и отличались недостаточно высоким методологическим качеством.

В ходе систематического обзора J. Lord et al. [2], проведенного в 2000 г., были найдены 13 рандомизированных контролируемых испытаний (1177 детей в возрасте 5—18 л.), в которых сравнивалась эффективность метилфенидата и плацебо. Данные не обобщались. В 3 испытаниях (99 детей) статистически значимых различий между группами по выраженности основных проявлений синдрома нарушения активности и внимания не выявлено. В 10 других испытаниях было показано, что применение метилфенидата (в дозе 0,56—0,72 мг/кг/сут или 5—35 мг/сут) по сравнению с плацебо приводит к статистически значимому улучшению индекса гиперактивности по шкале CTRS (Conners Teachers Rating Scale — применяется для оценки выраженности симптомов гиперактивности у детей в возрасте 3—17 лет; представляет собой анкету из 10 пунктов, заполняется учителями и родителями). В ходе этого же обзора были найдены 4 перекрестных рандомизированных клинических сравнительных испытания дексамфетамина и метилфенидата (224 ребенка в возрасте 5—18 л.). Метилфенидат назначался в дозе 0,6—4,5 мг/кг/сут или 20 мг/сут, дексамфетамин — в дозе 0,39—2,6 мг/кг/сут или 10 мг/сут. Из-за неоднородности испытаний обобщение данных не проводилось. В 3 испытаниях (99 детей в возрасте 5—12 л.) статистически значимых различий между группами по клиническим исходам не выявлено. Результаты четвертого испытания свидетельствуют, что применение метилфенидата по сравнению с использованием дексамфетамина улучшает некоторые (хотя не все) изучаемые исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Connor D.F., Fletcher K.E., Swanson J.M. A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1551—1559.
2. Lord J., Paisley S. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood. London: National Institute for Clinical Excellence, Version 2, August 2000. (*Поиск в Medline*).

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Г. В. Скобло, М. А. Белянчикова

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

Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

В нашем первом сообщении по поводу появившейся в середине 1990-х гг. первой международной классификации психических расстройств в младенчестве и раннем возрасте - Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, в сокращении DC: 0-3 [1] - была представлена общая концепция этой большой работы, проведенной коллективом авторитетных специалистов Европы и США, (психиатрами и психологами), а также с психопатологических позиций проанализирована ее главная ось – ось основного диагноза [2]. Данная статья посвящена психологическим аспектам DC: 0-3, в частности краткому изложению и анализу 2-й, 4-й и 5-й осей. В цели данных разделов входят, во-первых, возможность идентификации многих психологически обусловленных этиопатогенетических составляющих психических отклонений в раннем детстве, во-вторых - диагностирование состояний риска, в третьих - возможность разработки дифференцированных стратегий психотерапевтических вмешательств.

Ось 2: «Классификация расстройств взаимоотношений» заняла второе по значимости место после оси основного диагноза, что свидетельствует о безоговорочном признании специалистами всех школ, участвовавших в создании данной классификации, важности качества родительно-детских отношений для ребенка первых лет жизни (или отношений с другими главными ухаживающими лицами, заменяющими родителей, обозначаемых известным термином *caregiver*). Основные опорные положения для работы с осью 2 следующие. Диагностика взаимоотношений базируется как на непосредственном их наблюдении, так и на субъективном восприятии родителями ребенка, что выявляется в процессе собеседования. Отклоняющиеся феномены взаимоотношений оцениваются по интенсивности, частоте и длительности с целью их ранжирования по шкале количественной выраженности нарушений; спектр взаимоотношений включает последовательное их изменение от «хорошо адаптированных» (90 баллов) до «глубоко нарушенных» (10 баллов). Подчеркивается, что ось 2 в ее полном объеме применяется для диагностики только выраженных нарушений взаимоотношений, которые начинаются с уровня 40 баллов. Расстройства взаимоотношений на уровне 70-40 баллов квалифицируются как мягкие и характеризуются лишь тенденциями в отношении описанных в классификации расстройств отношений. Они могут появиться из-за психического нарушения у ребенка (диагностируемого по первой оси), семейной динамики или каких-либо стрессов в семье и часто носят транзиторный характер. Тем не менее, их выявление важно как для построения системы интервенции (когда она необходима), так и для выделения групп риска, например, в исследовательских целях. Что касается качественной диагностики взаимоотношений, то она основывается на выявлении особенностей 3 основных признаков, которые определены как *качество поведения при интеракциях, аффективный тон и психологическая вовлеченность*.

Качество поведения при интеракциях оценивается у каждого из членов родительно-детской системы. В родительском поведении учитываются такие параметры, как отзывчивость на потребности ребенка или пренебрежение ими, соразмерность или «непропорциональность» ответной реакции, «искренность включенности или заботы», степень структурированности родительского поведения и ряд других. Поведение ребенка оценивается по его характеру во взаимодействии (ребенок может быть избегающим, апатичным, непослушным и т. д.). При этом следует учитывать возможные задержки развития (речи, моторики, когнитивного и социально-эмоционального развития), которые ведут к ограничению возможностей детей при интеракциях. Обращается особое внимание клиницистов на квалификацию происхождения этих задержек, которые могут возникать как непосредственный результат нарушенных взаимоотношений, так и иметь другую, не зависящую от них, этиологию. *Аффективный тон* – это тот эмоциональный настрой, который является преобладающим в отношениях. Это могут быть, например, выраженная тревога и напряженность или же негативный аффект в виде раздражительности, злобности или враждебности, или какой-либо другой аффект, наиболее часто образуемый при взаимодействии и отличающийся интенсивностью. Под *психологической вовлеченностью* понимается значение и смысл ребенка для родителей, та или иная интерпретация его поведения. Последняя в значительной мере развивается из детского опыта самих родителей, который в силу его индивидуальности или неблагополучия может вести к неадекватному восприятию и пониманию детского поведения здесь и сейчас. Так, ребенок с активным, но в рамках нормы, темпераментом может представляться родителями как чрезмерно требовательный и т. п.

Исходя из комбинации особенностей основных признаков, в оси 2 выделены 6 типов расстройств взаимоотношений: 1) сверхвключенные, 2) невключенные, 3) враждебные, 4) насильственные или оскорби-

тельные с 3 подтипами в зависимости от формы родительского насилия (словесного, физического или сексуального), 5) тревожно-напряженные, 6) смешанный тип. Каждый из типов подробно описан с приведением опорных пунктов для диагностики. Так, например, первый тип- «сверхвключенные взаимоотношения» характеризуется следующим набором феноменов (приводится в сокращении). Поведение при интеракциях со стороны родителей отличается сверхконтролем с частым вмешательством в цели и желания ребенка наряду с предъявлением ему требований, не соответствующих уровню его развития; ребенок же может демонстрировать как чрезмерно уступчивое, так и непокорное, вызывающее поведение, для него достаточно типичны трудности организации внимания, малая речевая выразительность и моторная неловкость (скованность). Аффективный тон в системе родители-ребенок характеризуется эмоциональным непостоянством ввиду того, что и у родителей, и у ребенка периодически возникают эпизоды тревоги, депрессии или гнева. Психологическая вовлеченность родителей при этом типе отношений высокая, поскольку они не воспринимают ребенка как отдельного индивидуума с собственными, специфическими для его возраста нуждами, что обуславливает отношение к нему или как к партнеру-сверстнику или же его «романтизацию» и «сексуализацию» (имеется ввиду стремление к слишком частой и сильной физической близости). Можно констатировать, что в определенной степени описанный тип отношений отвечает хорошо известному, но достаточно широкому понятию гиперпротективного воспитания, однако использование приводимых в DC: 0-3 диагностических критериев, относящихся как к родителю, так и, в особенности, к ребенку дает возможность более точной дефиниции возникающих неадекватных отношений. То же самое можно отметить и при анализе большинства других выделяемых в оси 2 типов расстройств родительно-детских отношений, внешне соотносимых с уже известными, но получивших большую структурированность и четкость. К ним можно отнести тип «невключенных взаимоотношений», отражающих гипопротективное воспитание в нашем понимании, тип «враждебных отношений», сходный с воспитанием по типу эмоционального отвержения, а также «насиловственный» или «оскорбительный», который в общем соответствует воспитанию по типу жестокого обращения.

Вместе с тем, в выделяемых в анализируемой классификации видах взаимоотношений присутствует достаточно новая для нас описательная категория так называемых тревожно-напряженных взаимоотношений, являющаяся, как будет показано ниже, весьма важной по значению для раннего детства. (Заметим, что этот вид расстройств на практике является достаточно узнаваемым российскими специалистами по раннему детскому возрасту). В поведенческо-аффективном плане этот тип взаимоотношений характеризуется очень сильной чувствительностью родителя к нуждам ребенка и его частой гиперпротективностью с явным наличием тревожного аффекта, ребенок при этом демонстрирует или чрезмерную уступчивость или же также тревожен. Психологическая вовлеченность родителей здесь высока, но неадекватна, поскольку они неправильно интерпретируют поведение ребенка и его настроение. Подчеркивается, что этот отклоняющийся тип взаимоотношений особенно характерен для так называемых регуляторных нарушений у ребенка, частота которых в раннем детстве значительна. Психопатологический анализ регуляторных нарушений и их соотнесение с диагностическими понятиями, применяемыми в России, был дан в нашем первом сообщении [2]. Нами отмечалось, что регуляторные расстройства в целом, и особенно их определенные подвиды, в значительной степени могут быть соотнесены с такими понятиями как невропатия, шизо-типический и психопатологический диатез – состояниями, при которых общепризнанным в отечественной психиатрии является их конституциональный характер. В DC: 0-3 также подчеркивается конституциональность регуляторных расстройств и указывается, что ранее дети с этим диагнозом описывались как «сверхвозбудимые», «повышенно реактивные», имеющие «трудный темперамент». Исходя из конституциональности регуляторных расстройств, логичным является вывод авторов DC: 0-3 о наличии черт сверхреактивности у одного или обоих родителей ребенка, что при совмещении с неадекватной и высокой психологической родительской включенностью обуславливает взаимное гиперреактивное отношение в родительно-детской системе, ведущее к обоюдной тревожной напряженности. Со своей стороны, мы могли бы добавить, что возникновение тревожно-напряженных взаимоотношений с ребенком является очень характерным для матерей, перенесших послеродовую депрессию. Согласно нашим данным, подавляющее большинство этих состояний протекает с длительным и выраженным тревожным аффектом, который сохраняется, по крайней мере, на протяжении всего первого года жизни ребенка, выявляясь даже тогда, когда депрессия уже клинически не определяется [3]. По-видимому, этот аффект способствует более легкой провокации регуляторных расстройств у ребенка или, может быть, «запускает» их фенотипическое проявление.

Заканчивая анализ оси 2, следует также добавить, что описание каждого типа нарушенных отношений в этой оси строится таким образом, что позволяет сразу же наметить необходимые именно при нем психотерапевтические стратегии. И, наконец, хотелось бы отметить практическую ценность для наших специалистов предлагаемой классификации расстройств взаимоотношений, поскольку до настоящего времени в России такого рода стандартная диагностика, применимая к раннему детскому возрасту, отсутствует. Из-

вестные родительско-детские опросники, разработанные отечественными исследователями, могут быть использованы лишь после трехлетнего возраста [4, 5] или начиная с 7 лет [6].

Следующая анализируемая ось 4 «Психосоциальные стрессоры» выделена с целью фиксации различных видов стресса в раннем детстве и степени его выраженности. При работе с осью 4 учитывается следующее. Основное влияние стрессового воздействия в первые годы жизни зависит от 3 факторов: 1) степени выраженности стресса - его интенсивности, продолжительности, внезапности, частоты и предсказуемости; 2) уровня развития ребенка; 3) способности взрослых помочь ему. Специалист, работающий с ребенком, должен идентифицировать все источники стресса и ранжировать его выраженность и степень воздействия по определенным шкалам. В оси 4 перечислено около 30 разновидностей стресса как общего характера, так и специфичных для раннего детства.

Последняя, 5-я ось классификации «Уровень функционального эмоционального развития» позволяет диагностировать, каким образом ребенок организует и использует свой опыт, и тем самым определять степень его реальной адаптации (по прилагаемой шкале). Оценка по этой оси базируется на наблюдении за ребенком в процессе его спонтанной активности и игровой деятельности, взаимодействии с каждым из родителей, а также со специалистом, проводящим обследование. Дополнительно принимается во внимание информация родителей о функционировании ребенка вне непосредственной ситуации обследования. Учитывается выраженность таких факторов, как способность к обоюдному вниманию и взаимной включенности, возможность обоюдной целенаправленной деятельности, уровень сюжетной игры и ряд других, причем в DC: 0-3 приводятся возрастные количественные критерии оценки каждого из показателей. Отметим, что диагностическое обследование подобного рода является привычным и для российского специалиста по раннему возрасту; вместе с тем, вне применения каких-либо специальных методик по определению уровня психического развития оно, как правило, отличается недостаточной структурированностью и стандартизацией. Проведение его в диагностических рамках 5-й оси DC: 0-3 позволит избежать этих недостатков.

В заключение хотелось бы констатировать общий высокий уровень анализируемой классификации и рекомендовать ее для применения в России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnostic Classification: 0-3 (1994). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Arlington. USA.
2. Скобло Г.В., Белянчикова М.А. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (первое сообщение). Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2002, № 2. - С. 96-99.
3. Скобло Г.В. Психическое здоровье детей раннего возраста от матерей с послеродовыми депрессиями. 13-й съезд психиатров России. М. 10-13 окт. 2000 г. - С.143.
4. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. Методическое пособие. М.- СПб.: Фолиум, 1996.
5. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. СПб: Речь, 2000.
6. Варга А.Я., Столин В.В. Тест-опросник родительского отношения. Практикум по психодиагностике. М.: МГУ, 1988. - С.107-113.

В. М. Башина, Н. В. Симашкова, М. Г. Красноперова

АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ В СВЕТЕ ICD-10 (1992), МКБ-10 (1999)

Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

Понятие «атипичный аутизм» (АА) как дефиниция для определенных вариантов аутистических расстройств в основном не шизофренического спектра вошло в детскую психиатрию только со времени введения ICD-10, МКБ-10 (1992,1999). Прежде в МКБ-9 (1987) аутистические расстройства определялись только как «ранний детский аутизм» (РДА) в разделе психозов детского возраста. В МКБ-10 аутизм в детстве рассматривается как полиэтиологические расстройства во впервые введенном разделе: «Общие расстройства психологического (психического) развития». В рубрику «детский аутизм» (ДА) вошли – «аутистическое расстройство, аутистический психоз, синдром Каннера, инфантильный психоз». В другую, также новую, рубрику введены - «атипичный аутизм»: «атипичный психоз» (АП) и «умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами» (УМО с аутистическими чертами). В этой рубрике принцип причисления к атипичному аутизму только расстройств нарушенного развития с аутистическими симптомами не эндогенного происхождения полностью не выдержан. К этой группе расстройств, согласно их клинико-нозологической оценке, примыкают и синдром Ретта, и парааутистические расстройства. Последние вовсе не представлены в рассматриваемом разделе. В связи с расширившейся диагностикой аутистических рас-

стройств разной этиологии их встречаемость в круге психической патологии в детстве возросла от 10 до 56 на 10 000 детской популяции.

Следует подчеркнуть, что в общей психопатологии под понятием «аутизм», введенном Е. Bleuler (1911), понимается очерченный признак шизофрении или шизоидных расстройств личности. После того как значительно позже, в 1943 г., L. Kanner описал у детей аутизм (получивший определение «ранний детский аутизм» - РДА), в круге психической патологии в детстве РДА стал рассматриваться не как симптом, признак, а как обособленное расстройство шизофренического спектра, не идентичное шизофрении. В начале 1950-х гг. Arn. D. van Krevelen впервые предположил возможность наличия у детей аутизма органического происхождения. В последующем петербургские исследователи (С. С. Мнухин с соавт., 1947, 1963, 1969) высказались в пользу фенокопирования РДА в связи с органическим поражением сходных или близких структур головного мозга, что и при РДА. Затем были описаны аутистические симптомы и при другой - хромосомной, обменной, органической патологии у детей (Г. С. Маринчева, В. И. Гаврилов, 1988; Ch. Gillberg, 1995). Именно различные виды аутистических расстройств преимущественно не шизофренического спектра и получили в последних систематиках - ICD-10 и МКБ-10 - определение «атипичного аутизма». К тому же, как уже было сказано, в рубрику «атипичный аутизм» был включен «атипичный детский психоз». В соответствии с прежней МКБ-9 подобный вид расстройств относился к приступам ранней детской шизофрении (РДШ).

Клиническая характеристика разных подвидов «атипичного аутизма» (АА).

АА, АП определяют аффективные, невротоподобные, кататонические, кататоно-регрессивные и полиморфные расстройства. В клинической картине выявляется остановка в умственном, речевом, моторном, эмоциональном развитии, аутистические формы поведения, моторные стереотипии, когнитивные расстройства, искажается становление самосознания. В последующем может сохраняться затяжное течение АП либо формируется ремиссия с аутистическими проявлениями, или идет становление более устойчивого дефицитарного состояния с клинической картиной, подобной аутизму. АП, в отличие от РДА, развивается в более поздние сроки жизни (между 3 и 5 гг.) на фоне нормального онтогенеза. На выходе из психоза в клинической картине более отчетливы резидуальные позитивные симптомы.

К другому подвиду АА отнесены умеренные формы УМО разного генеза с аутистическими чертами. Подобного вида расстройство впервые было описано в 1943 г. J. Martin, J. Bell. В 1969 г. Н. Lubs при этом заболевании обнаружил X- хромосому с пробелом в субтеломерном участке длинного плеча, с чем связано появление другого названия - синдром ломкой (фрагильной) X-хромосомы. Больным свойствен специфический психофизический фенотип, определяемый особыми дизонтогенетическими стигмами. В первые месяцы жизни дети развиваются обычно нормально, к полугоду становится заметным отставание в умственном развитии. С этого этапа ограничивается общение, отторгается тактильный контакт с матерью, задерживается формирование глазной реакции, слежения, что сочетается с робостью, избеганием взгляда. После становления ходьбы выступает двигательная расторможенность с дефицитом внимания. К 2-3 гг. явно отставание в формировании тонкой моторики рук, речи. Стереотипные движения в пальцах рук напоминают манеризмы при ДА. Игровая деятельность протекает в одиночестве, с отказом от социальных контактов с родными и сверстниками. К особенностям аутистического поведения у этих детей следует отнести его осциллирующий характер с периодической тенденцией к смягчению отрешения, более полноценному общению. С годами умственный дефект имеет тенденцию к утяжелению, углублению пустой аутизации с психическим опустошением.

АА при синдроме Дауна (ДС), или трисомии по 21 хромосоме, в 5% при транслокации между 21 и 14 хромосомами. От всей популяции детей с ДС проявления АА обнаруживается не более чем в 15% случаев, обычно в возрасте после 2-4 л. Клиника этих состояний характеризуется затруднениями в общении, уходом от сверстников. Имеет место стереотипный повтор одних и тех же актов в протопатических формах игры. Выраженность аутистических проявлений не столь глубокая и легко аутохтонно нивелируется. В пубертате у этих детей возможны дистимические расстройства, пустые мании с расторможением примитивных влечений, периодами тревожность, элементарные обманы. У больных с ДС из общей популяции к 30-50 гг. в 75% случаев формируется тип деменции, близкий к болезни Альцгеймера, с утратой ранее устойчивых навыков, аффективной лабильностью, страхом, нелепым поведением, что вряд ли возможно связать с наличием у некоторых из этих детей аутистических проявлений на ранних этапах развития.

АА при туберозном склерозе (ТС) наблюдается почти в половине случаев. Обычно ко второму году жизни начинает периодически возникать моторное возбуждение, общее беспокойство, бег, которые напоминают полевое поведение при ДА. При этом дети с трудом переходят от одного вида деятельности к другому, характерны - низкий уровень мотивации, негативистические реакции, стереотипии в моторике. Периодически наступает заторможенность достигающая субкататонии. Дети отказываются от общения, занятий, избегают родных. При привлечении их к любой деятельности становятся злобными. Сниженное настро-

ние нередко сопровождается недовольством и агрессией и может сменяться повышенным - с сохраняющейся злобностью и дурашливостью. Характерны трудное засыпание и частые пробуждения в ночное время. С годами у больных нарастает эмоциональное потускнение, углубляется деменция, почти пропадает речь. Неравномерность симптомов недоразвития, сочетающихся с распадом ранее приобретенных навыков, знаний, нелепая по содержанию речь, используемая в основном в эмоционально значимой ситуации, создают сложную картину умственного дефекта, похожую на расстройства аутистического типа. В таких случаях нередко ставится ошибочный диагноз ДА.

При фенилкетонурии, впервые охарактеризованной в 1934 г. педиатром А. Foling, позже, в 1960 г., С. Е. Venda описал аутистические симптомы, похожие на РДА при ранней шизофрении. Впоследствии о сходных фактах сообщалось в работах многих авторов. Эти дети при рождении имеют соматический статус и психическое развитие, близкое к таковому в нормальной детской популяции. Со 2-3 мес. жизни у ребенка начинают отмечаться сверхчувствительность, плаксивость, затем признаки разной степени отставания в умственном развитии (от пограничной до средней и тяжелой). После года пропадает стремление к общению вплоть до активного его избегания, появляются эмоциональная тусклость и безрадостность. Характерны стереотипии в моторике рук, гипердинамия с импульсивностью, которые периодически сменяются акинезией. Отмечаются сонливость в дневное время и расстройства засыпания. Проведение дифференциальной диагностики этих состояний с ДА крайне трудно. Отличают клиническую картину у этих детей явления астении, черты крайней истощаемости, затяжные дистимии с недовольством окружающими, истероформностью, гиперестезией. Перечисленные симптомы сочетаются с неврозоподобными симптомами (в виде энуреза, заикания, страхов), в 1/3 случаев - с эпилептическими. К тому же у этих детей никогда не исчезает полностью глазная реакция, сохраняется частичный тактильный контакт с матерью. Даже у детей, получающих специальное диетическое лечение, обнаруживаются трудности в обучении, а к пубертатному периоду - психопатоподобные черты в поведении.

Психогенный парааутизм (ПА) впервые достаточно полно освещен J. Nissen (1975) у детей 3-4 л., лишенных матери и воспитывающихся в детском доме. Этот вид аутизма может быть рассмотрен, по нашему мнению, в круге подвариантов АА. Для ПА у детей-сирот, воспитывающихся от рождения в доме младенца, характерны бедность эмоционального реагирования на зов, речь, новых людей, смену обстановки. Дети безучастны, одинаково относятся к живому и неживому. У них преобладают игры манипулятивного характера, которые не сопровождаются словесными комментариями. Характерны пассивность, быстрая истощаемость побудительной мотивации. Часты заместительные реакции в виде привычных движений, таких как раскачивание, сосание, кручение волос, пальцев рук, одежды, наблюдаются яктация, онанизм, тенденции к самоагрессии. В бездействии дети принимают характерную позу: они сжимаются, опускают голову, приводят руки к груди, закрывая ладонями лицо, взгляд отрешен или направлен вовне. В 79% случаев у этих детей выявлены задержка в умственном развитии, бедность программных и бытовых знаний. При активной обучающей методичной стимуляции эти дети оказываются способными к более высокому подражанию, нежели дети с эндогенным аутизмом. У них нет гиперестезии к обычным раздражителям, негативизма, как и парадоксальности в поведении. У всех детей обнаруживается широкий круг астенических и адинамических депрессий, невротических реакций, соматизированных расстройств, часты ОРЗ с затяжным течением, дерматиты, нейродермиты, экземы, диатезы, вегетососудистые симптомы. В течение онтогенеза ребенка-сироты с чертами ПА наблюдаются изменения; ко второму возрастному кризу, к 6-8 гг., аутистические расстройства обычно смягчаются. Тогда у детей частично нивелируются симптомы задержки в умственном развитии, на первый план выступают искажение личности, эмоциональная незрелость, недоразвитие высших эмоций, обедненность трудовых навыков, рентные установки. Формируется дефицитарный тип личности.

АА при синдроме Ретта (РС). РС выделен из недифференцированного аутизма, или ранней злокачественной шизофрении А. Rett в 1963 г. Позже исследователи - шведский В. Hagberg в 1980 г. и японские А. Ishikawa et al. в 1978 г. - опубликовали клинко-психопатологические описания РС, отметив при нем стадийность течения с аутистической картиной преимущественно в первой и начале второй стадий. В клинике обнаруживаются отрешение, уход в себя, расстройство глазной реакции, слежения, отказ от пользования речью, играми, устойчивые астенодистимические расстройства с ажитацией. На этой стадии дифференциальный диагноз РС и ДА затруднен. Во II стадии, так называемого быстрого распада ранее приобретенных навыков и речи, состояние еще более утяжеляется, поведение становится беспокойным. Появляются насильственные "моющие, потирающие" и другого типа движения в кистях рук, жевание пальцев рук, касание ими шеи, тела подбородка, заведение рук за спину; движения совершаются длительное время без перерывов. Постепенно пропадает способность захвата, удерживания предметов в руках. Походка приобретает диспрактический характер. Появляется мышечная дистония, способность к спуску с лестницы и в 2/3 случаев к ходьбе утрачивается. В дальнейшем наблюдаются атрофия мышц стоп и голеней по типу «носков», синюшность кожных покровов, зябкость конечностей. Голова «втягивается» в плечи, формируются

сколиоз, кифоз. Изменяется дыхательный ритм с появлением пневматоза кишечника. Утрачивается способность жевать. В половине случаев наблюдаются эпилептиформные приступы от абсансных до развернутых больших, в одних случаях возможны ознобоподобные состояния со вздрагиваниями, дрожью всего тела, в других - гиперкинезы в мышцах плечевого пояса в виде учащенных разрядов, что отдаленно напоминает приступы фокальной эпилепсии без потери сознания. Речь пропадает. Глазная реакция сохраняется, как и легкая реакция оживления на тактильные контакты. Аутистический синдром полностью нивелируется. Возможны смены настроения с тенденцией к раздражительно-дисфорическому или слегка приподнятому. Стадия относительной стабилизации продолжается от нескольких до 10 и более лет. У ряда обследованных наблюдается стадия тотальной деменции с утратой речи, ходьбы, жевания, явлениями спастической ригидности в конечностях, превалированием симптомов спинальной атрофии.

Завершая клиническую характеристику психопатологических особенностей разных форм АА, подчеркнем следующие факты. ДА классический, эндогенный, или т. н. шизофренического спектра, по L. Kanner, можно оценить как диссоциированный дезинтегративный дизонтогенез, обнаруживаемый с рождения. Для этого вида дизонтогенеза характерны асинхронность в развитии основных сфер деятельности и отсутствие вытеснения примитивных функций сложными. Такой вид дезинтегративного дизонтогенеза характеризуется нарушением основного физиологического закона развития с отсутствием вытеснения архаических функций более высоко организованными в процессе онтогенеза ребенка.

АП как нажитое, дефектное состояние после приступов психоза, хотя и неравнозначен классическому детскому аутизму, но по своей структуре может быть также отнесен к диссоциированному (дезинтегративному) искаженному или задержанному дизонтогенезу.

АА (УМО с аутистическими чертами) хромосомного, обменного генеза (ДС, ФРА-Х, ТС, ФКУ, РС) относится к тотальному, равномерно задержанному дизонтогенезу. В структуре УМО с аутистическими чертами не выявляется асинхронии, проявлений переслаивания ранних и более высоко организованных позже функций. К тому же обнаруживается присутствие ряда специфических соматических стигм дисгенеза.

Клиника ДА и АА из круга УМО с аутистическими чертами относительно сходны, но не тождественны, что объясняется их разным генезом. Парааутистические расстройства психогенного, экзогенного происхождения, можно рассматривать также как состояния АА или аутистикоподобного - в круге искаженного дизонтогенеза, без черт диссоциации. Глубина аутистического отрешения в этих случаях наименее значительна и наименее устойчива.

Когда мы ставим вопрос о сущности аутизма, то понимаем его прежде всего как нарушение взаимодействия с окружающим миром, а затем уже рассматриваем структуру, глубину дизонтогенеза. Продуктивная, развивающаяся деятельность ребенка при аутизме любого происхождения замещается стереотипной, что способствует регрессу на более низкие уровни развития. Нарушение информационного поля в связи с аутизмом качественно меняет состояние областей-мишеней в ЦНС, которые нуждаются в наибольшей стимуляции на ранних этапах онтогенеза ребенка, в периоде становления моторики, речи и психических функций, что способствует остановке в психическом развитии ребенка-аутиста.

Когда речь идет об АП, возникшем между 3-5 гг., возможно, что верификация этого типа расстройств как АА, «АП» не вполне корректна. В этом можно увидеть попытку отказа от диагностики ранней детской шизофрении, не в последнюю очередь учитывается и деонтологический аспект. Такой подход позволяет «защитить» семью ребенка-аутиста от «грозного» диагноза шизофрении. Такая позиция предлагается на базе синдромальной верификации этих аутистических расстройств в МКБ-10, и отрицать ее целесообразность вряд ли возможно. Как видим, систематика разных видов аутизма в детстве в МКБ-10, предложенная ВОЗ, отражает состояние проблемы аутизма в детстве на современном уровне знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989. - 256 с
2. Башина В. М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. - 236 с.
3. Башина В. М., Пивоварова Г. Н. // Ж. невропатол. и психиатр. - 1970. - Т. 70, вып. 6. - С. 941-943.
4. Денисова Л. В. Умственная отсталость с ломкой X-хромосомой. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1986.
5. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995. - 560 с.
6. Козлова С.И. с соавтор. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Л.: Медицина, 1987. - 320 с.
7. Маринчева Г. С., Гаврилов В. И. Умственная отсталость при наследственных заболеваниях. М.: Медицина, 1988. - 256 с.
8. Матейчик З., Лангмейер И. Психическая депривация в детском возрасте. М., 1963.
9. Мнухин С. С., Исаев Д. Н. В кн.: Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. - Л., 1969. - С. 122-131.
10. Мутовин Г. Р. Основы клинической генетики. М.: Высшая школа, 1997. - 174 с.

11. Проселкова М. О., Башина В. М., Козловская Г. В. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1995.- Т. 95, вып. 5. – С. 52 –56.
12. Руденская Г. Е., Скворцов И. А., Коваленко Г. И. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1992. – С. 118-122.
13. Руководство по психиатрии. Под ред. А. С. Тиганова. Том 2. М.: Медицина, 1999.
14. (Симашкова Н. В., Грачев В. В. и др.) // Swedish Rett Centre, Froson, Sweden.- May 1998. - P. 26.
15. Ahlsen G., Gillberg I. S. et all. // Arch. of Neurology. - 1994. - Vol. 51.- P. 76-81.
16. Bachina V. M., Gorbachevskaya N. L., Simashkova N. V., Yakupova L. P. World Congress on Rett Syndrome / Gothenburg, Sweden, 1996.- P.-87.
17. Belichenko P. V., Hagberg B., Dahlstrom A. //Acta neuropathol. 1997. – Vol. 93. – P. 50-60.
18. Gillberg Ch. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge: University Press. - 1995. – 366 p.
19. Hagberg B. Rett syndrome: clinical and biological aspects. Mac Keith Press, 1993. – 120 p.
20. Kanner L. J. Autizm, Child Schizophrenia. 1971; 1; 119.
21. Krevelen van Arn. D.// Acta paedopsychiatrica. – 1963.- Vol. 30. – P. 303-323.
22. Krevelen van D.Arn. // Acta Paedopsychiatrica. – 1977.- Vol. 39.. – P. 8-1.
23. Nissen G. - In: Proc. 4th UEP Congr. – Stockholm. – 1971. – P. 501-508.
24. Rutter M. // J. of Autism and Childhood Schizophrenia. – 1978. – N 8. – P. 139-161.
25. Wing L. // In: J. of Autism and Developmental Disorders. – 1981. – Vol. 11. – P. 31-34.
26. WHO The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and guide lines. Geneva, 1992.
27. Zappella M. // Brain & Development. – 1992. – Vol. 14. – P. 98-101.

Н. Б. Морозова

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ²⁸ (ЛЕКЦИЯ 2)

Московская городская клиническая психиатрическая больница № 12 (Москва).

2. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ-ПОТЕРПЕВШИХ ПО ПОЛОВЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ

Психические расстройства и возрастные особенности детей обуславливают их виктимность - повышенный риск при определенных условиях становиться жертвами преступлений, насилия и жестокости. Виктимность несовершеннолетних-жертв сексуального насилия проявляется в неспособности своевременно и правильно оценить предкриминальную ситуацию, прогнозировать ее развитие или вырабатывать и реализовывать эффективные стратегии поведения в ходе взаимодействия с преступником и определяется взаимосвязью возрастного, личностного, дизонтогенетического и психопатологического факторов. «Комплекс виктимности» психически здоровых малолетних заключается в сочетании неспособности понимать характер и (или) значение сексуальных действий (в результате несформированности у них базовых психологических структур этапа психосексуальных ориентаций) с возрастными психологическими особенностями (внушаемость, подчиняемость, доверчивость, некритичность и т. д.). В подростковом возрасте виктимность обусловлена пубертатными психологическими образованиями (реакции эмансипации, группирования со сверстниками, имитации, подверженность индуцированию со стороны лидеров референтных групп и т. д.) на фоне становления либидо при недостаточном понимании значения сексуальных действий. У малолетних и несовершеннолетних потерпевших с психическими расстройствами (могут наблюдаться разнообразные психопатологические состояния, однако преобладающими являются интеллектуальные и эмоционально-волевые нарушения в рамках органических психических расстройств и умственной отсталости) имеется «патопсихологический симптомокомплекс виктимности», который, независимо от нозологической формы, определяется психопатологическими структурами, среди которых самостоятельное значение имеют глубокие интеллектуальные и эмоционально-волевые нарушения со снижением или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме с расстройством сексуального влечения. При отсутствии выраженных психических расстройств особую роль приобретает дизонтогенетический фактор, вызывающий ретардацию психического развития, формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, психический инфантилизм, эмоционально-волевою неустойчивость, недостаточность критических и прогностических функций, неразвитость морального сознания. Возрастной фактор привносит неспецифическую возрастную кризовую симптоматику, которая участвует в формиро-

²⁸ Лекция 1 – см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002 (2), № 3.

вании виктимности и даже определяет ее при патологическом пубертатном кризе. Виктимность является потенциальным комплексом и проявляется в виктимном поведении, которое способствует совершению преступления и превращению жертвы из потенциальной в реальную.

Можно выделить три типа виктимного поведения: пассивно-подчиняемый, псевдопровоцирующий и неустойчивый, каждый из которых может наблюдаться как у психически здоровых детей, так и у лиц с психическими расстройствами. Тип виктимного поведения зависит от характеристики ситуации («конфликтно-стрессовая», «бесконфликтная» или «смешанная»), личностных и возрастных особенностей (способность понимать характер и значение сексуальных действий), а также психических расстройств.

В зависимости от возраста, биологических и индивидуально-психологических особенностей личности несовершеннолетних, характера криминальных действий, даже однократное сексуальное насилие может стать специфической психической травмой и негативно повлиять на психическое здоровье потерпевших, приводя к возникновению у них **острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств, расстройств адаптации** или же **декомпенсации** имевшейся ранее психической патологии. Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависят от многих факторов: характеристики сексуального посягательства, индивидуально-психологических особенностей жертвы, наличия патологической «почвы», типологии криминальных ситуаций, а также дополнительных психогений.

При внесемейном насилии в большинстве случаев речь идет об однократном эпизоде в ситуации «конфликтно-стрессового» или «смешанного» взаимодействия, который обладает для потерпевших выраженным психотравмирующим эффектом. Безусловно, возникающие у потерпевших в результате сексуального насилия психогенные расстройства отличаются разнообразием и не всегда четко клинически очерчены. Вместе с тем, у большинства из них выявляются определенные закономерности и этапность, что позволяет описать модель психогенного реагирования. Первый этап (**аффектогенный**) продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с преступником и характеризуется развитием острых аффективных реакций с нарастанием эмоционального напряжения, страха, тревоги, растерянности, аффективного сужения сознания с концентрацией внимания на узком круге психотравмирующих переживаний и вазовегетативными проявлениями. Аффективные реакции у одних потерпевших сопровождаются психомоторной заторможенностью по типу «мнимой смерти» вплоть до полной неспособности оказывать сопротивление, у других - двигательным возбуждением («моторная буря») с недостаточным учетом ситуации и даже совершением действий, опасных для жизни, которые в ряде случаев можно расценить как «аффективное суицидальное поведение» (по А. Е. Личко, 1985). Второй этап (**адаптационный, эмоционально-когнитивный**) характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, переживанием негативных эмоций (тревога, страх, обида, стыд, злость, желание наказать обидчика), что сопровождается психогенным фантазированием, фиксацией на отрицательных переживаниях, принимающих доминирующее положение. Психотравмирующий эффект особенно выражен на этапе психосексуальных ориентаций у потерпевших с высоким уровнем интеллектуального развития, неустойчивой самооценкой, склонных глубоко переживать неудачи вследствие понимания ими сущности сексуального насилия на личностно-социальной уровне. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву адаптационного барьера (Ю.А. Александровский, 1976) и возникновению кризисных состояний с искажением когнитивных процессов, формированием пессимистической концепции будущего, разрушением идеализированных представлений о жизни, утратой веры в людей, появлением идей самообвинения, ощущений униженности, оскорбленности, безысходности и суицидальных мыслей. Риск аутоагрессивного поведения в таких случаях связан с субъективным восприятием такими потерпевшими сложившейся ситуации как безвыходной и собственными представлениями о невозможности ее изменить. Уже на этом этапе появляются отдельные невротические проявления, такие как нарушения сна с кошмарными сновидениями, навязчивые воспоминания о случившемся, страхи, а также выраженные колебания настроения с плаксивостью, нередко - раздражительной слабостью. Важным обстоятельством, которое ухудшает состояние потерпевших, является необходимость сообщить о сексуальном насилии родным и сотрудникам милиции. Третий этап (**невротический**) по времени совпадает с производством судебно-следственных мероприятий, которые приносят дополнительные психотравмирующие факторы (допросы, очные ставки, медицинские экспертизы, нетактичное поведение окружающих, угрозы со стороны обвиняемых и их друзей и т. д.). Все это нередко становится для потерпевших более травматичным, чем само насилие (Б.В. Шостакович с соавт., 1994). При этом у одних несовершеннолетних развиваются депрессивные состояния различной глубины и продолжительности; у других происходит декомпенсация психического состояния или имевшейся ранее психической патологии с заострением характерологических особенностей и появлением невротоподобных расстройств. Затяжные депрессивные состояния продолжительностью от 2 до 5 мес. обычно наблюдаются в подростково-юношеском возрасте

при наличии у потерпевших патологической «почвы» (явления минимальной мозговой дисфункции, личностных расстройств тормозимого и истероидного круга), а также у гармоничных личностей с чертами возрастной личностной незрелости, идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными нравственными установками. Депрессивный аффект внешне проявляется не всегда, типичными являются снижение работоспособности, повышенная истощаемость, несвойственные ранее возбудимость, ранимость, плаксивость в сочетании с отгороженностью, замкнутостью, нарушения сна, сверхценные переживания, разнообразные фобии, депрессивные идеи отношения и чувство вины («сама виновата — не могла за себя постоять», «не надо было туда ходить», «все знают и осуждают» и т. д.). Настроение обычно значительно снижается при дополнительных психогениях, зачастую даже не связанных с основной. При этом могут появляться суицидальные мысли и даже попытки, которые следует расценить как «истинные», поскольку их мотивация носит депрессивный (психопатологический) характер. У лиц с органической неполноценностью головного мозга депрессивные расстройства носят дисфорическую окраску и сочетаются с усилением церебростенических и психопатоподобных проявлений. Суицидальный риск у них, а также у преморбидно акцентуированных личностей возникает на фоне декомпенсации психического состояния в период следствия и суда. Ведущая роль в реализации аутоагрессивных тенденций принадлежит патохарактерологическим особенностям с личностной мотивацией поведения. С целью профилактики депрессивных состояний и аутоагрессивных действий большое значение имеют деликатный подход окружающих с оказанием потерпевшим моральной поддержки, своевременность и эффективность психокоррекционных мероприятий, направленных на устранение когнитивных искажений, повышение самооценки и выработку конструктивных форм копинг-поведения, а также применение адекватной медикаментозной терапии.

Возрастные особенности психогенных состояний у малолетних потерпевших во многом зависят от характеристики сексуального насилия. При **“бесконфликтном взаимодействии”** и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно знакомыми людьми, очерченных психогенных состояний не развивается вообще. Данный факт объясняется отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие несформированности у маленьких детей базовых психологических структур полоролевого этапа психосексуального развития. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимаются детьми «как игра» или же как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к пубертатному периоду растет осведомленность в вопросах половых отношений, сексуальные действия приобретают характер специфической сексуальной травмы. Поэтому в возрасте 10—12 л. уже наблюдаются очерченные психогенные расстройства, особенно выраженные при инцесте. В ситуации **“конфликтно-стрессового”** взаимодействия, грубом и агрессивном поведении посягателя с последующим изнасилованием, у малолетних детей развиваются острые аффективные реакции по типу шоковых или субшоковых, в некоторых случаях с помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, психомоторной заторможенностью, отсутствием речевого контакта и последующей амнезией криминального периода. В дальнейшем у них появляются невротические расстройства (энурез, логоневроз, страхи), атипичные депрессии, внешне проявляющиеся в нарушениях поведения, капризности, плаксивости, утрате игровых интересов, а также психосоматические и тревожно-фобические нарушения.

Сложность и своеобразие психогенных расстройств при длительном внутрисемейном сексуальном насилии - **инцесте** - заключаются в том, что они развиваются не после однократных массивных психических травм, а в результате пролонгированного действия своеобразной сексуальной травмы, нередко сочетающейся с другими формами жестокого и небрежного отношения со стороны кровных или некровных родственников. Механизмы действия сексуальной травмы в этих случаях зависят от ее особенностей — массивности (частота и тяжесть сексуальных действий), преобладания острого, неспецифического, шокового или хронического, неагрессивного травмирования, которое приобретает характер «жизненной ситуации» (В.А. Гурьева, 1998) и сочетается с имитацией ребенком поведения посягателя. Кроме того, неоднозначность сексуальных эксцессов определяется возрастом детей, с которого они начинают подвергаться насилию, этапом психосексуального и уровнем психического развития, а также их биологическими и индивидуально-психологическими особенностями. Несмотря на существование многих клинически неразвернутых форм, при длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В основе психогенных развитий лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств. Немаловажным обстоятельством является тот факт, что сексуальное насилие при инцесте исходит от близких людей, к которым у детей изначально существуют чувства доверия и привязанности. Первые же сексуальные эксцессы приводят к разрушению веры и появлению у них ощущения незащищенности и постоянной угрозы. Вместе с тем, малолетние дети не осознают специфическое содержание сексуальных действий и не воспринимают их как психическую травму. Поэтому на первом этапе

(психогенной сенсibilизации) сексуальные эксцессы приводят к возникновению аффективных субшоковых реакций с последующими астеническими и невротическими проявлениями. С возрастом, в процессе психосексуального созревания с появлением и расширением информированности в вопросах половых отношений и морально-нравственных нормах проявления сексуальной активности, у них появляется осознание инцеста как общественно неприемлемой формы. Поэтому на втором этапе (**невротическом**) примерно с препубертатного возраста у потерпевших формируется комплекс аффективно насыщенных сверхценных переживаний с фиксацией на них, стойкое негативное отношение к посягателю, появляются депрессивные и личностные расстройства, агрессивное аутистическое фантазирование. По клиническим характеристикам чаще наблюдаются астенодепрессивные состояния, у органически стигматизированных лиц депрессия имеет дисфорическую окраску. Преобладает невротический уровень расстройств, но могут развиваться и глубокие депрессивные состояния с рудиментарными психотическими включениями, ауто- и гетероагрессивными мыслями и тенденциями. В структуре синдрома фантазирования типичны фантазии на тему избавления от источника насилия с образным представлением сцен его гибели от несчастных случаев или даже мыслями о собственном участии в его смерти. Трансформация личностных структур характеризуется нарастанием мозаичности с преобладанием сенситивной шизоидности или эксплозивности. При патохарактерологическом варианте наблюдается сочетание повседневного травмирования с прямым культивированием родителями социально неприемлемых форм проявления сексуальной активности и имитацией ребенком существующих в семье отношений. Для него типично наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности вплоть до формирования садо-мазохистских тенденций с гомосексуальной ориентацией у мальчиков. Для таких детей характерны сексуализированное поведение и игры, в которые они вовлекают других малолетних. Подобное поведение является примером вторичной виктимизации и способствует совершению по отношению к ним повторных посягательств уже другими лицами.

Кроме психогенных расстройств, сексуальное насилие, сопровождающееся нанесением жертве телесных повреждений, может приводить к **травматическим повреждениям головного мозга**, которые имеют большое судебно-психиатрическое и юридическое значение, поскольку при них у потерпевших нередко наблюдаются различной глубины нарушения сознания и последующая амнезия событий криминального периода. В таких случаях перед психиатрами ставится сложный комплекс вопросов по определению их юридически значимых способностей и тяжести «вреда здоровью».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ

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

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 22.05.2003 г. в Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской». Присутствовали 17 человек (психологи, психиатры, коррекционные педагоги, студенты Московского городского психолого-педагогического университета, курсанты кафедры детской и подростковой психиатрии, психологии и психотерапии Российской медицинской академии последиplomного образования.

Ведет консилиум кандидат мед. наук А. А. Северный.

История болезни подростка представлена доктором мед. наук Н. М. Иовчук.

Больной X, 11 л., ученик 5 класса.

Наследственность

Линия отца

Дед – приехав из деревни, в короткие сроки смог адаптироваться в городе, работал на заводе электриком, хорошо одевался, занимался общественной деятельностью, был секретарем парткома завода. Отличался общительностью, некоторой артистичностью, умел и хотел нравиться людям. При этом в семье был эгоистичным, грубым, держался высокомерно, оскорблял и унижал жену. Развелся с женой (по ее инициативе), с сыном встречался редко и не пользовался его любовью и уважением.

Бабка – учительница; спокойная, скромная, мягкая, рассудительная, бесконфликтная. Имела много друзей, готова была броситься любому на помощь, хотя была очень больна - бронхиальной астмой. Некоторое улучшение наступило только после развода с мужем.

Отец – по профессии электрик, долгое время работал на заводе. В настоящее время в связи с закрытием предприятия и необходимостью обеспечивать семью работает охранником в фирме. Человек спокойный, скромный, тактичный, трудолюбивый, справедливый, очень внимателен к жене и детям, умеет с ними найти общий язык и занять их. Прежде чем что-то сделать, долго обдумывает свои действия, все делает неторопливо, аккуратно, обстоятельно. Очень серьезен, редко выражает яркие эмоции, хотя глубоко переживает, например, болезнь и смерть матери, состояние детей. Несмотря на то что никогда не бывает строг к детям, они слушаются его безоговорочно; ненавязчиво и мягко умеет направить детей, так что в доме все поступают так, как сказал отец. Все делает для того, чтобы семья не имела материальных затруднений, чтобы жена могла спокойно воспитывать детей, не работая. Известно, что в младшем школьном возрасте испытывал страх перед посещением бассейна, отказывался туда ходить, плакал, когда его заставляли. Всегда был очень застенчив. Будучи всегда очень худым (63 кг при 187 см роста), страдал, как говорит мать ребенка, «комплексом худобы»; никогда не раздевается при людях, даже на пляже, всегда носит рубашки только с длинным рукавом.

Линия матери

Дед – сварщик; крайне эгоистичный, самовлюбленный, никогда не заботился о близких, не был к ним ласков. Сколько помнит его мать пробанда, злоупотреблял алкоголем. В последние годы пьет практически ежедневно. Опустился, всегда грязный, «поглупел», отмечаются грубые нарушения памяти. Временами агрессивен, особенно если ему не дают денег на выпивку. В последние годы отмечаются боли в ногах, нарушение походки. Эпизодически на фоне алкогольного опьянения возникают состояния, когда ему кажется, что кто-то пришел, видит трубы, которые надо сваривать, совершает действия, напоминающие профессиональную электросварку.

Бабка - работала в детском саду нянечкой. В настоящее время не работает в связи с инвалидностью по сахарному диабету. Всю жизнь терпела пьянство мужа, оправдывала его, не пыталась обратиться к специалистам. Была вяловатой, прижимистой, неласковой к детям, не понимала их нужд, по существу не следила за ними; не предпринимала никаких попыток, чтобы выбраться из нищеты. В последние годы вместе с мужем злоупотребляет алкоголем.

Дядя, 30 л., – развивался в детстве с задержкой, но родители на него не обращали внимания, никаких мер не предпринимали. Пошел в обычную школу, с программой совсем не справлялся, был оставлен на второй год во 2 и 3 классах. С диагнозом олигофрении учился в коррекционном классе массовой школы, прогуливал. Работает грузчиком, стал злоупотреблять алкоголем вместе с родителями. Всегда грязный, небрежно одетый, неаккуратный. До сих пор сохраняет подростковые интересы и зависимость от окружающих.

Мать, 34 л., монтажница, в настоящее время не работает. Общительная, жизнерадостная, имеет много подруг, собирает в своем доме детей своих подруг и соседей, активна, очень разговорчива и откровенна. Чутка к потребностям детей, но в то же время требовательна к ним, настойчива, иногда, с ее слов, «давит» на них в воспитательных целях, порой чрезмерно загружая детей учебой. Бывает несдержанной, сама сознает, что много кричит на детей, хотя и понимает, что эти методы не имеют воспитательного эффекта. В детстве стала рано самостоятельной, обнаруживала изворотливость, хитрость, чтобы избежать наказаний и семейных скандалов. Избегала общества родителей, которых стыдилась. С первого класса поняла, что не хочет учиться, не старалась, выполняла задания ровно настолько, чтобы переходить из класса в класс. Между

тем, увлекшись гандболом с 4 класса, прекрасно понимала, что должна удержаться в школе, чтобы иметь возможность заниматься любимым спортом. После окончания 10 класса поступила работать на завод, где сразу сложился круг хороших друзей и подруг. Тут же ушла из дома, живя в семьях своих подруг, а потом в семье своего будущего мужа. Очень рано вышла замуж. Учиться по-прежнему не хочет, считая себя и недостаточно способной, и недостаточно целеустремленной. До сих пор не может понять, какую специальность она хотела бы приобрести. Любит выполнять домашнюю работу, принимать гостей, гулять с детьми, ходить в кино. Любит общество, застолье, поболтать, потанцевать. Умеет дружить, некоторые дружеские связи сохраняются с юношеского возраста. Родителей посещает редко и крайне неохотно, только по необходимости, стыдится их и холодна к ним. В то же время на глазах слезы, когда говорит об умершей свекрови. Физически здорова, никогда ни на что не жалуется. Настроение обычно приподнятое или ровное.

Старшая сестра, 14,5 л., ученица 9 класса, наблюдается нами с 10-летнего возраста. Обратились с жалобами на страхи разнообразного содержания, снижение успеваемости, отказ от посещения школы, частые простудные заболевания, длительное повышение температуры, жалобы на головные боли и неприятные ощущения в ногах.

Беременность, роды без патологии. Раннее развитие речи и моторики - с некоторым опережением. Росла спокойной, активной, была очень привязана к родителям, особенно к матери. Отличалась боязливостью, плохо привыкала к новой обстановке, к новым людям, не сразу подходила к детям, подруг не было. Не нравилось, когда в дом приходили чужие люди, была всегда немногословна, неоткровенна. В детский сад не ходила, воспитывалась дома матерью в связи с трудностями адаптации. Сама говорила, что в детский сад не хочет, повторяла: «Я от тебя никуда не уйду». Отличалась хорошей памятью, рано научилась читать, считать, знала много стихов. В школу пошла в 6,5 лет. В 1 классе училась отлично, была тихой, ранимой, чувствительной, медлительной, молчаливой, близких подруг не было. Была очень старательна, всегда вовремя готовила уроки, остро переживала неудачи.

С середины 2 класса стала получать «4» по чтению в связи с тем, что не соответствовала нормативам «техники чтения». Переживала, плакала, много занималась с матерью дома. Трудности в скорости чтения сохранялись и в 3 классе. В конце 3 класса (9 л.) жаловалась на головные боли, стала часто болеть, причем, заболела, с точки зрения матери, необычно: повышалась температура до 38,6° на одни сутки, ни насморка, ни кашля, ни боли в горле при этом не отмечалось, в дальнейшем на протяжении длительного времени сохранялась субфебрильная температура. Летом была отправлена на дачу к бабушке; несмотря на привычную обстановку в отсутствие матери не спала всю ночь, плакала. Осенью пошла в переформированный класс, к новой учительнице по русскому языку. Одновременно с младшим братом была переведена в отдельную комнату. Успеваемость снизилась еще больше в самом начале 5 класса: появилось много «3». Учительница жестко говорила с девочкой и с ее родителями по поводу недостаточной техники чтения, в разговоре с соучениками и их родителями говорила, что девочка совсем «не сильная ученица», как это считали раньше. Кричала в классе, что никого и в том числе и нашу обследуемую, не переведет в 6 класс. С этого времени девочка стала с трудом подниматься утром, неохотно одевалась, не скрывала, что не хочет ходить в школу, что боится учительницу. К вечеру становилась беспокойной, плаксивой, стала бояться, что в окно или в дверь залезут воры, проверяла замок, так как стала бояться, после того как его пытались вскрыть, что он сломается. Неохотно стала ездить в лифте: «Вдруг испортится?». Появился страх за мать, отца, брата. Все видела в «черном свете». Любые слова матери понимала по-своему, видя во всем только плохое; например, на высказывание матери, что она «с ними поседела», с тревогой спросила: «А ты не умрешь?». В любой поездке постоянно думала о том, что хочет в туалет, не могла из-за этого длительно находиться в транспорте. Особенности трудности возникли с засыпанием: не спала, проверяя, не заснули ли родители, спала очень чутко, постоянно спрашивая, не спят ли они, боялась, что они заснут раньше нее и ей будет страшно от одиночества. Перестала оставаться дома одна, не отпускала мать; даже оставаясь с отцом, не верила, что он дома, без конца проверяла его присутствие. Стала резка, порой груба с братом. В течение осени и начала зимы 1998 г. почти непрерывно болела, в основном без кашля и насморка, лишь с повышением температуры - сначала до 38,6°, а затем - с длительным субфебрилитетом. Часто жаловалась на головную боль, боли в ногах при ходьбе, усталость. Занимаясь с матерью, стала еще медленнее читать, делать элементарные ошибки в вычислениях, не могла коротко пересказать текста, откровенно признавалась, что «ненавидит» читать.

Все обследования – в норме. По настоянию матери, была направлена к районному детскому психиатру, который сказал буквально: «Пусть бы педиатры лучше лечили, чем ко мне ребенка направлять».

Впервые осмотрена психиатром в 10 л. На приеме: пониженного питания, бледная, синева под глазами. Шаркающая походка, согбенная поза, сидит, опустив голову, мимика скорбная, совсем не улыбается. На вопросы отвечает односложно, тихим монотонным голосом. При расспросе о школе на глазах слезы. Признается, что боится учительницу, хочет учиться хорошо, но раньше получалось, а теперь почему-то не получается. Стала еще хуже не только читать, но и считать. Учительница к ней плохо относится, занижает

оценки, кричит на весь класс, грозит многих оставить на второй года. Испытывает постоянную тревогу, вечером и ночью страшно - боится, что все уснут раньше, чем она, и тогда будет особенно страшно остаться «одной во всем мире». Чувствует себя плохо, потому что часто болеет, жалуется на слабость, часто болит голова, трудно ходить, так как болят ноги, ноги «усталые».

Через 5 дней после назначения лечения (амитриптилин 6 мг, элениум 5 мг - 3 раза в день) стала веселее, спокойнее, играла с детьми, стала засыпать быстро, спать спокойнее. В конце декабря снизилась температура, но в школу ходить отказалась. Во время каникул была такой же, как раньше, но при любом упоминании о школе замолкала, сердилась, плакала. Если матери удавалось заставить ее начать заниматься, не хотела отвечать на вопросы, занималась крайне неохотно и непродуктивно. После каникул в резкой форме отказалась ходить в школу. Мать готова была перевести ребенка в другую школу, но когда она пришла за документами, вмешалась администрация – девочке позвонила завуч и уговорила остаться в школе на индивидуальном обучении и с другой учительницей литературы. До середины марта девочка посещала только индивидуальные занятия, успевала в основном на 4 и 5. С середины марта стала посещать все уроки в классе, исключая уроки литературы и русского языка. В первых числах мая одноклассники высказали девочке претензии в том, что она выглядит здоровой, играет, гуляет на улице, но почему-то ей разрешается не посещать уроки учительницы, которую все не любят. И снова девочка отказалась ходить на уроки и закончила 5 класс индивидуально. В 6 классе была переведена в другой класс, училась спокойно, на 4, иногда получала и 3. К отметкам стала относиться спокойнее, но все же отмечалась неуверенность в себе, опасения перед контрольными и зачетами. Исчезли страхи, болевые ощущения, стала хорошо засыпать. В то же время осенью (11 лет) дважды перенесла состояния с повышением температуры, но без катаральных явлений. В отличие от предыдущих, они были более короткими. Продолжала получать небольшие дозы амитриптилина, элениума и этаперазина. В летнее время была спокойна, весела, активна, ничем не отличаясь в поведении от преморбидного уровня. В 7 классе стала еще более уверенной в себе, спокойной в отношении обучения, более самостоятельной. Появилось много друзей, много времени проводила с ними на улице. Перестала к этому времени посещать курсы английского языка, бросила и больные танцы. Осенью в 7 классе (12 лет девочке) перенесла скарлатину в тяжелой форме. Не посещала школу 2,5 мес., тем не менее после выписки без всяких возражений и переживаний пошла в школу и быстро догнала класс. С весны 2001 г. психотропных препаратов не получала. Повзрослела, похорошела, стала очень привлекательной. Держится скромно, сдержанно, доброжелательно. Немногословна, нетороплива, рассудительна. Дома ее называют «Царевной-Несмеяной» из-за сдержанности чувств: может не смеяться даже если ей смешно, может оставаться индифферентной, если ее ругают или над ней подтрунивают. Очень настойчива, если ей приходится отстаивать свое мнение. Сердится, обижается, если семейные проблемы решаются без ее участия. Сейчас к отцу привязана больше, чем к матери, по видимому, ему многое доверяет. Немного меньше стала встречаться с девочками, в свободное время предпочитает слушать музыку и мечтать. Считает себя красивой. Очень интересуется нарядами, вертится перед зеркалом. Купила с помощью отца наряд к выпускному вечеру, который поразил мать своей смелостью. В течение всего 9 класса занималась на подготовительных курсах для поступления в социально-педагогический колледж, но в апреле неожиданно объявила, что будет продолжать учиться в школе, чтобы поступить в ВУЗ. Возможно, это связано с тем, что ей очень нравится одноклассник.

Пробанд

Мальчик от 2 беременности, протекавшей с повышением АД на всем протяжении, варикозным расширением вен на ногах, отеками рук. Перед родами мать находилась на лечении в отделении патологии беременных. Роды в срок, с поздним отхождением вод. Родился с весом 3400, длиной – 50 см, закричал сразу. По шкале Апгар – 9 баллов. К груди приложен через несколько часов после родов, сосал очень активно. На грудном вскармливании до 10 мес.; был требовательным, беспокоился, когда был голоден и в мокрых пеленках. С первых месяцев жизни отмечалось дрожание подбородка. Раннее развитие своевременное. Фразовая речь – после 2 л. Очень рано – еще до 1 года – стал опрятен. В 1,5 г. перенес операцию по поводу паховой грыжи (под наркозом). Воспитывался дома матерью. Когда ему делали прививки, всякий раз реагировал значительным повышением температуры, причем температура повышалась сразу же после прививки, обычно уже по дороге из поликлиники. До школы практически не болел, так что лишь при диспансеризации перед школой было выявлено плоскостопие, а также впервые обращено внимание на то, что ребенок картавит. Рос очень нежным, обидчивым, чувствительным, ранимым. Испытывал трудности при необходимости познакомиться с детьми или взрослыми, но со знакомыми чувствовал себя легко, был разговорчив, открыт и жизнерадостен. Вне дома побаивался некоторых взрослых, не всегда знал, как надо себя вести, и тогда искал помощи у матери. К матери был очень привязан, ласков, чувствовал ее настроение, сопереживал близким.

В 7 л. пошел в 1 класс школы, в которой учится сестра. Легко привык к классу, хотя близких друзей в школе до сих пор не появилось. Был очень ответственным, выполнял все задания, переживал из-за неудач. Никогда не нарушал дисциплину. С первых дней учился отлично – на протяжении 1 и 2 классов. Между

тем, начиная с 1 класса, стал очень часто и тяжело болеть: острыми респираторными заболеваниями, гриппом, с высокой температурой. При повышении температуры до 39° и выше отмечались состояния во время ночного или дневного сна, когда просыпался в испуге, иногда с криком, звал папу, не видя, что сидит у него на руках, стряхивал с себя пауков, говорил, что на горле у него паук. При этом руки и ноги были холодными. Один раз на высоте температуры (39,5°) отмечались судороги в ступнях (разгибательный спазм), одновременно видел свои руки удлинившимися до невероятных размеров, было ощущение, что они сейчас переломятся. Свои ощущения и переживание страха потом помнил.

Во 2 классе появилась неуверенность в себе, стал волноваться, что его вызовут к доске и что он неправильно ответит, решит задачу, что ему поставят плохую оценку. При этом он был одним из лучших учеников класса, а его учительница, зная особенности мальчика, старалась его поощрять, да и вообще по отношению к ученикам была очень мягкой, сдержанной, никогда не кричала. Осенью 3 класса (9,5 л.) в связи с состояниями, возникающими на фоне высокой температуры, мальчик был консультирован невропатологом. Врач назначила ребенку биодобавки с высоким содержанием магния, калия и т. п. Вскоре, после очередного респираторного заболевания, ребенок отказался ходить в школу. Вечером учил уроки, собирал портфель, а утром, когда его будила мать, сразу же начинал плакать. При этом отмечалось дрожание подбородка. Говорил, что ему страшно, что он боится ответов у доски, плохих отметок. Если мама оставляла его дома, тут же успокаивался, начинал играть. Если мать разрешала ему пойти на второй урок, спокойным оставался ровно до тех пор, когда надо было собираться в школу, и снова начинал метаться и плакать. Чувствовал себя виноватым, когда не шел в школу, просил у матери прощения, заглядывал в глаза, пытался заглянуть свою вину. Оценки по снизились до «4». Через некоторое время иногда стал получать за диктанты «2». Резко изменился почерк: если в 1-2 классах писал очень ровно и красиво, то в 3-м стал писать размашисто, небрежно. Ссылаясь на то, что у него дрожат руки. Дрожание рук стало постепенно заметно и окружающим – сначала во время письма, а затем и вне занятий. В конце ноября-начале декабря 2002 г. (9,5 л.) было оформлено индивидуальное обучение. Врач-невропатолог районной поликлиники, оформлявшая индивидуальное обучение, сочла назначенное нами лечение неадекватным и назначила ксанакс. На фоне этого лечения стал очень вял, сонлив, особенно плаксив. По нашему назначению, получал амитриптилин по 12,5 мг 3 раза в день и элениум по 10 мг 3 раза в день. Находясь на индивидуальном обучении, в школу все же шел с большим трудом, с уговорами и только в сопровождении матери. Мать сидела на всех уроках, а без нее сразу же застыл, напрягался, начинал ее искать. По-прежнему тревожился: вдруг будут ругать? вдруг поставят плохую отметку? Дети из класса всякий раз встречали его в школе радостно, уговаривали идти с ними в класс. Уговорить мальчика вернуться в класс удалось только в 4-й четверти. Оставался тревожным, неуверенным, переживал, когда ругали других детей, хотя его самого учителя никогда не ругали. Один раз во время уроков у мальчика заболела голова, его надо было отправить домой, но мамы в этот момент дома не оказалось. После этого требовал, чтобы мать, пока он в школе, не выходила из дома. Просил дать ему обещание, что она никуда не уйдет, много раз переспрашивал ее: «Ты точно никуда не уйдешь?». После того как вся семья на машине не могла найти нужного адреса, стал бояться ездить на машине, объясняя это тем, что они могут заблудиться. Боялся отправляться в какие-нибудь длительные поездки, особенно на машине, из-за того что негде будет сходить в туалет. Весной 2002 г. впервые после острого респираторного заболевания у мальчика появился очень сильный, необычный и длительно не проходящий кашель – трубный, громкий, очень звонкий. К лету 2002 г. состояние значительно улучшилось. Летом дозы антидепрессантов были еще снижены, но совсем не отменялись.

В начале 5 класса (мальчик учится по программе 1-3) стал напряженным, тревожным, но все же пошел в школу и весь год занимается в собственном классе. Очень много пропускал уроков из-за болезни. Заболевает по существу каждый месяц: болеет 3 нед., учится – 1-2 нед. Каждый раз за несколько дней до начала болезни появляется специфический звонкий кашель, который проходит через 1-2 нед. после окончания болезни. Этот кашель ребенок может продемонстрировать и вне болезни, когда он уже совсем не кашляет. На протяжении учебного года мальчик консультирован отоларингологами, фтизиатром, пульмонологами, но никаких причин кашля найдено не было. При назначении противокашлевых препаратов и антибиотиков кашель не проходит, хотя становится несколько реже. После уроков стал также жаловаться на головные боли, но если мама разрешает ему поиграть (например, на компьютере), головная боль тут же проходит. Головная боль проходит также от валерианы и любой другой таблетки. В первой половине года был очень не уверен, беспокоен, рассказывая маме о том, как ругают учеников учителя, каждый раз говорил: «А вдруг и на меня так будут кричать? А вдруг и меня будут ругать?». Если чего-то не понимал, начинал плакать. После объяснения правильно выполнял задание, но все равно повторял, что ничего не понимает. Особенно боялся уроков русского языка. Считал себя никому не нужным, никчемным. Говорил, что в классе его никто не ждет и никто ему не рад. Считал себя неспособным, глупым. Несколько раз говорил матери, что ему – такому ненужному и неспособному – лучше бы вообще не жить. В то же время боится смерти, страх вызывают телевизионные передачи, в том числе о терактах и об атипичной пневмонии.

На приеме в этот период. Небольшого роста, очень худенький, с желтовато-землистым цветом лица, темными кругами под глазами. На вопросы отвечает односложно, тихим голосом. Выраженно картавит. При первых же вопросах о школе на глазах появляются слезы, из-за плача порой совсем не может говорить. Не может объяснить, отчего не может ходить в школу. Удастся выяснить, что не успевает за ребятами, не понимает объяснений учителя и заданий, не может писать грамотно, хотя по-прежнему хорошо читает. Считает, что стал плохо писать от того, что трясутся руки, хотя это не мешает в игре и других делах, не касающихся школы. Чувствует себя неспособным, никому не нужным, причиняет горе маме. Без нее оставаться страшно: с ней может что-нибудь случиться или с ним может что-нибудь случиться, а ее не будет рядом. Не может ответить на многие вопросы, ограничивается ответами: «Не знаю, не помню, не могу ответить». Настроение плохое почти все время: беспокойно, страшно, ничего не хочется делать. При этом доброжелателен, ищет помощи.

Во втором полугодии стал более спокойным. Уже мог пойти в школу с невыученным уроком и сам объяснить учителям, почему он не смог выполнить задания (болел, был на консультации, не успел). Стал рассказывать матери о том, что происходит в школе. Стал защищать слабых, даже драться, правда, всегда ради справедливости. Перестал говорить о своей ненужности и никчемности. Перестал бояться поездок в машине, стал отпускать мать. По-прежнему все же переживает неудачи, стремится к хорошей успеваемости, не нарушает дисциплину и осуждает других за такие нарушения. Не любит шума в классе, считает, что в школе надо только учиться. Не очень легко сходится с новыми детьми, хотя определенно ему хотелось бы легкости в общении.

В последние месяцы появились особые действия при укладывании спать: старается вертикально поставить подушки; подолгу расправляет одеяло так, чтобы на нем не было ни одной складочки; боковой край одеяла заправляет между стеной и кроватью. Иногда после того, как уляжется, снова встает и расправляет одеяло. Когда лег, просит выключить свет, телевизор, требует тишины.

В конце апреля заболел ОРВИ и пропустил в школе больше 2 нед. Был встречен одной из учительниц словами, что его могут не аттестовать за 5 класс. Сейчас старательно сдает «хвосты», при этом достаточно спокоен и беззаботен.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Заключение невролога (О. Ю. Чирковой).

Объективно выявляется: пирамидная недостаточность слева больше, чем справа, экстрапирамидная недостаточность, вестибулярная ирритация, повышение нервно-мышечной возбудимости, что может свидетельствовать о дисфункции медиобазальных структур преимущественно правого полушария и раздражении стволовых структур. Возможно наличие артерио-венозной дизгенезии в вертебро-базилярном бассейне.

С учетом анамнеза и жалоб, можно предполагать наличие дизэнцефальной дисфункции, которая, по-видимому, является одним из факторов психовегетативного синдрома (термоневроз, гипервентиляционные расстройства, кашель, головные боли).

Необходимо исключить эпилептический характер сомногенных пароксизмов (височная эпилепсия?).

Заключение нейропсихолога (кандидат психологических наук А. В. Семенович)

У мальчика имеет место отчетливая гиперфункция медико-базальных структур правого полушария с вторичной функциональной недостаточностью межполушарного взаимодействия от гипоталамо-дизэнцефального уровня. Обилие дизэмбриогенетических стигм. Нарушение микроэлементного обмена. Рекомендуются генетическое обследование.

Заключение по результатам ЭЭГ-исследования (лаборатория электрофизиологии НЦ психического здоровья РАМН, кандидат мед. наук В. В. Грачев)

В ЭЭГ отмечаются признаки снижения функционального состояния лобных отделов коры головного мозга. Имеются признаки регуляторных нарушений (в виде повышения уровня бета-активности). Локальных патологических знаков, эпи-активности не выявлено.

Заключение психолога (кандидат психологических наук Н. Я. Семаго)

Жалобы ребенка на приеме: устает от шума и крика в школе, начинает болеть голова. Больше любит математику, с русским - хуже.

В ситуации обследования ребенок напряжен, в начале тревожен, в руках наблюдается значительный тонус, что проявляется в рисунке. Мальчик неуверен в результатах выполнения предлагаемых заданий, нуждается в поддержке со стороны взрослого. Внешне обращает на себя внимание несколько специфичное строение лица, оттопыренные ушные раковины. Выглядит моложе паспортного возраста, физически инфантилен.

Объективно: работоспособность снижена незначительно, темп работы адекватен трудности предлагаемых заданий. В процессе всей работы отмечается инертность в способах деятельности, трудности переключения, инертность деятельности в целом. Обращают на себя внимание трудности моторного характера, проявляющиеся преимущественно в мануальной деятельности.

Объем и скорость запоминания в целом соответствует возрасту, опосредование доступно в полном

объеме, связи достаточно конкретные, ситуативные. Имеют место трудности переключения внимания, его распределения более чем по 3-признакам одновременно.

Задания невербального типа (СПМ Равена) выполняет на уровне высокой возрастной нормы. Пространственный анализ и синтез сформированы недостаточно, имеются некоторые трудности понимания и актуализации сложных речевых конструкций (квазипространственные представления).

Каких-либо нарушений или искажений мыслительной деятельности не выявлено.

В процессе работы ребенок эмоционально совершенно адекватен, работает в хорошем тоне, признака утомления начинают неявно проявляться лишь в конце работы.

Латеральные предпочтения преимущественно - правосторонние.

В личностной сфере обращают на себя внимание значительная неуверенность в своих силах, потребность во внешней поддержке. Самооценка неадекватно снижена, как и притязания на успех; очень боится неудачи, неодобрения со стороны взрослых. Субъективное эмоциональное ощущение в семье недостаточно благоприятное; эмоциональную близость ощущает только с сестрой, а родители при этом субъективно ощущаются доминирующими.

Таким образом, в данном случае можно говорить дисгармоничном варианте развития ребенка по интропунитивному типу, что подтверждается оценкой профиля базовой аффективной регуляции (по родительской анкете) как выраженная гипофункция второго и третьего уровне базовой аффективной регуляции.

Консультация логопеда (А.)

У матери ребенка отмечается ламбдоцизм, ротацизм. В контакт вступает не сразу, отмечается страх проверки уровня достижений. Артикуляционный аппарат подвижен. Щеки слабые. Прикус прямой. Связное высказывание распространенное, последовательное. Словарный запас в пределах возрастной нормы. Произношение звуков нарушено: горловое «р», нозальность. Фонематический слух незначительно снижен. Речь внятная, несколько снижен темп. Отмечается некоторое снижение темпа письма. Гипотонус в руке. Не запоминает предложение с первого предъявления, проговаривает его про себя. Чтение синтетическое, владение техникой чтения среднее, нарушено речевое дыхание, отмечаются запинки в словах. Понимание прочитанного нормальное. Работоспособность снижена. Отношение к дефекту негативное. Диагноз: Дисграфия.

Беседа с матерью

А. А. Северный: Как сейчас себя чувствует Ваша девочка?

Мама: Все хорошо, она здоровая, счастливая, хорошо учится.

А. А. Северный: Есть ли с ней трудности в общении?

Мама: Нет, с ней легко. Она стала независимой, не требует, как раньше, постоянного присутствия взрослых. Наоборот, рада, когда все уходит из дома, часто хочет побыть одна.

А. А. Северный: Изменилась ли она по характеру с 8-9-летнего возраста? Осталась ли такой, какой была до болезни?

Мама: Характер не изменился: степенная, осторожная, аккуратная. Эмоции скрытые, редко их показывает. Добивается своей цели постепенно, по этапам. Долго готовится, прежде чем начать какое-то серьезное дело. Характером она очень похожа на отца.

А. А. Северный: Появились ли у нее какие-нибудь подростковые особенности?

Мама: Конечно. В первую очередь – любовь к уединению. Кроме того, ей очень нравится современная молодежная музыка, готова ее слушать весь день. Появился также интерес к нарядам. Иногда как бы играет в жизни, хочется ей посмеяться, пошутить, подучиться. Нравится себе, любит себя, комфортно чувствует себя в любой одежде. Считает себя красивой.

А. А. Северный: Она маленькая была ведь очень застенчива, а сейчас как?

Мама: Сейчас стала посмелее, спокойно относится к урокам, может планировать свое время. В то же время подойти спросить или попросить о чем-нибудь, особенно в официальном учреждении, не может. Если преодолевает себя, очень довольна. Эта особенность – семейная.

А. А. Северный: У нее настроение ровное или немного приподнятое?

Мама: Ровное.

А. А. Северный: Есть ли у нее друзья, подруги, кто-то, кому она может открыться?

Мама: Настоящих друзей нет, в доме никогда не бывает девочек-сверстниц, хотя для этого нет препятствий, кроме маленькой квартиры. Со сверстниками по существу встречается лишь в школе и на курсах. А для того чтобы поделиться, существует мама. Если совсем уж плохо, идет к отцу – чтобы пожалел.

А. А. Северный: Как она относится к брату?

Мама: Подтрунивает над ним, относится снисходительно, устает от него, поэтому стала легко отпускать с ним родителей. Называет его не иначе, как «мелкий». Иногда ссорятся из-за пространства или телевизора. Проверяет выполненные им задания по английскому языку, причем так серьезно проверяет, что он плачет.

А. А. Северный: Кто кого любит больше: она его или он ее?

Мама: Затрудняюсь сказать. Они, конечно, любят друг друга, но проявляют возрастные особенности. Она жалела брата, когда он заболел; перестала требовать повышенного внимания к себе, поскольку теперь ему нужно больше внимания и заботы. Раньше, когда она болела, все было наоборот.

А. А. Северный: Как она отнеслась к рождению брата?

Мама: О, это трогательно было! Она его так ждала, так готовилась, помогала, была к нему, маленькому, так внимательна.

А. А. Северный: Что касается мальчика, какая помощь Вам сейчас нужна?

Мама: С ним у нас все тоже пошло на лад. Стало значительно лучше, учится, ходит в школу, отметки неплохие. Только сейчас при нем на консультации нейропсихолога сказали, что надо пройти генетическое обследование и хирурга. Он очень расстроен, плакал, говорил, зачем его такого больного уroda родили.

А. А. Северный: Можете ли Вы сказать, что он такой же, как был раньше?

Мама: Нет, еще не совсем, но приближается к этому. Когда он сталкивается с какими-то проблемами, то ему нужна помощь, в основном моя – растолковать, уговорить, успокоить. Надо, чтобы я рядом была и всегда могла придти на помощь.

А. А. Северный: А в 1-2 классе было не так?

Мама: Во втором классе начались сомнения, с которыми приходилось справляться вместе.

А. А. Северный: Чем изменился его характер по сравнению с тем, что было до болезни?

Мама: До болезни не мог легко общаться со взрослыми, теперь держится со знакомыми взрослыми на равных. Он побойчей, посмелей, чем сестра, ему легче подойти, спросить. Стал обижаться, что его не пригласили на конкурс, не отправили на Олимпиаду – «Я бы тоже мог!». Раньше такого бы никогда не сказал и не подумал.

А. А. Северный: У него есть друзья, ему хочется быть среди детей?

Мама: Он всегда был окружен детьми, поскольку в доме, кроме своих детей, всегда есть другие дети: племянники, соседи. Даже гулять их в раннем детстве выводили обязательно еще с 2-4 детьми (так было удобнее и мамам, чтобы суметь сходить в магазин и т. п.). Но если есть компания, то ему хорошо, а нет – он ее не ищет. Одним из проявлений болезни были как раз переживания по поводу того, что у него нет друзей и он никому в школе не нужен. Недавно (в мае) отказался звать детей на день рождения, сказал, что он лучше отметит его с близкими.

А.А. Северный: Когда, с Вашей точки зрения, было самое тяжелое состояние?

Мама: Зимой прошлого учебного года, когда совсем не мог ходить в школу, боялся, просил прощения у мамы, что не может себя преодолеть. Когда оставался дома, становился совершенно спокойным, веселым ребенком.

А.А. Северный: Что было самым главным в его болезненном состоянии?

Мама: Страх, особенно страх школы.

А.А. Северный: Когда впервые появились физические ощущения, частые болезни, кашель?

Мама: Еще в первом классе появились боли в животе. Во втором классе они иногда были очень сильными и сопровождалась рвотой фонтаном, так что дважды его забирали в больницу, но по его настойчивой просьбе я сразу его забирала. Был поставлен диагноз: дискинезия желчных путей. Назначено лечение, после чего проблемы с животом прошли. Часто болеть простудными заболеваниями он стал со второго класса. Станный кашель появился год тому назад.

А.А. Северный: На кого он больше похож по характеру?

Мама: На меня: обидчив, может быстро меняться настроение, любим пошутить, посмеяться, нет сдержанности в проявлении чувств, как это свойственно старшей сестре.

А.А. Северный: Какие еще будут вопросы?

А. В. Семенович: Ребенок пришел из школы расстроенный, считает, что его обидели. Как, какими словами Вы объясняете ему ситуацию?

Мама: По-разному. Вот, например, после последней болезни, учительница математики ему сказала, что больше тройки ему в четверти не поставит. Я ему объяснила, что она права, что он много пропустил. Иногда бывает не прав учитель, например, кричит на детей. Приходится объяснять, что, может быть, она устала, может быть, у нее неприятности, голова болит. «Не на тебя же кричат», а он: «А если на меня будут кричать?». По-прежнему боится этого. Расстраивается из-за средних отметок, хочет учиться хорошо. Объяснения всегда помогают, мне полностью доверяет, успокаивается.

А. В. Семенович: А как Вы его настраивали к первому классу?

Мама: А его и настраивать было не надо. Он очень хотел в школу, шел туда довольный, с достоинством, гордый, что теперь школьник, как сестра и двоюродные братья. Поскольку был самым маленьким в семье, страдал от того, что многого не умеет, тянулся за старшими. Так, чтобы не быть хуже других, не быть маленьким, глупеньким, задолго до 1 класса научился сам читать.

А. В. Семенович: Вы хвастаетесь, гордитесь им?

Мама: Я горжусь ими обоими, потому что в нашей семье, во всяком случае по моей линии, не было детей, которые бы так относились к школе.

Осмотр ребенка

Психический статус: Выглядит значительно моложе паспортного возраста (на 8-9 лет). Небольшого роста, пониженного питания. Отмечаются отчетливые черты диспластичности (большие торчащие уши, узкий лоб). В начале осмотра крайне напряжен. Сидит сжавшись в комочек, неподвижно, смотрит прямо перед собой, стараясь не смотреть на присутствующих. Выражение лица недовольное. На вопросы отвечает очень тихо, односложно, в основном уклончиво: «Не знаю, не помню, может быть» или путается в ответах. В процессе беседы становится более раскованным: расправляет плечи, принимает непринужденную позу, начинает говорить громче, реагирует на шутку робкой милой улыбкой. Сам шутит, выражение лица при этом лукавое. Не может ответить, зачем пьет лекарства, но уверен, что они ему нужны: «Наверно, что-то не так». Это «не так» ощущает до сих пор везде: и в душе, и в теле. Сейчас, по его мнению, он здоровый, а был больной. Показывает, как дрожат руки, они всегда дрожат, но это ему не мешает ни в игре, ни в учебе. Сейчас не кашляет, но в конце беседы, по просьбе собеседника, показывает кашель – очень сильный, глубокий, громкий, звонкий. С видимым облегчением покидает консилиум.

Заключение лечащего врача (Н. М. Иовчук)

Настоящее психическое состояние характеризуется личностными особенностями в виде интровертированности, робости, чувствительности, обидчивости и выраженных черт психофизического инфантилизма, выступающих наряду с гиперсоциальностью. Хотя при сегодняшнем осмотре ребенок почти не демонстрировал продуктивной симптоматики, можно все же сказать, что на фоне отмеченных выше личностных особенностей выступают остаточные депрессивные расстройства: неуверенность в себе, эпизоды тревоги, почти редуцированного страха и психосоматическая симптоматика (кашель, головные боли, частые интеркуррентные заболевания).

А. В. Семенович: В данном случае кашель не психосоматическое расстройство, он похож на кашель при плеврите. Я бы заподозрила здесь даже туберкулез.

Н. М. Иовчук: Не могу с этим согласиться. Во-первых, кашель совсем не похож на то, что наблюдается при любом плеврите. Во-вторых, он вообще не похож ни на какой из слышанных мною во время работы педиатром кашель. В-третьих, врачи - пульмонолог, фтизиатр, отоларинголог – при неоднократном углубленном обследовании не обнаружили здесь никакой патологии, тем более плеврита и туберкулеза.

А. В. Семенович: Но это настоящий неврологический кашель!

Н. М. Иовчук: Я не знаю, что такое «неврологический» кашель, но согласна, что он невротический. А теперь, разрешите, я продолжу разбор случая в установленном порядке.

Депрессивное состояние к настоящему времени почти редуцировалось. Оно отличалось длительностью течения (около 1,5-2 л.) и структурным своеобразием: преобладанием тревожно-фобического аффекта, ступидности, массивностью соматовегетативных расстройств и выраженностью «школьной фобии», которая чуть было не привела к тяжелой форме школьной дизадаптации. Должна заметить, что мальчик до 8-летнего возраста (как и его старшая сестра, как и их мать) был совершенно здоров. Болеть простудными заболеваниями он стал с началом депрессивного состояния, то есть со второго класса. С этого времени он крайне нерегулярно посещает школу, он не лжет, не симулирует, он на самом деле болеет, но чрезмерно часто, поскольку в данном случае проявляется т. н. соматопсихический синергизм. Это явление, характеризующееся частотой интеркуррентных заболеваний, обусловлено снижением витального тонуса при депрессивных состояниях. В 8-летнем возрасте, кроме того, возникают боли в животе также функционального и характера и головные боли. Обоснованием функционального характера алгических (болевых) расстройств служит их зависимость от психотравмирующей ситуации и связь со школьным обучением. Если мама разрешала поиграть на компьютере или просто поиграть, головная боль тут же проходила. Кашель появился год тому назад. Он связан с болезнями ребенка, начинаясь за несколько дней до начала болезни и заканчиваясь через 2 нед. после выздоровления вне зависимости от того, чем именно болеет ребенок. Следует обратить внимание еще на одно обстоятельство: как только ребенок начал болеть, причем болеть с высокой температурой, на ее высоте стали возникать кратковременные состояния деперсонализации, фокальные судорожные расстройства, что и послужило поводом для первого ЭЭГ-исследования. Эпилептическая природа этих состояний не подтвердилась; выявлены небольшие признаки остаточных явлений резидуально-органического поражения ЦНС, которые к настоящему времени почти исчезли, т. е. претерпели положительную динамику.

Главным психическим расстройством в этой затяжной и атипичной депрессии является страх. Начавшись с элементарного страха перед школой, он постепенно генерализуется, приобретая все новые и новые фабулы и, наконец, приводит к ритуалам, которые в короткие сроки утрачивают свой изначальный защитный смысл, становятся пустыми, выхолащенными, приобретают характер бессмысленной стереотипии. Ступидный компонент депрессии проявляется в нарастающих на протяжении депрессии трудностях осмыс-

ления и запоминания учебного материала, снижении успеваемости, субъективном ощущении «поглупения», несостоятельности в учебе, при том что у ребенка были и остаются хорошие познавательные способности.

Сравнивая перенесенное мальчиком депрессивное состояние с перенесенным его старшей сестрой в том же возрасте (начало в 9,5 лет у того и у другого), следует отметить, что их структура по существу была идентичной: затяжное депрессивное состояние, на первом месте в котором стоит аффект страха и тревоги; генерализация страха; массивный психосоматический компонент; упорная «школьная фобия». Отличия заключаются в выраженности поведенческого компонента депрессии у старшей девочки при ее отсутствии у брата; между тем, у мальчика отчетливо проявляются депрессивные идеи самообвинения, отсутствовавшие у старшей сестры и вообще не характерные для такого возраста. Различны и условия возникновения депрессии: у девочки депрессивное состояние имеет четкую психогенную природу, начинается у чувствительного, тормозимого, торпидного ребенка в ответ на неправильное поведение учителя; у мальчика нет психотравмирующей ситуации, он отлично учится, все в школе к нему хорошо относятся; сходными являются личностные особенности в виде чувствительности, ранимости, нежности и семейные условия в виде требовательности (в общем-то умеренной) матери. Если у девочки невротический (дидактогенный) характер депрессии подтверждается и благополучным выходом из этого состояния, и отсутствием личностных изъянов после его завершения, то как расценить нозологическую принадлежность депрессии у мальчика? Хотелось бы думать, что и здесь имела место невротическая депрессия. К сожалению, оснований для такого диагноза в данном случае мало. Нозологический диагноз в данном случае и является главным вопросом для обсуждения. Я надеюсь, что и у мальчика, как и у его сестры, имеет место невротическая депрессия.

Хотелось бы также заметить, что анализ наследственно-семейного фона не дает никаких указаний на отягощенность эндогенными аффективными психозами: по линии матери – алкоголизм; мать синтонная, конституционально гипертимная; отец – с выраженными чертами шизотимии. Никаких указаний на аффективные психозы по обеим линиям нет.

Прогноз, на мой взгляд, благоприятный. Депрессивное состояние практически завершено, школьная фобия в основном преодолена. Во всех случаях, даже если это депрессивное состояние окажется в рамках эндогенного заболевания, наступает длительная ремиссия; другого депрессивного состояния в ближайшем будущем не предвидится. Пубертатный период в данном случае будет играть положительную патофизиологическую роль и будет чистым от аффективной патологии.

Кандидат психологических наук М. М. Семаго: Вы считаете, что развитие болезни у мальчика аналогично развитию болезни у его сестры; вроде бы, выделены некоторые различия?

Н.М. Иовчук: Я считаю, что оно почти одинаково. Они похожи и по личностным характеристикам: и тот, и другой представляют собой чувствительных шизоидов с выраженной гиперсоциальностью.

А.А. Северный: Скорее шизотимов, их интровертированность выражена очень мягко.

Обсуждение

А. А. Северный: Хотелось бы направить обсуждение в более реальное, практическое русло и попробовать решить три главных вопроса: Правильно ли мы ребенка лечили? Что может ему грозить в будущем? Наметить тактику нашего дальнейшего ведения этого ребенка.

М. М. Семаго: Четвертый вопрос: что надо сделать, чтобы предотвратить возможные осложнения в будущем.

А. В. Семенович: Для меня этот ребенок представляется несущим все черты тяжелого дизэмбриогенеза, признаки которого написаны у него на лице – неправильный рост зубов, неправильная форма головы, торчащие уши, сосудистый рисунок на висках. Для этого дизэмбриогенеза есть все основания, поскольку в период беременности у матери были нефропатия и гипертония. Посмотрите, как он ходит. Здесь не просто плоскостопие, здесь, наверное, есть костная аномалия, врожденная соединительнотканная патология. Его кашель обусловлен серьезной деформацией легких; ребра деформированы, грудь туберкулезная, и кашель – это типичный паракомплекс, который идет от вторичной межреберной невралгии. В истории болезни есть указание на мигрени, что совсем неудивительно, учитывая выраженность сосудистой паутины на висках ребенка. Он метеозависим, и он не придумывает, что у него есть головные боли. Кроме того, у него в 1,5-годовалом возрасте был наркоз. Поэтому вполне закономерно, что у ребенка имеют место тремор рук и редчайшая у детей дисфункция подкорковых образований слева, в связи с чем происходит псевдоигнорирование пространства справа. В наследственно-семейном фоне есть указания на диабет, тремор; кроме того у многих по неизвестной причине болят ноги.

Н. М. Иовчук: У деда – алкогольный полиневрит, а у старшей сестры типичный при детской депрессии симптом «усталые ноги».

А. В. Семенович: При такой дизэмбриогенетической патологии и при такой наследственности можно подозревать, что и у мальчика имеет место не только дискинезия желчных путей, но и включена в патологический процесс поджелудочная железа, может быть и почки. Совершенно не исключено, что у старшей девочки в силу тех же процессов имеется патология со стороны почек, а страхи типичны для почечных за-

болеваний. Кроме того в семье определенно нарушены родительско-детские отношения: мама ведет себя как папа, папа ведет себя как мама, они слишком много ребенку рассказывают, ребенок запуган ситуацией экспертизы, при том что у него с познавательными процессами все в порядке. Подвожу черту: ребенок с достаточно тяжелой соматической патологией, которую надо снять прежде всего, и с нарушенными отношениями в семье, которые тоже нужно исправлять. У ребенка соматической стигматизации более чем достаточно для развития декомпенсации. Я уверена, что те эмоциональные нарушения, которые есть у ребенка, производные от соматической недостаточности.

А. А. Северный: То есть Вы считаете, что у мальчика соматогенное психическое расстройство?

А. В. Семенович: Для меня это вообще абсолютно не психическое расстройство и ребенок, не входящий в рамки психиатрии.

А. А. Северный: Мама на вопрос, что она считает самым тяжелым в состоянии ребенка, ответила - страх. Страх – это психическое расстройство?

А. В. Семенович: Во-первых, я не знаю, что эта мама понимает под словом страх. Я не знаю, были ли у него психопатологические расстройства.

А. А. Северный: Нам важно понять, те стигмы, о которых Вы говорили, способны ли они вызвать патологическое состояние или они не могут вызвать такого состояния? Если они вызвали патологическое состояние, то значит это соматогенное, с Вашей точки зрения, психическое расстройство.

А. В. Семенович: Да, его состояние было вызвано его соматическим состоянием.

Н. М. Иовчук: Те признаки, о которых только что говорила А. В. и которые являются результатом раннего поражения головного мозга (еще во время беременности), они безусловно есть, мы все их видим, они подтверждаются параклиническими исследованиями. И все же психическое болезненное состояние, которое начинается и кончается, которое приводит ребенка в какой-то мере к школьной декомпенсации, в данном случае однозначно лежит в сфере аффективной патологии, а органическая стигматизация, возможно, играет определенную роль в плане синдромаобразования.

В. В. Каримов, детский психиатр (Уфа): В данном случае безусловно речь идет о затяжном и достаточно тяжелом депрессивном состоянии. Затруднение вызывает его нозологическая диагностика: экзогенный или эндогенный характер имеет настоящая депрессия? Судя по истории болезни, у мальчика не было серьезных психотравм и неблагоприятных ситуаций. В семье вполне благополучный психологический климат, все ребенка любят. В школе он отличник (в 1-2 классах), к нему хорошо относятся дети и справедлива учительница, так что трудно уловить реактивный или невротический характер болезненного состояния. Возможно, это все-таки эндогенное заболевание. Прогноз его мне не ясен. Но лечение правильное, доказательством чему является практический выход из депрессивного состояния в настоящий момент. Пока не надо предпринимать никаких профилактических мер, стоит подождать, тем более в настоящее время все складывается достаточно благополучно. Для того чтобы исключить органическое поражение ЦНС, необходимо дообследование: ангиография сосудов головного мозга, доплерография, компьютерная томография.

А. В. Семенович: Никакие обследования такого рода не покажут патологии, поскольку это функциональные расстройства.

В. В. Каримов: Значит, эти функциональные расстройства все же обусловлены депрессией.

Н. М. Иовчук: Нет серьезных изменений на ЭЭГ. В анамнезе есть указание на очень тяжелую беременность с угрозой выкидыша и тремор подбородка после рождения, по поводу чего и наблюдался невропатологом до 1 г.

Н. Я. Семаго: Складывается впечатление, что у ребенка тяжелая ситуация в семье, по-видимому, обусловленная высокими требованиями взрослых. Здесь целесообразно вводить семейную психотерапию.

А. В. Семенович: Мать сказала мне откровенно, что всего, чего она не добилась в жизни, должны добиться ее дети. Конечно, нужна семейная терапия.

Н. Я. Семаго: В результате психологического обследования, в том числе цветовым тестом отношений (ЦТО), обнаружено, что мальчику неуютно в семье, он испытывает эмоциональный дискомфорт. Видимо, действительно, нужна серьезная психотерапевтическая работа с родителями.

Н. М. Иовчук: Разрешите мне со всеми вами не согласиться. Я очень сомневаюсь, что наше вмешательство может помочь в данном случае семье и ребенку. Сейчас эта семья спокойная, дружная и счастливая, несмотря на болезни детей. Семья вытерпела депрессию у старшей девочки, сумев благополучно сохранить ее в школе; семья объединилась, чтобы преодолеть депрессию у младшего ребенка, и он почти здоров и хорошо учится. Мне очень нравится мама, ее отношение к детям, ее трезвый и в то же время эмоциональный к ним подход. А ее желание «вывести детей в люди» вполне понятное и правильное, особенно если учесть, из какой семьи без потерь сумела «вынырнуть» сама мама. Семья находится в равновесии, вполне сбалансирована, и вмешиваться в нее, по моему мнению, было бы большой тактической ошибкой.

М. М. Семаго: Я вполне согласен с выступавшим здесь психиатром в плане дообследования ребенка. В конце концов, существует система семейной диагностики, она и должна решить, насколько семья гармо-

низирована и необходимо ли психотерапевтическое вмешательство для всей семьи.

А. А. Северный: Главное, что семья ощущает себя гармонизированной. Я познакомился с матерью ребенка, когда еще больна была старшая девочка, и еще тогда она демонстрировала совершенно правильную эмоционально-рациональную, разумную позицию, она не протестовала против наблюдения и лечения у психиатра, как это делают очень многие родители; соблюдала все наши советы. Так что я тоже сомневался в целесообразности семейного терапевтического вмешательства.

А теперь, раз больше нет желающих высказаться, я традиционно завершаю консилиум подведением его итогов. Необходимо войти в какую-то систему понимания, поскольку мы все оказались в очень разных системах, а задачей консилиума является определение точек соприкосновения и выработка общей модели поведения в отношении больного.

Начнем с определения личностной структуры ребенка: кто это - шизотим или ананкаст? Перфекционизм, присущий мальчику и проявляющийся в стремлении быть лучше, лучше всех, свойственен как шизотимам, так и анакастам – лицам неуверенным, сомневающимся, долго взвешивающим все за и против. По поведенческим реакциям шизотимы и анакасты часто очень похожи, но квалификация личности очень важна, поскольку она определяет характер взаимоотношения с ребенком. Вспомним, что нам сказала мама: девочка похожа на папу, а он более всего подходит по описанию к психастеническому, анакастному полюсу (мягкий, неуверенный, колеблющийся, но все же добивающийся своего, со своим внутренним стержнем). Мальчик, как видно из истории болезни и по описаниям матери, похож на нее в том, что он обладает аффективной неустойчивостью, обостренным реагированием, избыточной хрупкостью при отсутствии постоянной потребности в общении (что, кстати, отличает его от матери). Вспомним сегодняшний статус ребенка: напряженный, настороженный, недоступный, взгляд в одну точку, и только постепенно, почувствовав себя в безопасности, он расслабился, стал отвечать на вопросы, улыбаться и все же остался закрытым. Конечно, ситуация для ребенка непростая, но все дети разные и реакция на ситуацию консилиума, как вы увидите в дальнейшем, у них совершенно разная. У него реакция на скопления людей, как у шизотима.

Несмотря на эту реакцию, он сказал нам главное. Он сказал, выражая свою собственную позицию, что ему все еще нужна помощь, что он не хочет отказываться от лечения, что он ощущает дискомфорт – и в душе, и в теле, то есть он ощущает тотальный дискомфорт. Таким образом, действительно, мальчик не полностью вышел из депрессивного состояния.

Органическая стигматизация несомненно есть; она видна даже при внешнем осмотре, фиксируется всеми специалистами и подтверждается параклиническими методами обследования. Его реакция на лихорадку характерна именно для детей с резидуально-органической недостаточностью.

Важно понять, чем он болеет: он болеет соматогенным, органическим заболеванием или он болеет другим (неорганическим) заболеванием? Это определяет нашу тактику, прогноз и наше отношение к этому ребенку. У него нет явных энцефалопатических и выраженных церебральных расстройств. Он, действительно, устает, но не очень сильно, и это не сказывается на его работоспособности и на его физическом состоянии. Следует отметить, что до поступления в школу он был абсолютно здоров, не проявлялось никаких признаков резидуально-органической церебральной недостаточности: ни поведенческих, ни гипердинамических, ни неврозоподобных расстройств, никаких признаков ММД. Начал болеть с первого класса: у него были острые респираторные заболевания с высокой температурой, при которых дала себя знать его органическая стигматизация, что проявилось в локальных судорогах, психосенсорных и делириозных симптомах. Почему он так тяжело стал болеть? Здесь отчетливо высказывалась такая точка зрения, что давление матери способствовало его декомпенсации. Конечно, и это не могло быть иначе, мать готовила его к школе, и, по-видимому, это не лишено было гиперпротекции, но мы все знаем, что разные дети реагируют на давление по-разному: одни – протестом, другие – уходом, третьи – декомпенсацией (психической, физической или психосоматической). Здесь надо обязательно учесть, что не только мать на него «давила», он в силу своего характера и, прежде всего, присущего ему перфекционизма постоянно сам на себя «давил». И не известно еще, какое из этих давлений было для него более значимым. Он благодаря своей гиперсоциальности постоянно себе внушал, доказывал, что он должен быть все лучше, лучше и лучше. В школе он попадает в ситуацию экспертизы, контроля, дает реакцию в основном по механизму своей слабости и начинает болеть респираторными заболеваниями с высокой температурой, демонстрируя явление «соматопсихического синергизма». Механизм психогенный, но характерными его проявлениями у детей являются соматические заболевания, особенно в силу свойственной этому возрасту алекситимии. В данном случае мы имеем дело с невротическим механизмом соматопсихического синергизма, хорошо известным педиатрам и родителям детей, к примеру, впервые отданным в детский сад, когда ребенок начинает непрерывно болеть неспецифическими инфекциями и выздоравливает, когда его забирают из детсада и воспитывают дома. Здесь соматопсихический синергизм является выражением внутреннего протеста ребенка, не способного в силу особенностей индивидуальности проявить этот протест в активной поведенческой форме. Позже мы скажем еще об одном механизме соматопсихического синергизма. Во 2 классе

мальчик, пройдя период адаптации к школе, преодолев страх несоответствия, перестал болеть. В конце второго класса наблюдается период болей в животе и рвот, расцененных как дискинезия желчных путей. Мы знаем, что это функциональное расстройство, это не органическое заболевание, и оно у мальчика проходит и до сих пор не дает больше о себе знать. В 3 классе он опять начинает болеть - острыми респираторными заболеваниями, тогда уже появляется выраженный страх перед посещением школы. Действительно, то, что происходит с ребенком, очень похоже на перенесенное в том же возрасте, почти в том же оформлении болезненное состояние у его старшей сестры. Но здесь есть одна принципиальная разница: у сестры была серьезная, вполне конкретная психотравмирующая ситуация в школе, и после того как ее убрали, ее состояние нормализовалось; у брата не было никакой причины для декомпенсации. Мы не нашли здесь никаких экзогенных механизмов декомпенсации. Он дает теперь опережающие подъемы температуры, как в случаях с прививками, он дает подъемы температуры без признаков ОРВИ, он дает длительные температурные «хвосты», когда заболевание давно уже кончилось. Но главное, что его декомпенсирует, - это страх перед школой. Все ему говорят, какой он хороший, как его все любят. «Нет, - отвечает он, - я плохой, и вам не за что меня любить, и в школу я не хочу». То есть имеют место классические идеи виновности, самоуничтожения. Его отличие от сестры заключается в аутохтонном возникновении депрессивной симптоматики; это состояние было эндогенным. Здесь мы сталкиваемся со вторым механизмом соматопсихического синергизма - когда на фоне скрытой эндогенной, чаще сего апатоабулического типа, депрессии, ребенок начинает непрерывно болеть неспецифическими интеркуррентными инфекциями - ОРВИ, тонзиллитами, гайморитами, бронхитами и т. п., месяцами лечится у педиатров, отоларингологов килограммами антибиотиков и других противовоспалительных средств - и без эффекта либо с кратковременным эффектом. А депрессия проходит - наступает выздоровление. Это состояние и по развитию было эндогенным, поскольку здесь симптоматика развивается, усложняется, дополняется другими, выходящими за рамки «школьной фобии» симптомами (идеями самообвинения, навязчивостями, ритуалами). Надо обратить внимание также на определенную периодичность, сезонность обострений и улучшений.

Отсутствие наследственной отягощенности аффективными психозами не противоречит диагнозу эндогенного аффективного психоза. Известно, что наследственная отягощенность алкоголизмом предрасполагает следующие поколения к психосоматическим расстройствам (можно сослаться на монографию Энн У. Смит «Внуки алкоголиков»²⁹, в которой на репрезентативном материале было показано, что при наследственной отягощенности алкоголизмом через поколение передается предрасположенность к алекситимии и, соответственно, к психосоматическим расстройствам), а психосоматические расстройства выступают преимущественно при аффективной патологии. Что будет дальше? Мне кажется, что депрессивные состояния в данном случае могут повториться. У мальчика пока нет никаких признаков пубертата, поэтому надежд Нины Михайловны на его быстрое выздоровление не разделяю. Он болеет три года, и нет никаких оснований считать, что осенью он не заболит снова. С моей точки зрения, надо думать о профилактической медикаментозной терапии, например, о превентивном лечении финлепсином для предотвращения наступления следующих аффективных фаз.

Н. М. Иовчук: Признаюсь, что я не исключаю возможность эндогенного заболевания в данном случае, но ввиду того что депрессивные расстройства до сих пор остаются «чистыми», по существу лишены симптоматики из других психопатологических регистров, отсутствуют специфические нарушения мышления, выраженность симптоматики во многом зависит от ситуации и за два-три года болезни не появилось никакого личностного изъема, приходится думать не о циркулярной шизофрении, а все-таки о циклотимии. Мой опыт показывает, что аффективные расстройства в этом возрасте имеют очерченный период активных проявлений болезни, и теперь все говорит о том, что он кончается. Поэтому я абсолютно против начала профилактической терапии (препаратами лития или финлепсином). На лето предполагается отметить всю имеющуюся терапию, а осенью посмотрим: если и правда, как считает Анатолий Алексеевич, возникнет новая фаза, тогда будем вводить медикаментозную профилактику.

А. А. Северный: Естественно, нет никаких оснований в настоящее время говорить о шизофрении. Когда мы говорим о процессуальности в феноменологическом смысле, это не значит, что мы говорим о прогрессивности и дефицитарности. Таким образом, тактика по отношению к ребенку такова: тщательное динамическое наблюдение, симптоматическое психотропное лечение, назначение финлепсина в случае возобновления депрессивной симптоматики, проведение курса церебропротекторов, учитывая органическую стигматизацию ребенка, занятия с логопедом, дообследование согласно высказанным специалистами пожеланиям, профессиональное обследование семьи и осторожная работа с ней (если родители и лечащий врач согласятся на такое вмешательство).

²⁹ М: Просвещение, 1991. - 127 с.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

К ПРОЕКТУ ПРИКАЗА (письмо в редакцию)

Уважаемые Н. М. Иовчук и А. А. Северный!

Рады известить Вас, что со 2 июля 2002 г. в СПб МАПО открыта новая кафедра детской психиатрии и психотерапии, возглавляемая профессором, доктором мед. наук Э. Г. Эйдемиллером. Член редколлегии журнала И. М. Никольская за это время стала доктором психологических наук и профессором кафедры детской психиатрии и психотерапии. Посылаем Вам дополнения к проекту приказа «О мерах по совершенствованию психиатрической помощи детям и подросткам», опубликованном в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков» (2002. - 3). Данные дополнения были приняты 22.04.2003 г. в результате обсуждения этого проекта на совместном заседании кафедры детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО, Санкт-Петербургской общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков» и секции перинатальной психологии и психотерапии РПО.

В обсуждении приняли участие: сотрудники кафедры детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО под руководством заведующего кафедрой профессора, доктора мед. наук, почетного президента СПб общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков» Э. Г. Эйдемиллера; члены координационного совета СПб общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков», в том числе: президент, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО, доктор психологических наук И. М. Никольская, вице-президенты: заслуженный врач РФ, главный врач Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия», главный психиатр Санкт-Петербурга, главный внештатный психиатр МЗ РФ в Северо-Западном федеральном округе Л. П. Рубина, зам. главного врача ЦВЛ «Детская психиатрия», кандидат мед. наук, доцент И. В. Макаров, директор Психолого-педагогического медико-социального центра Невского района г. СПб Е. В. Бердник; члены секции «Перинатальная психология и психотерапия» РПО под руководством вице-президента секции, доцента кафедры детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО кандидата мед. наук, доцента И. В. Добрякова.

В результате дискуссии было принято решение:

1. Выразить благодарность Ассоциации детских психиатров и психологов и Российскому обществу психиатров за разработку проекта данного приказа.

2. Предложить новое название проекта приказа: «О мерах по совершенствованию психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам».

3. Разработать положение о врачах «детско-подростковом психотерапевте». Необходимость настоящего положения связана с нашей глубокой убежденностью в том, что качественное лечение душевных болезней, формирование, сохранение и укрепление психического здоровья детей и подростков возможно только в результате комплексных усилий врачей - детских психиатров и психотерапевтов, а также клинических психологов. По нашему мнению, место и роль врача - детского психотерапевта - в существующем приказе обозначено слишком скромно.

4. Расширить перечень учреждений, осуществляющих последипломную подготовку в области детской психиатрии, психотерапии и клинической психологии:

4.1. В целях подготовки специалистов для участия в психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам:

4.1.1. Поручить кафедре детской психиатрии, и психотерапии и медицинской психологии РМАПО, Психоневрологическому институту им. В. М. Бехтерева, Уральской медицинской академии последипломного образования и кафедре детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО проводить последипломную подготовку клинических психологов для участия в психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам. Кадровый состав вновь созданной кафедры СПб МАПО позволяет выполнить поставленную задачу.

4.1.2. Поручить Московскому НИИ психиатрии МЗ РФ, кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, кафедре детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО, Уральской медицинской академии последипломного образования осуществлять последипломную подготовку психотерапевтов для оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам.

4.1.3. Пункт 4.1.3. соответствует пункту 3.3. проекта приказа.

4.1.4. Поручить кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО, кафедре детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО проводить последипломную подготовку детских психиатров и психотерапевтов для работы в психоневрологических кабинетах для детей раннего (до 3 лет) детского возраста.

4.1.5. Поручить кафедре детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО проводить последипломную подготовку врачей и психологов в области перинатальной психологии и психотерапии. В настоящее время кафедра детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО имеет большой опыт в проведении семинаров и

циклов по тематике, предусмотренных в пунктах 4.1.4. и 4.1.5.

Уважаемые коллеги!

Формулируя эти дополнения, мы следовали тем образцам, которые были рассмотрены в проекте приказа. В то же время, мы можем предложить и более демократичный вариант формулирования его основного положения: Поручить последипломную подготовку в области детской психиатрии, психотерапии, клинической психологии и социальной работы кафедрам и НИИ соответствующего профиля, которые имеют разработанные и утвержденные программы и необходимый для решения поставленных задач штат преподавателей.

В заключение хотим поздравить всех читателей журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» с тем, что появилась возможность развернуть широкую дискуссию на его страницах с целью оптимизации содержания и структуры проекта приказа «О мерах по совершенствованию психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам». Считаем необходимым, чтобы после завершения этой дискуссии проект настоящего приказа был согласован с Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии.

Искренне Ваши:

Э. Г. Эйдемиллер

И. М. Никольская

22.04.2003 г.

В. В. Грачев

**О РАБОТЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА
ПО ПРОБЛЕМАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ НЕЙРОИМИДЖИНГА В ПСИХИАТРИИ
(28 СЕНТЯБРЯ - 1 ОКТЯБРЯ 2002, КЬЯВАРИ, ИТАЛИЯ)
(информационное сообщение)**

Семинар по нейроимиджингу (НИ) проводился под эгидой НАТО в рамках программы этой организации по развитию связей между учеными стран НАТО (включая страны-партнеры НАТО) в различных областях науки. Были представлены данные, полученные в ходе исследований, однако главной задачей был обмен мнениями ученых различных стран о дальнейших путях и перспективах использования методов НИ для исследований в области психиатрии и диагностики психических заболеваний. Поэтому насыщенная программа включала в себя не только лекции, прочитанные ведущими специалистами в области психиатрического НИ, и научные доклады, но и продолжительные свободные дискуссии. На семинаре были представлены новые технические средства исследования структуры и функции мозга. В работе семинара принимали участие ведущие специалисты в области психиатрического НИ более чем из 20 стран Европы и Северной Америки. Россия была представлена членами Ассоциации детских психиатров и психологов.

Под НИ или нейровизуализацией в широком смысле слова понимаются различные методики, использующиеся для исследования структуры и функции мозга, дающие графическое отображение исследуемых характеристик в виде топографических карт головного мозга, которые соотносятся с известным анатомическим субстратом. Основными методами НИ являются магнитно-резонансная томография (МРТ), функциональная МРТ (фМРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ, SPECT в английской аббревиатуре) и ЭЭГ с компьютерным анализом и картированием биоэлектрической активности мозга (количественная ЭЭГ). За исключением ЭЭГ, методы НИ - это радиологические процедуры.

Наиболее известны и широко распространены у нас в стране МРТ, позволяющая детально исследовать структурные нарушения в мозге, и ЭЭГ, дающая возможность оценивать функциональное состояние ЦНС и незаменимая в диагностике эпилепсии. В то же время все большее значение на современном этапе в исследовании мозга и диагностики психоневрологической патологии приобретают функциональные радиологические методы, такие как фМРТ, ПЭТ и ОФЭКТ. Эти методы, в отличие от обычных радиологических процедур (рентген, КТ и МРТ), позволяющих получать только изображения структур человеческого тела, дают возможность проводить количественный анализ и визуализировать функцию органов на уровне метаболизма. В основе работы ПЭТ и ОФЭКТ лежит регистрация фотонов и квантов энергии, испускаемых короткоживущими радиоизотопами, которые по-разному распространяются в тканях мозга, накапливаясь в областях с интенсивной перфузией крови и активным клеточным метаболизмом. Компьютерная обработка зарегистрированных сигналов обеспечивает построение топографических карт распределения изотопов в ЦНС. фМРТ основана на чувствительности МР-томографов к магнитическим эффектам, вызываемым колебаниями степени оксигенации гемоглобина, которая, в свою очередь, зависит от локальных изменений кровотока при активации мозга.

Во вступительном слове содиректор семинара, один из ведущих специалистов в области психиатрического НИ профессор S. Williams (Великобритания) отметил значительный прогресс в развитии методов НИ, которые не только позволяют улучшить наше понимание психических болезней и их биологических

механизмов, но и находят все большее применение в практической психиатрии.

На семинаре были сформулированы основные перспективные направления использования НИ в области психиатрии. Было отмечено, что методы НИ способствуют построению патофизиологических моделей психических заболеваний и совместно с клиническими и иными параклиническими методами позволяют расширить наши представления о фенотипе психических заболеваний, дополняя клинические и морфологические данные данными функциональной нейроанатомии.

В большинстве вступлений отмечалось, что методы НИ со временем могут быть ценным диагностическим инструментом в психиатрии. В перспективе особая роль отводится НИ в дифференциальной диагностике сложных случаев и особенно в ранней диагностике психической патологии. По-видимому, выявленные с помощью НИ специфические метаболические нарушения смогут оказывать существенную помощь клиницистам в установлении диагноза на самых ранних этапах развития заболевания, когда клинические проявления заболевания могут быть недостаточно ясными.

Другой важнейшей областью дальнейшего применения НИ является психофармакология, где методы НИ уже сейчас используются как достоверный параклинический тест оценки эффективности фармакологических субстанций, показывая изменения течения метаболических процессов в различных отделах головного мозга. Особо отмечалась роль НИ в выявлении предикторов реакции на лекарственные препараты и мониторинге их распределения в ЦНС.

Значительное число сообщений и дискуссий было посвящено данным МРТ, которая, несмотря на появление более современных методов НИ, сохраняет важнейшее значение. Соотнесение данных функционального НИ и данных МРТ обеспечивает точную локализацию изменений метаболизма, выявленных методами ПЭТ, ОФЭКТ и фМРТ, и дает ценную информацию о соотношении структурных и функциональных нарушений. Во многих выступлениях было подчеркнуто, что понимание структурно-функциональных соотношений необходимо как для решения конкретных диагностических задач, так для научных исследований. Такого рода задачи позволяют успешно решать новые устройства, соединяющие в себе возможности КТ и ПЭТ/ОФЭКТ. Результатом соединения в одном приборе возможностей различных лучевых технологий явилось совершенно новое изображение, в котором одновременно представлены как анатомические (КТ), так и функциональные (ПЭТ/ОФЭКТ) особенности органов и тканей, находящихся в томографическом срезе. Этот метод, получивший название «функционально-анатомическое картирование», резко расширяет диагностические возможности отдельно проводящихся КТ и ПЭТ/ОФЭКТ.

Другим новым методом исследования мозга, заслуживающим особого внимания явилась DTI (Diffusion Tensor Imaging) или DT-томография (автору сообщения не удалось найти адекватный русский аналог названия этой процедуры). DTI представляет собой эффективную технику для исследования структуры белого вещества головного мозга, основанную на том, что аксональные мембраны и миелин ограничивают перемещение воды, так что она имеет тенденцию двигаться в направлении волоконных трактов. Эта направленность может быть оценена с помощью измерения фракциональной анизотропии (ФА), которая варьирует от нуля (одинаковая диффузия во всех направлениях) до 1 (однонаправленная диффузия). Если интегральность трактов белого вещества нарушена - например, если тракт становится демиелинизированным или упакован менее плотно, - то ФА будет снижаться, тогда как показатели диффузии будут увеличиваться. Таким образом, DT-томография играет особую роль при исследовании интегративного единства мозга, отражая состояние анатомо-функциональных связей в ЦНС.

Несмотря на преобладающий интерес к радиологическим методикам функционального НИ, в ряде докладов и выступлений в ходе дискуссий отмечалось сохраняющееся значение ЭЭГ. В частности, ЭЭГ является единственным методом, дающим информацию о динамике изменений в ЦНС в режиме реального времени. Количественная ЭЭГ с использованием анализа когерентности (взаимосвязей ЭЭГ-спектров) и методов пространственной локализации источников биоэлектрических потенциалов является эффективным инструментом оценки взаимосвязей и интегративных процессов в мозге.

Значительное число сообщений было посвящено изучению тонкой локализации функций в коре головного мозга. Интересным аспектом являлись исследования о соотношении данных функционального состояния различных областей коры головного мозга с данными морфологических исследований цитоархитектоники. К. Amunts (Германия) отметила, что развитие техник функционального НИ требует знания точной локализации функций в коре головного мозга и стимулирует более точное исследование микроструктуры мозга, в первую очередь цито- и миелоархитектоники коры головного мозга, и более точного определения границ кортикальных полей (по Brodmann), которые являются анатомическим референтом в исследованиях по функциональному НИ. Сравнение карт цитоархитектоники с данными функционального НИ позволяют проводить прямые структурно-функциональные корреляции и обеспечивают новый уровень понимания организации функций в коре головного мозга.

Учитывая то, что организация коры головного мозга и ЦНС в целом основана на двух принципах - функциональной специализации и функциональной интеграции, значительное внимание на семинаре уделялось изучению структурных и функциональных связей в ЦНС. Сохранность эффективных взаимодействий между различными областями ЦНС обеспечивает интегративные процессы в мозге, а нарушения

функциональных взаимодействий и организации нейрональных сетей представляется большинству исследователей на современном этапе субстратом психических заболеваний.

Значительное число работ было посвящено исследованиям структурных и функциональных нарушений при эндогенных психозах. В то же время, несмотря на значительное разнообразие представленных данных, приходится согласиться с R. B. Zipursky (Канада, Университет Торонто), который отметил, что, хотя изменения мозговых структур выявляются в различных группах больных шизофренией, остается неясным, в какой степени выявленные изменения вносят вклад в формирование клинических проявлений заболевания. Корреляции структурных нарушений с клиническими проявлениями остаются недостаточно исследованными. На современном этапе полезно сравнение данных, полученных в различных лабораториях и при использовании различных методов НИ. Суммарная оценка различных методов НИ может позволить получить данные, которые не могли быть получены с использованием только одного метода.

На семинаре отмечалось, что современные методы НИ, позволившие значительно расширить наши возможности анализа структуры и функционального состояния мозга, привели к разнообразию различных видов топографического картирования мозга и появлению особого понятия компьютерной анатомии. В этой связи интерес вызывало предложение исследователя из США A. W. Toga, который отметил, что огромное разнообразие топографических карт мозга и методов НИ побуждает исследователей к созданию атласа мозга – атласа нормальной компьютерной нейроанатомии, включающего данные различных методов НИ, основанных на широких популяционных исследованиях. Подобный атлас содержал бы информацию о том, как изменяются функциональная активность и структура мозга в зависимости от возраста и пола в значительной популяции. Другим важным аспектом этой работы была бы оценка вариабельности структуры и функциональной активности мозга в популяции здоровых для правильной оценки данных, получаемых от больных. В дальнейшем данные, полученные на здоровых испытуемых, могли бы быть дополнены данными картирования мозга при различной патологии. Было бы полезным соотнесение данных различных методов НИ для оценки структурных и функциональных вариаций в популяции и уточнения зависимости этих вариаций от демографических, генетических, когнитивных и клинических параметров. Ставится задача создания четырехмерных карт мозга позволяющих оценивать динамику изменений мозга при нормальном развитии и при патологии.

Основой работы семинара были дискуссии, которые показали значительный интерес к изучению биологического базиса психических заболеваний и значительно расширившиеся возможности. В то же время многие исследователи подчеркивали, что методы НИ требуют значительной осторожности в интерпретации данных, сходные картины могут быть получены при различных патологических процессах и, более того, изменения, выявленные в функциональном состоянии одних отделов ЦНС, могут быть обусловлены первичными нарушениями в других отделах (N. Ramsey, Голландия). В частности, исследователем из Голландии N. Ramsey было отмечено, что практически идентичные картины могут наблюдаться как при интенсивном возбуждении небольшой группы клеток, так и при слабой активации значительных популяций нейронов. Осторожность требуется и при выборе заданий, т. к. при изменении интеллектуальных задач разница между больными и контролем может значительно нивелироваться.

К сожалению, на семинаре практически отсутствовали работы посвященные использованию НИ в детской психиатрии. В то время как использование методов НИ для исследования развивающегося мозга и в клинической детской психиатрии для изучения нарушения структуры и функции детского головного мозга представляется автору одним из перспективных направлений реализации возможностей НИ.

Наконец, приходится с огорчением отметить значительное отставание российской науки в области НИ, что связано, в первую очередь, с недостаточностью финансового обеспечения российской психиатрии в плане доступа к дорогостоящим современным технологиям.

**КОНВЕНЦИЯ МОТ 182 «О ЗАПРЕЩЕНИИ И НЕМЕДЛЕННЫХ МЕРАХ
ПО ИСКОРЕНЕНИЮ НАИХУДШИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ТРУДА»
(РАТИФИЦИРОВАНА РФ 25.03.03 Г.)
(выдержки)**

Генеральная конференция Международной организации труда, созданная в Женеве Административным советом Международного бюро труда и собравшаяся на свою 87-ю сессию 1 июня 1999 года,...

...принимает сего семнадцатого дня июня месяца одна тысяча девятьсот девяносто девятого года нижеследующую конвенцию, которая может именоваться Конвенцией 1999 года о наихудших формах детского труда.

Статья 1

Каждое государство-член, ратифицирующее настоящую Конвенцию, немедленно принимает эффективные меры, обеспечивающие в срочном порядке запрещение и искоренение наихудших форм детского труда.

Статья 2

Для целей настоящей Конвенции термин «ребенок» применяется ко всем лицам в возрасте до 18 лет .

Статья 3

Для целей настоящей Конвенции термин «наихудшие формы детского труда» включает:

- a) все формы рабства или практику, сходную с рабством, как, например, продажа детей и торговля ими, долговая кабала и крепостная зависимость, а также принудительный или обязательный труд, в том числе принудительную или обязательную вербовку детей для использования их в вооруженных конфликтах;
- b) использование, вербовку или предложение ребенка для занятия проституцией, для производства порнографической продукции или для порнографических представлений;
- c) использование, вербовку или предложение ребенка для занятия противоправной деятельностью, в частности для производства и продажи наркотиков, как они определены в соответствующих международных договорах;
- d) работу, которая по своему характеру или условиям, в которых она выполняется, может нанести вред здоровью, безопасности или нравственности детей...

Статья 5

Каждое государство-член после консультаций с организациями работодателей и трудящихся создает или указывает соответствующие механизмы для осуществления контроля за применением положений, проводящих в жизнь настоящую Конвенцию.

Статья 6

1. Каждое государство-член разрабатывает и осуществляет программы действий по искоренению в приоритетном порядке наихудших форм детского труда...

Статья 7

1. Каждое государство-член принимает все меры, необходимые для обеспечения эффективного применения и соблюдения положений, проводящих в жизнь настоящую Конвенцию, в том числе посредством введения и применения уголовных или, в зависимости от обстоятельств, других санкций.

2. Каждое государство-член, принимая во внимание важность образования в деле искоренения детского труда, принимает в установленные сроки меры, направленные на:

- a) недопущение вовлечения детей в наихудшие формы детского труда;
- b) оказание необходимого и должного прямого содействия для прекращения занятия детей наихудшими формами детского труда, а также их реабилитации и социальной интеграции;
- c) предоставление всем детям, освобожденным от наихудших форм детского труда, доступа к бесплатному базовому образованию, а также по мере возможности и необходимости к профессионально-технической подготовке;
- d) выявление и охват детей, находящихся в особо уязвимом положении; и
- e) учет особенностей положения девочек.

3. Каждое государство-член назначает компетентный орган, ответственный за применение положений, проводящих в жизнь настоящую Конвенцию.

Статья 8

Государства-члены принимают необходимые меры с целью оказания друг другу помощи в проведении в жизнь положений настоящей Конвенции, используя для этого более широкое международное сотрудничество и/или помощь, включая поддержку социально-экономического развития, программ по борьбе с бедностью и всеобщего образования...

РЕКОМЕНДАЦИЯ МОТ 190

Рекомендация о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда.

Генеральная конференция Международной организации труда, созванная в Женеве Административным советом Международного бюро труда и собравшаяся на свою 87-ю сессию 1 июня 1999 года, приняв Конвенцию 1999 года о наихудших формах детского труда, постановив принять ряд предложений, касающихся детского труда, что является четвертым пунктом повестки дня сессии, решив придать этим предложениям форму рекомендации, дополняющей Конвенцию 1999 года о наихудших формах детского труда, принимает сего семнадцатого дня июня месяца одна тысяча девятьсот девяносто девятого года нижеследующую рекомендацию, которая может именоваться Рекомендацией 1999 года о наихудших формах детского труда.

1. Положения настоящей Рекомендации дополняют положения Конвенции 1999 года о наихудших формах детского труда (далее именуемой «Конвенция») и должны применяться совместно с ними.

I. ПРОГРАММЫ ДЕЙСТВИЙ

2. Программы действий, указанные в статье 6 Конвенции, должны разрабатываться и осуществляться в срочном порядке после консультаций с соответствующими правительственными ведомствами и организациями работодателей и трудящихся с учетом мнения детей, непосредственно затронутых наихудшими формами детского труда, а также их семей и, в случае необходимости, мнения других заинтересованных групп, разделяющих цели Конвенции и настоящей Рекомендации. Такие программы должны, среди прочего, иметь целью:

- a) выявление и осуждение наихудших форм детского труда;

b) недопущение вовлечения детей в наихудшие формы детского труда или прекращение их занятия таким трудом, защиту их от репрессалий и обеспечение их реабилитации и социальной интеграции посредством мер, которые учитывают их потребности в области образования, а также физические и психологические потребности;

c) привлечение особого внимания:

i) к детям младшего возраста;

ii) к девочкам-подросткам;

iii) к проблеме скрытых форм работы, при которых девочки подвергаются особому риску;

iv) к другим группам детей, которые являются особо уязвимыми или имеют особые нужды;

d) выявление общин, в которых дети подвергаются особому риску, охват таких общин и работу с ними;

e) информирование общественности и заинтересованных групп, включая детей и их семьи, привлечение их внимания к проблеме и их мобилизацию.

II. ОПАСНАЯ РАБОТА

3. При определении видов работ, указанных в пункте d) статьи 3 Конвенции, и выявлении мест их осуществления, предметом рассмотрения, среди прочего, должны быть:

a) работы, при которых дети подвергаются физическому, психологическому или сексуальному насилию;

b) работы, выполняемые под землей, под водой, на опасной высоте или в замкнутом пространстве;

c) работы с опасными механизмами, оборудованием и инструментами или работы, требующие переноски или перемещения тяжестей вручную;

d) работы во вредных для здоровья условиях, при которых дети могут подвергаться, например, воздействию опасных веществ или процессов, или температур, уровней шума или вибрации, наносящих вред их здоровью;

e) работы, которые выполняются в особо трудных условиях, связанных, например, с большой продолжительностью рабочего времени или работой ночью, а также работы, при которых ребенок необоснованно удерживается в помещении, принадлежащем работодателю.

4. Применительно к указанным в пункте d) статьи 3 Конвенции и вышеприведенном пункте 3 видам работ, национальное законодательство или компетентный орган могут допускать, после консультаций с заинтересованными организациями трудящихся и работодателей, возможность приема на работу по достижении 16-летнего возраста при условии, что обеспечена полная защита здоровья, безопасности и нравственности детей и что дети получили необходимый специальный инструктаж или профессиональную подготовку в соответствующей области деятельности.

III. ПРИМЕНЕНИЕ

5. 1) Следует собирать и обновлять подробную информацию и статистические данные о характере и масштабах детского труда, которые должны служить основой для определения приоритетов применительно к действиям на национальном уровне по упразднению детского труда, в особенности по запрещению и искоренению в срочном порядке его наихудших форм.

2) По мере возможности, такая информация и статистические данные должны включать сведения в разбивке по полу, возрастным группам, роду занятий, отраслям экономической деятельности, отношению к занятости, посещаемости школы и географическому местоположению. Следует учитывать важное значение эффективной системы регистрации рождений, включающей выдачу свидетельств о рождении.

3) Следует собирать и обновлять соответствующие данные, касающиеся нарушений положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда.

6. Сбор и обработка указанных в вышеприведенном пункте 5 информации и данных должны проводиться с должным учетом права на защиту личной жизни.

7. Информация, собираемая в соответствии с вышеприведенным пунктом 5, должна регулярно направляться Международному бюро труда.

8. Государства-члены должны создавать или указывать соответствующие национальные механизмы для осуществления контроля за применением положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда, после консультаций с организациями работодателей и трудящихся.

9. Государства-члены должны обеспечивать, чтобы компетентные органы, на которые возложена ответственность за применение положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда, сотрудничали между собой и координировали свою деятельность.

10. Национальное законодательство или компетентный орган должны определять, какие лица несут ответственность в случае невыполнения положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда.

11. Государства-члены должны в той мере, в какой это совместимо с национальным законодательством, участвовать в предпринимаемых на международном уровне усилиях, нацеленных на запрещение и искоренение в срочном порядке наихудших форм детского труда, посредством:

a) сбора и обмена информацией, касающейся уголовных преступлений, включая правонарушения с уча-

ствием международных сетей;

b) розыска и преследования по закону лиц, занимающихся продажей детей и торговлей ими или использованием, вербовкой или предложением детей для противоправной деятельности, для занятия проституцией, для производства порнографической продукции или для порнографических представлений;

c) ведения учета лиц, совершающих такие правонарушения.

12. Государства-члены должны предусмотреть, что следующие наихудшие формы детского труда являются уголовными преступлениями:

a) все формы рабства или практика, сходная с рабством, как, например, продажа детей и торговля ими, долговая кабала и крепостная зависимость, а также принудительный или обязательный труд, включая принудительную или обязательную вербовку детей для использования их в вооруженных конфликтах;

b) использование, вербовка или предложение ребенка для занятия проституцией, для производства порнографической продукции или для порнографических представлений; и

c) использование, вербовка или предложение ребенка для противоправной деятельности, в частности для производства и продажи наркотиков, как они определены в соответствующих международных договорах, или для занятий, связанных с незаконным ношением или применением огнестрельного или иного оружия.

13. Государства-члены должны обеспечивать применение наказаний, включая, в случае необходимости, уголовные наказания, за нарушения положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение всех указанных в пункте d) статьи 3 Конвенции видов работ.

14. Государства-члены должны также предусмотреть, в случае необходимости, применение в срочном порядке других мер правовой защиты уголовного, гражданского или административного характера для обеспечения эффективного соблюдения положений национального законодательства, нацеленных на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда, таких как особый контроль за предприятиями, на которых практиковалось использование наихудших форм детского труда, а в случае постоянных нарушений - временный отзыв разрешений на ведение хозяйственной деятельности.

15. Другие меры, нацеленные на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда, могут включать следующее:

a) информирование, привлечение внимания к данной проблеме и мобилизацию широкой общественности, включая национальных и местных политических лидеров, парламентариев и судей;

b) привлечение и инструктирование организаций работодателей и трудящихся, а также общественных организаций;

c) предоставление необходимой профессиональной подготовки соответствующим правительственным должностным лицам, особенно инспекторам и работникам правоохранительных органов, а также другим соответствующим специалистам;

d) судебное преследование государствами-членами в своей собственной стране своих граждан, совершающих правонарушения в соответствии с положениями их национального законодательства, нацеленными на запрещение и искоренение наихудших форм детского труда, даже если эти правонарушения совершаются в другой стране;

e) упрощение судебных и административных процедур, а также обеспечение их целенаправленности и быстроты;

f) поощрение предприятий к проведению политики, направленной на достижение целей Конвенции; .

g) мониторинг и предание гласности лучшей практики в области искоренения детского труда;

h) опубликование правовых или других положений о детском труде на разных языках или диалектах;

i) установление специальных процедур рассмотрения жалоб и разработку положений о защите от дискриминации и репрессалии тех, кто в соответствии с законом указывает на нарушения положений Конвенции, а также установление телефонных линий или пунктов помощи и назначение посредников;

j) принятие должных мер по совершенствованию инфраструктуры образования и профессиональной подготовки учителей, с тем чтобы учитывались нужды мальчиков и девочек;

k) принятие, по мере возможности, во внимание в национальных программах действий:

i) необходимости в создании рабочих мест и профессионально-технической подготовке родителей и взрослых членов семей, дети которых работают в условиях, запрещенных Конвенцией, и

ii) необходимости в привлечении внимания родителей к проблеме детей, работающих в таких условиях.

16. Более тесное международное сотрудничество между государствами-членами и/или их помощь друг другу в деле запрещения и эффективного искоренения наихудших форм детского труда должны дополнять национальные усилия и, в случае необходимости, развиваться и осуществляться после консультаций с организациями работодателей и трудящихся. Такие сотрудничество и/или помощь должны включать:

a) мобилизацию ресурсов для национальных или международных программ;

b) взаимную правовую помощь;

c) техническое содействие, включая обмен информацией;

d) поддержку социально-экономического развития, программ по искоренению бедности и всеобщего образования.

ВСЕРОССИЙСКИЙ ДОБРОВОЛЬЧЕСКИЙ ФОРУМ (информационное сообщение)

23-27 марта 2003 г. в г. Балаково Саратовской области, по инициативе Общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» (ДИМСИ) и Российского добровольческого центра, в рамках Федеральной целевой программы «Молодежь России» прошел Всероссийский добровольческий форум «Добровольческое служение молодежи в гражданском обществе». Цель Форума – развитие гражданской ответственности и поддержка общественной инициативы детей, молодежи, взрослых. Форум проводился общероссийскими общественными объединениями, Департаментом по молодежной политике Министерства образования РФ, Правительством Саратовской области, Администрацией Балаковского муниципального образования при поддержке коммерческих предприятий и СМИ. Форум собрал 150 активистов добровольческого движения молодежи из 27 регионов РФ и Казахстана.

В Форуме приняли участие представители ДИМСИ, Ассоциации юных лидеров, Союза социальных педагогов и социальных работников России, Национальной молодежной лиги, Межрегиональной общественной организации содействия программе воспитания подрастающего поколения «Большие братья/Большие сестры», региональных добровольческих центров, 19 общественных объединений Саратовской области и г. Балаково.

23 марта с докладом «Государственная политика и добровольчество» выступила руководитель Российского добровольческого центра Г. П. Бодренкова. После доклада состоялась дискуссия по теме «Добровольчество: социальное партнерство и решение социальных проблем местного сообщества», в которой приняли участие 300 человек, разбившиеся на две группы с русским и английским рабочими языками. Участники дискуссии с русским языком общения работали по межрегиональным группам, выявляя актуальные проблемы добровольческого движения России. Условно проблемы были сгруппированы в 6 групп: 1) законодательная база добровольчества, 2) стабильная финансовая поддержка добровольческих организаций и центров, 3) координация добровольческой деятельности, 4) создание позитивного мнения о добровольчестве, 5) лидерство и подготовка кадров, 6) информационная поддержка и public relations добровольческих усилий. Участники дискуссии с английским языком общения продемонстрировали высокую заинтересованность в обсуждении социального феномена добровольчества как на глобально-теоретическом, так и на конкретном, предметном уровне. Активно прошло обсуждение характерологических признаков добровольческой деятельности, психологических профилей добровольцев, организационных моделей волонтерской деятельности, а также потенциала для участия в добровольческом движении для каждого из участников дискуссии.

24 марта участники подготовили экспозицию «Мы вместе создаем наше будущее», на которой были представлены 50 стендов общественных объединений, региональных делегаций, демонстрирующих успехи российских добровольцев в разных уголках страны. На церемонии открытия Всероссийского добровольческого форума прозвучали приветствия руководителей: Международной Ассоциации Добровольческих Усилий, Международной Ассоциации Национального Молодежного Служения, Комитета по делам общественных объединений и религиозных организаций Государственной Думы Федерального Собрания РФ, Министерства образования РФ, Министерства труда и социального развития РФ, Правительства Саратовской области, Союза социальных педагогов и социальных работников России, Национального Совета молодежных и детских объединений России, Российского союза молодежи, общероссийской общественной организации «Молодежное единство», Межрегионального общественного фонда «Сибирский центр поддержки общественных инициатив». В своем приветствии к участникам Президент ДИМСИ С. В. Тетерский отметил, что подготовка и проведение Форума позволили объединить усилия различных ведомств, представителей различных секторов общества, привлечь внимание широкой общественности и СМИ; программа Форума построена таким образом, чтобы участники могли обмениваться опытом, книгами, материалами, идеями, предложениями, чтобы гостям и хозяевам, детям и взрослым, горожанам и селянам можно было принять участие в конференциях, концертах, мастер-классах, играх, дискуссиях и других интересных мероприятиях.

Научно-практическую конференцию «Добровольчество и гражданское общество» провели доктор пед. наук Л.Е. Никитина, ГНИИ семьи и воспитания, и Г. Н. Утенков, заместитель Главы Балаковского муниципального образования. На конференции выступили ведущие ученые и практики добровольческого движения России. Их тезисы подготовлены для публикации в научно-методическом сборнике «Добровольческое служение молодежи в гражданском обществе». Конференция обсудила ряд вопросов развития и укрепления общественного сектора страны как важнейшего компонента гражданского общества. Выступающие отметили, что современная система негосударственных структур состоит из десятков и сотен ты-

сяч различных объединений граждан, и это является свидетельством высокого уровня демократизма общественной жизни; развитый институт добровольчества является признаком устойчивой и обогащенной опытом социальной системы.

Большая акция общественного служения с детьми и работниками Центра социальной реабилитации несовершеннолетних, Балаковского отделения Всероссийского общества инвалидов, детских домов и образовательных учреждений города прошла в Драматическом театре. Саратовский театр сатиры подарил спектакль «Про Федота-удальца». В подарок детям были переданы книги, компьютеры, музыкальные центры, канцелярские товары, приобретенные коммерческими предприятиями и вузами г. Балаково и привезенные участниками Форума. В Вольской воспитательной колонии в дар были переданы книги и канцелярские товары.

Продуктивным тренингом знакомства участников стала комедия дель арте по мотивам сказки Ш. Перро «Золушка», организованная поэтом, обозревателем «Российской газеты» А. Н. Щупловым. В спектакле приняли участие 100 человек. Знакомство участников Форума продолжилось на вечернем обсуждении концепций добровольческого движения.

25 марта участники Форума работали по двум направлениям. Первая группа провела добровольческую акцию молодежи «Вот мой дом родной» (выезд в 4 сельских района). Вторая группа провела три научно-педагогических мероприятия: 1) Встречу с работниками образования по теме «Инновационные социально-педагогические методики, технологии и программы воспитания детей и молодежи»; 2) Методическое совещание «Организация общественного служения молодежи»; 3) Парад тренингов «Новые технологии работы с добровольцами».

Творческий вечер-презентация Балаковского отделения ДИМСИ в Драматическом театре превратился в шоу-представление лучших коллективов и талантов образовательных учреждений и общественных объединений города, демонстрацию успехов, достигнутых добровольцами в ходе проведения акций «Весенняя Неделя Добра» и «Осенняя Неделя Добра».

26 марта делегаты ДИМСИ приняли участие в Пятой отчетно-выборной конференции ДИМСИ, где подвели итоги двухлетней работы, наметили перспективы своей деятельности, избрали руководящие и ревизионные органы, внесли изменения в устав организации. Параллельно с конференцией ДИМСИ работали 6 мастер-классов: 1) «Подготовка проведения Всемирного Дня Молодежного Служения и Весенней Недели Добра, общероссийских добровольческих акций 2003 года» (вед. – Н. В. Герасимова, Мордовский госуниверситет); 2) «Молодые авторы» (вед. - В. В. Лунин, В. М. Воскобоников, Л. Р. Болдов); 3) «Юные журналисты» (вед. - А. Н. Щуплов); 4) «Юные барды» (вед. – А. С. Ананичев, Л. У. Звонарева); 5) «Изобразительное искусство» (вед. -Н. А. Баженова); 6) «Навыки общения и публичных выступлений. Конфликты» (вед. С. В. Белолипецкий, Ю. Тройнич, А. Щербакова, Т. Качарова).

Конференцию Межрегиональной общественной организации содействия программе воспитания подрастающего поколения «Большие Братья / Большие Сестры» провели Л. У. Звонарева и А. С. Ананичев.

В акциях общественного служения молодежи, в научно-педагогических мероприятиях и творческих мастерских, организованных участниками Форума в дни его проведения, приняли участие более 3,5 тысяч жителей Балаковского муниципального образования.

На церемонии закрытия Всероссийского Добровольческого Форума были подведены предварительные итоги. В своем выступлении Президент ДИМСИ С. В. Тетерский подчеркнул, что главный результат – это понимание того, что добровольцев много и, объединившись, они смогут принести большую пользу Родине; Форум позволил по-новому увидеть усилия властей, СМИ, коммерческих предприятий, искренне заинтересованных в поддержке детских и молодежных общественных инициатив. Каждый участник в память о Форуме получил грамоту, каждая региональная делегация – пакет информационных и научно-методических материалов. Участники приняли обращение к Президенту РФ, Правительству РФ, Совету Федерации и Государственной Думе Федерального Собрания РФ.

Подводя итоги работы Форума, участники отмечали некоторые организационные проблемы: несогласованность в работе транспортных служб и связанные с этим опоздания участников к началу мероприятий, плотность официальной программы в ущерб межличностному общению и обмену опытом участников Форума, невнимание к мероприятию федеральных телеканалов. Серьезной проблемой для организаторов Форума стала задержка финансирования Форума со стороны Министерства образования РФ и Правительства Саратовской области. Несмотря на это, большинство участников отметили значимость и перспективность мероприятий подобного рода, позволяющих получить поддержку своих добровольческих усилий, совместными действиями преодолеть проблемы в становлении и развитии гражданского общества. Форум явился важным шагом интеграции и объединения российских добровольческих организаций как между собой, так и с коммерческим и государственным секторами.

ОБРАЩЕНИЕ

участников Всероссийского добровольческого форума к Президенту РФ, Правительству РФ, Совету Федерации, Государственной Думе

Всероссийский добровольческий форум, собравшийся по инициативе общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» (ДИМСИ) и Российского добровольческого центра, обсудил ряд вопросов развития и укрепления общественного сектора страны как важнейшего компонента гражданского общества. Современная система негосударственных структур состоит из десятков и сотен тысяч различных объединений граждан, и это является свидетельством высокого уровня демократизма общественной жизни. Развитый институт добровольчества является признаком устойчивой и обогащенной опытом социальной системы. Общественный сектор в целом является наиболее объективным и честным выразителем общественного мнения, что служит своеобразной формой проявления его политической власти в обществе.

Нашей целью является достижение уровня достойного существования каждого члена общества, обеспечение законности, справедливости в распределении материальных благ; общественный контроль за соблюдением государственных законов. Общественные объединения осуществляют связь между личностью и государством, между сферой частной жизни и общественной сферой.

Мы, участники Форума, обязались нигде и никогда не оставаться безразличными, равнодушными и пассивными перед любыми формами социальной несправедливости. Мы объединяемся и призываем к этому всех, кому не безразлична судьба нашего Отечества.

Мы видим заинтересованность государства в использовании ресурса общественных объединений, в первую очередь в вопросах воспитания подрастающих поколений, и считаем необходимым принять следующие государственные решения:

- о привлечении общественных объединений к экспертизе законопроектов, указов, постановлений органов государственной власти; о возможности использования каналов средств массовой информации для пропаганды и отстаивания важности общественно значимой деятельности детей, молодежи и взрослых; об оказании существенной финансовой поддержки целевым программам, направленным на развитие добровольческой деятельности, созданию позитивных образов и примеров, способствующих становлению личности ребенка, формированию его нравственных устоев, чувства ответственности и патриотизма;

- о внесении изменений и дополнений в налоговое законодательство РФ с целью снижения или отмены налогов на суммы прибыли предпринимателей, передаваемой на цели защиты, выживания, развития детей, их участия в общественно значимой деятельности; расширения сезонных и других льгот на транспорт, государственной дотации на продукцию, предназначенную детям, в особенности сиротам и инвалидам;

- о принятии Федерального Закона об основах государственной молодежной политики, с определением к качестве первостепенных её направлений привлечение детских и молодежных общественных объединений к решению наиболее важных вопросов политики государства: доступности образования, трудоустройства и занятости, жилья, молодежного предпринимательства, охраны здоровья детей и молодежи;

- об утверждении на уровне Правительства РФ механизма реализации Закона РФ «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» в части предоставления субсидий на организационную деятельность объединений и укрепление материально-технической базы молодежных и детских общественных объединений, входящих в Федеральный реестр молодежных и детских общественных объединений, пользующихся государственной поддержкой.

Гражданские инициативы являются во всем мире элементом «социального капитала», без которого невозможно эффективное развитие общества и демократического государства. Активный экономический рост происходит именно в тех регионах, где есть традиции участия общественных объединений в социальном управлении. Инициативы граждан позволяют создать не формальную, а истинную демократию, основанную на гражданском участии и социальном партнерстве.

Мы призываем услышать наш голос и поддержать наши законодательные инициативы. Мы уверены в том, что, только объединив усилия всех частей гражданского общества, мы сумеем обеспечить каждому человеку достойное будущее и ответственное настоящее.