

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 2004 (4), № 1

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Т. Н. Кальманович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И
ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КОММЕРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ 7

Е. В. Каплина, Н. В. Зверева

СУИЦИДЫ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ И ПОПЫТКА
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... 12

И. Н. Вакула, Л. А. Клещева

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА ВЛИЯНИЯ ДЕПРИВАЦИИ НА
ПСИХОЛОГО-КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС РЕБЕНКА..... 19

Г. В. Скобло

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ГЕНЕЗ ПОСЛЕРОДОВЫХ МАТЕРИНСКИХ ДЕПРЕССИЙ..... 22

В.С. Собкин, З. Б. Абросимова, Д. В. Адамчук, Е. В. Баранова

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД ПОДРОСТНИЧЕСТВА:
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ..... 28

Н. Б. Крылова

ЛИЧНОСТНОЕ ЗНАНИЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРАКТИКИ – УСЛОВИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ..... 34

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

И. В. Шадрина

О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ..... 41

И. Л. Крыжановская, Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова, В. А. Красов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛПРАЗОЛАМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ..... 44

И. М. Желдак

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И
АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ..... 48

А. Я. Юдилевич

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
КОМИССИЙ..... 51

С. В. Тетерский

МНОГООБРАЗИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ..... 60

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Б.Д. Эльконин

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Д. Б. ЭЛЬКОНИНА..... 67

Д. Б. Эльконин

К ПРОБЛЕМЕ ПЕРИОДИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 68

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И. В. Макаров

О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УВЛЕЧЕНИЯХ И ФАНТАЗИЯХ ПРИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ..... 78

С. С. Носов НЕКОТОРЫЕ ЗАМЕТКИ О ПОДРОСТКОВОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....	79
Н. Е. Кравченко УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	81
И. В. Сошина ИНТЕГРАТИВНЫЙ ДЕТСКИЙ САД - ЭТО « НАШ ДОМ».....	84
И. И. Фришман СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИГРОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ДЕТСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ.....	86

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. Ф. Кремнёва, Н. В. Римашевская СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ (второе со- общение).....	89
В. В. Красавина ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНОГО НЕЙРОЛЕПТИКА СЕРОКВЕЛЯ В ОБЩЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (обзор лите- ратуры).....	96

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

Н. В. Зверева РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ СМИРНОВОЙ Е.О., ГАЛИГУЗОВОЙ Л.Н., ЕРМОЛОВОЙ Т.В., МЕЩЕРЯКОВОЙ С.Ю. «ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ». – М.: МГППУ, 2002.....	103
Н. В. Зверева РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ СМИРНОВОЙ Е.О. И ХОЛМОГОРОВОЙ В.М. «МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ. ДИАГНОСТИКА, ПРОБЛЕМЫ, КОРРЕКЦИЯ». – М.: ГУМАНИТАРНЫЙ ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР «ВЛАДОС», 2003.....	103

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ	105
---	-----

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ II МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» (Минск, 3-6 ноября 2003 г.).....	114
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ. ПРИКАЗ О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (16 сентября 2003 г. № 438).....	115

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

Т. Н. Кальманович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КОММЕРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ¹

Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

Исследование проблемы подростковой коммерческой деятельности (КД) и экономической социализации невозможно без анализа личностных особенностей подростков, участвующих в подобной деятельности, и выявления закономерностей влияния индивидуально-психологических характеристик на их деятельность и социализацию. С другой стороны, сама специфика КД предъявляет определенные требования к личностным качествам и адаптационным возможностям подростка, поскольку характер КД исходно связан с необходимостью активного поведения, проявления хороших коммуникативных навыков, активной направленности на партнера по взаимодействию, определенного характера взаимодействия с социальной и профессиональной средой, гибкой ориентировки в сложных нестабильных социальных ситуациях, готовности рисковать. Более того, в процессе «рыночной» социализации подросток не только подвергается воздействию внешних социальных влияний. Он сам активно действует, на своем уровне решает новые для него конкретные задачи, ставит перед собой новые цели, самостоятельно меняет модели собственного поведения и реагирования. В этом процессе формируются новые отношения к собственной деятельности и задачам, к путям достижения цели и успеха, к собственным результатам, новый уровень отношения к другим людям, с которыми приходится или сотрудничать, или конкурировать или на которых самому приходится оказывать активное влияние. Формируется новое отношение к себе. В этом процессе формируются некоторые новые качества личности, определяющие дальнейшую судьбу подростка.

Для нашего исследования личностные особенности подростков имеют не изолированное значение, а прежде всего важны тем, каким образом они вовлечены во взаимодействие с экономической деятельностью и какое значение данное взаимодействие имеет для процесса социализации. Мы предполагаем, что успешность экономической социализации подростка зависит не только от определенных знаний и навыков ведения коммерции, но во многом - от особенностей его личности, формирующейся в результате его экономической деятельности, от его отношений к данной деятельности, к значимому социальному окружению и к себе, а также от состояния психического здоровья, наличия или отсутствия психических расстройств. В данной части нашего исследования мы собираемся подробнее рассмотреть последний аспект - влияние наличия психической патологии на экономическую деятельность личности подросткового возраста.

Исследование осуществлялось на основе сравнения личностных особенностей двух групп подростков мужского пола в возрасте от 15 до 17 лет включительно, имеющих опыт КД. В исследовании принял участие 81 подросток. Основную группу (условно - «Больные») составили 47 подростков с психическими нарушениями пограничного уровня различной нозологической принадлежности, без выраженного снижения личности. У данных подростков были диагностированы следующие нозологические формы: психические расстройства резидуально-органической природы - 23 больных, патохарактерологические реакции и формирования личности - 6, психопатии - 4, шизофрения - 6, аффективные психозы - 6, психическое недоразвитие - 1, эпилепсия - 1 больной. Контрольную группу (условно - «Здоровые») составили 34 подростка, учащиеся выпускных классов с экономической специализацией средней общеобразовательной школы, никогда не обращавшиеся к врачу или психологу по поводу нервно-психического заболевания и не обнаружившие отклонений в поведении.

Для изучения особенностей личности подростков, занимающихся КД, и взаимодействия личностных особенностей подростков с характером их экономической деятельности в нашем исследовании была использована модификация Миннесотского многофазного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), созданного американскими психологами С. Р. Хатгуэем и Дж. Маккинли в 1941 году, - один из отечественных вариантов метода MMPI, а именно, методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), разработанная Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым в 1965-1967 годах. Этот вариант был адаптирован в нашей стране и стандартизирован на отечественной норме [1, 2, 4]. Авторами была предложена оригинальная интерпретация основных шкал методики, главным принципом которой была оценка профиля личности с точки зрения социальной адаптированности данной личности или нарушений ее адаптации в со-

¹ Первое сообщение.

циуме, с точки зрения взаимодействия личности с социальным миром и социальным окружением, с точки зрения отношения личности к социальному окружению и значимой деятельности. Методика широко используется в различных клинических и психологических исследованиях, при изучении больных, в том числе и в психиатрической практике, а также для выявления психологических особенностей здоровых людей [3, 5]. К настоящему времени накоплен большой опыт применения ММИЛ при исследовании личности в подростковом и раннем юношеском возрасте, который подтверждает валидность методики для этого возраста [4, 6].

Все сказанное и наши предположения о значимости личностных факторов в успешности экономической деятельности как подростков с пограничной психической патологией, так и здоровых, предопределили наш выбор данной ММИЛ для проверки гипотетического положения о связи личностных особенностей больных и здоровых подростков с успешностью или неуспешностью их КД и характером экономической социализации. Нами использовался брошюрный вариант данной методики, состоящий из 377 утвердительных высказываний, т. к. он позволял в некоторых случаях одновременно обследовать несколько человек и был не слишком затруднителен для использования больными подростками. Личностные различия по ММИЛ определяются степенью их выраженности по соответствующим шкалам выстраиваемого психологического индивидуального и группового профиля личности. Следует подчеркнуть, что при интерпретации профиля личности ориентируются не только на показатели по каждой из шкал, но главным образом на сочетание подъемов по тем или иным шкалам. Все полученные в ходе исследования профили были включены для проведения статистической обработки. Подсчет достоверности различий средних значений по каждой из шкал ММИЛ между сравниваемыми группами подростков и корреляционный анализ проводились с помощью компьютерной программы SPSS. Все расчеты проведены по «сырым» оценкам без применения шкалы К (коррекции).

В данной статье нами будут представлены результаты сравнительного анализа личностных особенностей подростков двух основных групп - психически больных и здоровых - с целью определения влияния на КД фактора психического заболевания. Сравнение двух групп подростков - психически больных и здоровых - крайне важно, так как необходимо знать психологические различия между этими основными группами и то влияние, которое оказывает фактор психического заболевания на личностные особенности подростков, занимающихся КД, тот фон болезни, на котором развивается деятельность больного подростка и процесс его социализации.

Результаты обследования по двум основным группам подростков представлены на рисунке 1.

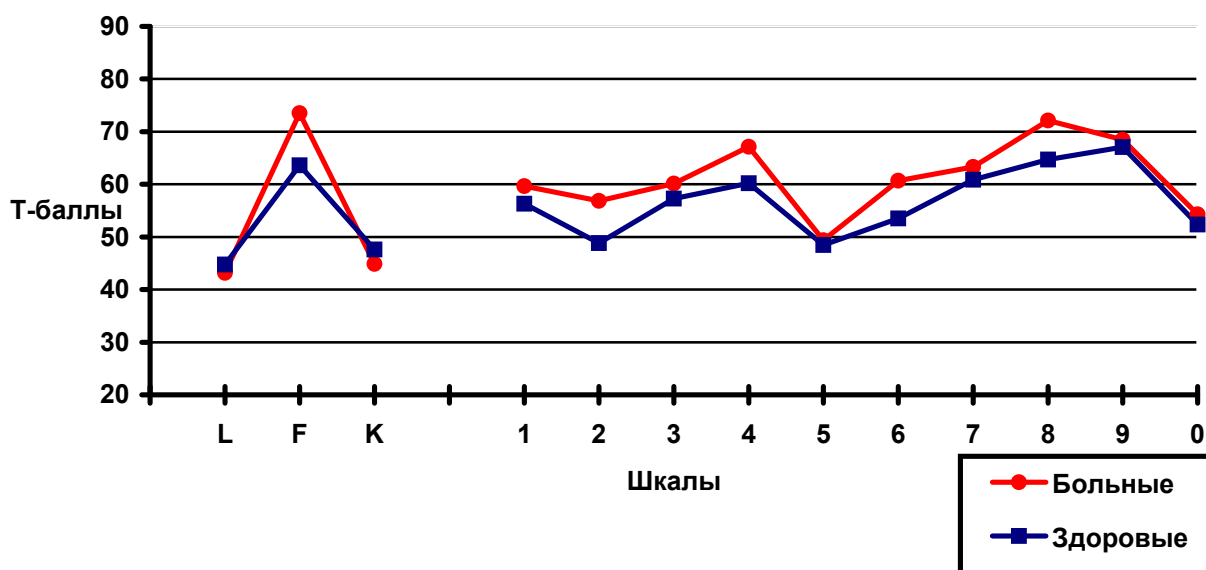


Рис. 1. Влияние фактора психического заболевания. Усредненные профили групп «Больные» и «Здоровые».

Группа «Здоровые» (последовательность выраженности показателей основных шкал усредненного профиля: 9-8-7-4-3-1-6-0-2-5). Усредненный профиль личности здоровых подростков расположен в пределах нормы и не выявляет нарушений адаптации. Профиль характеризуется сочетанием ведущего подъема на 9-й шкале, выраженных подъемов на 8-й и 7-й шкалах и наиболее низких показателей на 5-й, 2-й, 0-й и 6-й шкалах.

Профиль отражает такие личностные особенности здоровых подростков как оптимистичность, способность к высокому уровню активности, инициативность, непринужденность в общении, предприимчивость, способность к неординарным решениям проблем, что способствует хорошей социальной приспособляемости к различным переменам в жизни и деятельности, гибкой адаптации к окружению. Подростки этой группы не испытывают затруднений при необходимости перестройки жизненного стереотипа.

Обладают достаточно хорошо развитыми навыками общения, адекватны в своих эмоциях и поведении. Для них характерен повышенный эмоционально-позитивный фон настроения, стабильность и предсказуемость поведенческого реагирования. Данные подростки наиболее успешны в той деятельности, где требуется общение с людьми. Выражены черты, свойственные подростковому возрасту: стремление к самовыражению, независимости, самостоятельности, к расширению круга межличностных контактов, склонность к группированию со стремлением к самоутверждению и лидерству.

Кроме этого, данной группе свойствен несколько повышенный уровень тревожности, выражающийся в повышенном чувстве ответственности, более тщательном выборе вариантов решения проблемы, исключая возможность неудачи, в стремлении избежать неуспеха. Достаточно высока степень интериоризации социальных норм, активность проявляется в социально приемлемых пределах. Подростки этой группы упорны в достижении своей цели, но из-за возрастания тревоги перед возможностью неблагоприятного исхода они предпочитают ситуации устойчивые и предопределенные заранее.

Итак, профиль личности группы «Здоровые» свидетельствует о хороших адаптационных возможностях подростков данной группы, о возможности достижения успеха в деятельности, связанной с общением, и о предпочтении стабильных ситуаций из-за несколько повышенного уровня личностной тревожности.

Группа «Больные» (последовательность выраженности показателей основных шкал усредненного профиля: 8-9-4-7-6-3-1-2-0-5). Как видно на рис. 1 усредненный профиль группы «Больные» оказывается приподнятым над уровнем профиля группы «Здоровые». В большей степени это относится к шкалам F, 2-й, 4-й, 6-й и 8-й. По шкалам F, 2-й, 4-й и 6-й различия между группами оказались статистически значимыми, а по 8-й шкале - близки к достоверному уровню. Степень различия между двумя основными группами подростков представлена в табл. 1.

Повышение уровня профиля и повышение шкал F и 8-й более чем на 70 Т-баллов свидетельствуют, согласно принятым трактовкам методики, о нарушениях социальной адаптации. Более высокие оценки по некоторым шкалам, в сравнении с показателями группы «Здоровые», отражают у подростков группы «Больные» большую эмоциональную неустойчивость (шкала F, $p < 0.01$), тенденцию к тревожно-депрессивным переживаниям (2-я шкала, $p < 0.01$), недостаточную способность к интериоризации социальных норм, импульсивность поведения, снижение самоконтроля (4-я шкала, $p < 0.01$), проявления недостаточной гибкости поведения и большей агрессивности (6-я шкала, $p < 0.05$), личностное своеобразие и нарушения межличностных отношений (8-я шкала, $p < 0.055$), большую обеспокоенность состоянием собственного здоровья (1-я шкала, $p < 0.18$) - те тенденции, которые детерминируют затруднения конструктивной деятельности и социализации больных подростков.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика значений шкал ММИЛ между группами подростков, занимающихся КД.

Группы подростков	Шкалы												
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
«Здоровые» (n=34)	2,8	9,7	14,8	6,7	19,8	21,3	19,6	21,0	10,2	17,8	18,4	22,5	28,4
«Больные» (n=47)	2,4	12,6	13,8	8,3	23,1	22,6	22,9	21,4	12,2	20,0	22,8	23,3	29,8
Критерий Стьюдента	0,82	3,38**	1,04	1,37	2,62**	1,12	2,68**	0,43	2,09*	1,13	1,95	0,80	0,71

Примечание. Средние показатели даны в «сырых» баллах. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Показатели по шкалам L, K, 3-й, 5-й, 7-й, 9-й и 0-й у обеих групп практически одинаковы или имеют незначительные различия, т. е. больные подростки не отличаются от здоровых, что очень важно, уровнем собственной активности, уровнем межличностных взаимодействий, а также уровнем несколько повышенной личностной тревожности.

Усредненный профиль личности группы «Больные» характеризуется сочетанием ведущего подъема по 8-й шкале, вторым пиком на 4-й шкале, выраженным подъемом на 9-й шкале, повышением на 7-й шкале и наиболее низкими показателями на 5-й и 0-й шкалах. Согласно интерпретации данной методики, сочетания показателей по шкалам усредненного профиля группы «Больные» представляют следующий групповой портрет. Нарушения социальной адаптации подростков этой группы, в первую очередь, обуславливаются рядом особенностей, таких как избирательность социальной перцепции, своеобразие мышления, необычность системы взглядов и ценностной шкалы, неконформность суждений, установок и поведения, ориентировка на собственные внутренние критерии и снижение способности адекватного понимания окружающих людей и происходящих событий. Все это затрудняет взаимоотношения подростков с другими людьми, не дает возможность адекватно оценить и правильно соотнести себя и свое поведение с возникшей ситуацией, порождает тревогу и неудовлетворенность по поводу социальной идентификации и значимости собственной

личности, служит основой для амбивалентного или агрессивного отношения к людям. Недостаточна интериоризация социальных норм. Подростки весьма активны, деятельны. Им свойственны импульсивность, сниженный самоконтроль, тенденция непосредственно реализовать в поведении какую-либо собственную аффективно заряженную установку, стремление к конкуренции и соперничеству, склонность к риску и поиску возбуждающих, «ярких» ситуаций и сильных ощущений. Они отличаются довольно высоким уровнем притязаний, их честолюбие во многом мотивирует деятельность. Несмотря на трудности взаимоотношений с другими людьми, они имеют широкий круг контактов, но довольно формальных, без адекватного эмоционального содержания, который больше связан с реализацией определенной идеи или цели, осуществляемой в данном общении. Больные подростки в большей степени отличаются ригидными стереотипами поведения.

Особенности профиля группы «Больные» достоверно отличают его от профиля группы «Здоровые». Усредненный профиль группы «Больные» свидетельствует о сниженных адаптивных возможностях подростков, нарушениях их деятельности и социализации, детерминированных нервно-психическим заболеванием.

Можно констатировать, что профили личности групп «Больные» и «Здоровые» отражают различия социализации подростков данных групп, выявляют различия личностных возможностей и те личностные особенности, которые обуславливают успешность или неуспешность деятельности и социализации.

Сравнительный корреляционный анализ шкал ММИЛ между группами «Больные» и «Здоровые», а именно сравнительный анализ взаимосвязей свойств в личностных структурах больных и здоровых подростков позволяет вскрыть более глубокие различия, определяющие возможность успешности их деятельности и социализации, дополнить и уточнить сравнение профилей личности.

Сравнение корреляционных матриц обеих групп, показывает, что в группе «Больные» каждая из шкал имеет гораздо большее количество взаимосвязей с другими шкалами, чем в группе «Здоровые». Так, если в группе «Здоровые» имеется 28 корреляционных связей с уровнем значимости меньше 0.01, то в группе «Больные» таких связей насчитывается 40, соответственно связей с уровнем достоверности меньше 0.001 в группе «Здоровые» - 15, а в группе «Больные» - 25. Таким образом, вся система связей структуры личности в группе «Больные» представляет собой более интегрированный комплекс.

Выявляется также тенденция к усилению связей между шкалами в группе «Больные» по сравнению с группой «Здоровые». Усиление связей в группе «Больные» в различной степени касается почти всех шкал. Стоит выделить шкалу, связи которой в группе «Больные» изменились в наибольшей степени. Это - 9-я шкала, у которой в группе «Больные» появились значимые связи со шкалами F, 4-й, 6-й и 7-й, в то время как в группе «Здоровые» такие корреляции отсутствуют.

Таким образом, личностная структура группы подростков с наличием нервно-психического заболевания представляет собой систему более жестко интегрированных и детерминированных личностных свойств.

Рассмотрим в сравнении корреляционные связи отдельных шкал, наиболее ярко отражающие взаимосвязи свойств в личностных структурах групп больных и здоровых подростков. Учитываются только связи между отдельными признаками при уровне значимости меньше 0.01. При данном анализе учитываются также показатели шкал, т. к. корреляционная связь между аналогичными шкалами имеет разный смысл в зависимости от низких или высоких показателей по этим шкалам.

По шкале F, характеризующей общую эмоциональную стабильность-нестабильность, группа «Больные» отличается от группы «Здоровые» наличием значимых положительных корреляций со шкалами 4-й, 9-й и отрицательной связью со шкалой K. Это означает, что в группе «Больные» внутренняя неудовлетворенность ситуацией, фрустрационная напряженность сочетается с импульсивностью, сниженным самоконтролем, протестными реакциями, пренебрежением к социальным нормам и ценностям, высоким уровнем активности и неконформностью.

Шкала 1-я, отражающая озабоченность своим здоровьем, в группе «Больные» отличается появлением значимой связи с 0-й шкалой. В результате опасения за собственное состояние, за состояние своего здоровья, то есть фактор болезни оказываются сильно взаимосвязаны с возможностью расширения или ограничения социальных контактов у подростков этой группы.

2-я шкала в группе «Больные» отличается более сильной, чем в группе «Здоровые», корреляцией с 3-й шкалой. Сочетание подобных свойств дисгармонично, отражает связь выраженной тревожно-депрессивной тенденции, повышенного восприятия фрустрирующих событий и демонстративной тенденции, ориентации на повышенное внимание и поддержку окружающих. Сочетание 2-й и 4-й шкал в группе «Больные» при их повышенных показателях в профиле говорит о связи между затруднениями социальной адаптации, непосредственного выражения чувства протеста, враждебности и, одновременно, потребностью в более тесных взаимоотношениях с окружающими людьми.

Сильная корреляция между 6-й и 7-й шкалами в группе «Больные» при выраженных показателях в профиле по этим шкалам свидетельствует о наличии конфликтогенного комплекса повышенной агрессивности и тревожности, проявления которого затрудняют освоение социального опыта и нарушают процесс социализации.

7-я шкала в группе «Больные» характеризуется более сильными корреляциями со шкалами F и 0-й, то есть повышенный уровень личностной тревожности в этой группе тесно связан с эмоциональной нестабильностью, влияет на адаптацию в социальном окружении и может ограничивать деятельность, связанную с осуществлением широких контактов. О дисгармоничности личностных черт подростков данной группы свидетельствует сильная корреляция между 7-й и 3-й шкалами, указывающая на сочетание тревожности, ограничивающей поведение, с демонстративностью, потребностью быть в центре внимания. Эта дисгармоничность затрудняет эффективность механизмов социализации.

9-я шкала в группе «Здоровые» имеет связь только с 8-й шкалой. В группе «Больные», кроме этой связи, появляются сильные значимые связи со шкалами F, 4-й, 6-й, 7-й и становится значимой отрицательная связь 9-й шкалы и шкалы K, то есть стремление к напряженной и активной деятельности сочетается с большей эмоциональной реактивностью на препятствия и неудачи, с нарушением социальных норм и правил, отсутствием достаточной гибкости поведения, легко вспыхивающей агрессивностью, с большей тревожностью, с трудностями межличностных взаимоотношений и неконформностью, что опять же снижает возможности успешной деятельности и социализации.

0-я шкала в группе «Больные» по сравнению с группой «Здоровые» отличается усилением связей со 2-й, 7-й, 8-й шкалами и появлением значимых связей - положительной с 1-й шкалой и отрицательной со шкалой K, что свидетельствует о большей зависимости социальных контактов подростков из группы «Больные» от их состояния здоровья, от уровня актуальных тревожных переживаний и от более высокого уровня их личностной тревожности, от своеобразия собственных внутренних критериев, социальных установок, социальной перцепции, от более выраженных неконформных тенденций, что значительно затрудняет эффективность их социализации.

Итак, данные сравнительного корреляционного анализа выявляют следующее:

во-первых, у больных подростков по сравнению со здоровыми в целом выявляется больше достоверных корреляций между элементами личности, отражаемыми шкалами ММИЛ, то есть структура личности больных подростков обладает более жесткой системой связей, при которой изменение одной характеристики вызывает изменения многих других характеристик;

во-вторых, у больных подростков, в отличие от здоровых, связанными оказываются личностные характеристики, сочетание которых препятствует успешности конструктивной деятельности, конструктивному общению и позитивной социализации.

Таким образом, результаты сравнения личностных особенностей больных и здоровых подростков, занимающихся КД, с помощью методики ММИЛ выявляют наличие определенных структурных особенностей личности больных подростков, во многом зависящих от нервно-психического заболевания, которое снижает адаптационные возможности личности, обуславливающие успешность ее конструктивной деятельности, и вызывает нарушения социализации.

Полученные результаты подтверждают мнение о том, что психическое заболевание негативным образом влияет на личностные особенности подростка и тем самым ограничивает возможности его успешного функционирования и успешной социализации. Проведенный анализ позволяет резюмировать, что психическое здоровье есть важная составляющая эффективной социализации подростков, а наличие психического заболевания уже может свидетельствовать о нарушении социализации или снижении возможностей социализации, в том числе и экономической.

Следует добавить, что психическое заболевание и личностные особенности, затрудняющие социализацию больных подростков, не одинаковым образом проявляются в КД разных категорий больных подростков, и если для одних качества, характерные для профиля группы «Больные», показательны и даже выражены в более заостренной форме, то для других они обозначают только определенные тенденции. Данный аспект нами подробнее будет рассмотрен в дальнейшем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П. Русский модифицированный вариант теста ММРІ и его применение в психиатрической практике // Проблемы психоневрологии, М., 1969.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. М.: Медицина, 1976.
3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.
4. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994.
5. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
6. Кон И. С. Психология юношеского возраста. М.: Просвещение, 1979.

**СУИЦИДЫ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ:
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ И ПОПЫТКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**
Факультет психологии МГУ им. М. И. Ломоносова, НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Введение в проблему

Суициды рассматриваются двояко: как индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах, и как статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития страны и отдельных ее регионов [21, 29]. Уровень суицидов выше 20 на 100 тысяч населения считается критическим. По сообщениям некоторых авторов, количество самоубийств в нынешней России может достигать 50 на 100 тысяч населения против, к примеру, 10-12 на 100 тысяч в США [12]. В современной западной психологической и социологической традиции суицидология – прежде всего практическая, прикладная отрасль знания. Такой ее ориентацией определяется построение многих исследований, касающихся в том числе проблем детской суицидологии, носящих нередко чисто информативный, анкетно-статистический характер. Авторы, как правило, ищут не детерминанты, а корреляты суицидального поведения. Выделенные факторы с помощью уже существующих, или вновь создаваемых тестов и опросников можно относительно легко количественно проанализировать и провести корреляцию с суицидальным поведением. Имеется богатый опыт такого рода исследований в разных странах. [8, 13, 16, 17, 18].

Решением как практических, так и общих теоретических проблем суицидологии долгое время в нашей стране занимался научный коллектив под руководством А. Г. Амбрумовой. Была выдвинута концепция, согласно которой суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дизадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта [4]. Концепция основана на анализе значительного по объему фактического материала, собранного в течение ряда лет по России и г. Москве, включает следующие принципиальные положения.

1. Суицидальное поведение - один из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях, включает весь спектр индивидуальных вариаций - от безусловной психической нормы до выраженной патологии.

2. Суициденты всегда имеют объективные и субъективные признаки социально-психологической дизадаптации личности, внутренний или внешний конфликт независимо от наличия психической патологии.

3. Суицид во всех диагностических категориях есть результат личностной переработки конфликтной ситуации, обладающей для суицидента характером реальности и непереносимости.

Принципиально важно, что суицид - акт деятельности, поведения, одна из сложившихся его форм, имеющая свои основы. Следуя представлениям А. Г. Амбрумовой, изучающий суицид специалист имеет дело с закономерностями адаптации человека в постоянно функционирующей системе «человек-среда» с учетом психосоциальных процессов взаимодействия. А. Г. Амбрумова свела все мотивировки, данные в качестве причин, приведших к суицидальной попытке, к следующим: потеря значимого близкого человека; утрата привычного социального статуса; профессиональный провал и непереносимость болезненных эмоций (и связанных с психическим заболеванием, и переживаемых практически здоровыми людьми – т. к. у здоровых людей пороги толерантности к стрессу различны) [4, 6]. В основе выдвигаемых мотивов суицидальной деятельности лежат отрицательно окрашенные переживания: обида, отчаяние, страх, протест с потребностью осуществления мести, растерянность с призывом о помощи, чувство вины или стыда. Не являясь чем-то уникальным в обычной человеческой жизни, эти эмоции крайне редко приводят к суицидальному действию. Появление суицидального акта в результате подобного переживания связано с наличием особого условия - угрожаемого звена в ряду механизмов психической деятельности, которое обнаруживается при анализе структуры и механизмов адаптации у различных лиц.

Структуры личности суицидентов различаются по степени вероятности искажения форм реагирования и появления суицидальной реакции. С этой точки зрения, суициденты и лица, имеющие суицидальные тенденции, как бы выстраиваются в один непрерывный ряд, один полюс которого занимают психически больные с выраженными патологическими отклонениями и нарушениями, а другой - акцентуированные личности, лица с особенностями процесса развития или особой структурой биографии, лица со спецификой процесса и типа социализации и т. д. У первых суицидальные действия провоцируются патологией в виде нарушений мышления и восприятия, патологией эмоциональной сферы и сферы влечений. У здоровых лиц центр тяжести перемещается в сферу социально-средовых влияний, представляющих собой сверхсильные нагрузки.

При всем разнообразии провоцирующих суицид моментов, А. Г. Амбрумова выделяет следующие условия:

- 1) Сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам.
- 2) Своеобразие интеллекта (в одних случаях это постоянное свойство психики, в других – оно появляется в периоды особого состояния).
- 3) Неблагополучие, неполноценность коммуникативных, контактных систем.
- 4) Неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или повышенная) самооценка.
- 5) Слабость личностной психологической защиты.
- 6) Снижение или утрата ценности жизни.

Сочетание этих элементов, приводящее к снижению и потере адаптации, называют суицидогенными комплексами. Прежде всего они связаны с потерей активности протекания какого-либо из психических процессов, т. е. в основе повышения вероятности появления суицидогенного комплекса (и суицидального акта) чаще лежит дезэнергизация, а не гиперэнергизация адаптационных процессов [4, 6, 27]. Поиск детерминант суицидального поведения предполагает обращение к анализу личности суицидента, и тех условий, в которых она формируется.

Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения

К несчастью, проблема суицидов имеет возрастную специфику и статистику. По данным ВОЗ, за последние 15 лет число самоубийств среди самых молодых увеличилось в 2 раза, занимая вторую причину смертности во многих европейских странах. В Москве ежегодно происходят 600-700 суицидных попыток среди детей до 12 лет и еще больше – среди подростков [21].

Сравнительно-возрастной аспект дает возможность определить истоки суицидальной направленности личности, выявить закономерные и случайные факторы в механизмах развития суицидальных тенденций, уточнить клинические признаки пресуицидальных состояний. Все это существенно значимо для практической суицидологии. Считается, что суицидом личность стремится изменить свои обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», проявлять черты патологического упрямства в преследовании своей цели любой ценой. Нередко это акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию [28].

Возрастные закономерности вносят смысловые поправки в терминологический аппарат суицидологии. Суицид, согласно определениям Э. Дюркгейма (1897), А. Г. Амбрумовой (1975), С. В. Бородина и А. С. Михлина (1979) есть действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни. Однако, само понятие смерти как категории, обозначающей конец жизни, окончательно формируется лишь у зрелой личности. Для суицидентов детско-подросткового возраста характерны стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть, надежда на «второе рождение» [14]. При осуществлении суицидальных действий самопроизвольная смерть не планируется детьми и подростками с такой определенностью, как взрослыми, однако неправильно относить суицидальные попытки детей и подростков только к демонстративным действиям [14]. У детей и у взрослых общей причиной суицида является социально-психологическая дизадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Для детей это чаще всего не тотальные нарушения (крах смысла жизни, профессиональный провал), а нарушения общения с близкими, с семьей.

Детский суицид отличается от взрослого. Практически нет самоубийц до 5-летнего возраста. В возрасте до 19 лет процент умерших от суицида составляет 4% от других возрастных групп суицидентов. Однако у подростков и в юношестве много так называемых парасуицидальных тенденций: фиксация на темах смерти, страх и любопытство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные попытки. Действия подростков направляются не на самоуничтожение, но на восстановление нарушенных социальных отношений [21].

Значение термина «суицидальная попытка» в детско-подростковом возрасте значительно шире, чем в практике взрослых. Имеются данные, согласно которым по способу осуществления суицидальной попытки у взрослых можно судить об их намерениях, разграничить истинные суицидальные акты от демонстративных имитаций суицида и членовредительства. Дети и подростки, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность повышают и возрастные особенности биологической реактивности организма на интоксикацию, травматические повреждения, асфиксию и другие последствия суицидальной попытки [20].

Особенности подросткового возраста и условия развития суицидального поведения

Детство и отрочество - периоды интенсивного биопсихосоциального развития. Возрастная динамичность, пронизывая все формы существования, влияет и на картину каждого этапа развития суицидального акта. В отличие от взрослых, у детей и подростков картина пресуицидального состояния не имеет монолитного, единого признака. Мозаичность, вариабельность, лабильность пресуицидального статуса соз-

дает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства.

Чувство взрослости - существенное новообразование подросткового возраста, по Л. С. Выготскому, - во многом противоречиво [15]. Поиск самоопределения, переход к взрослости провоцируют детскую неустойчивость, обостряют имеющиеся акцентуации характера. Претензии на взрослость вступают в острое противоречие с малым жизненным опытом и наивностью подростка. В результате повышенной реактивности, несбалансированности личности, даже не слишком трудные – по взрослым меркам – проблемы могут вызывать суицидальные настроения и поступки. Одна из главных особенностей подросткового возраста – смена значимых лиц и перестройка взаимоотношений со взрослыми. Подростки оказываются где-то между миром детским и взрослым, эта промежуточность положения определяет многие свойства их психологии. [25].

Подростковый возраст традиционно рассматривается как период отчуждения от взрослых, однако отношения со взрослыми в этом возрасте двойственны: наряду с ярко выраженным стремлением психологически отделиться от родителей, отстоять свою самостоятельность и независимость, наблюдается желание получения от взрослых поддержки, помощи, защиты одобрения. [25]. Важной потребностью переходного возраста становится потребность в освобождении от контроля и опеки родителей, учителей, старших вообще, а также от установленных ими правил и порядков [25]. Родительская семья как первичная ячейка общества остается самым важным и влиятельным из факторов социализации, рассматриваемых по отдельности. Ее влияние ребенок испытывает раньше всего, когда он наиболее восприимчив. Семейные условия в значительной мере предопределяют жизненный путь ребенка. Родительское воспитание, вся внутрисемейная атмосфера воздействует на ребенка, эффект этого воздействия накапливается с возрастом, преломляясь в структуре личности. Значительное влияние на личность подростка оказывает стиль его взаимоотношений с родителями, который отчасти обусловлен их социальным положением [24].

Выделяют спектр относительно автономных психологических механизмов родительского влияния на детей: подкрепление (родители внедряют в сознание ребенка определенную систему норм через поощрение правильного поведения); идентификация (ребенок подражает родителям, ориентируется на их пример, старается стать похожим на них); понимание (родители, чутко отзываясь на проблемы ребенка, формируют его самосознание и коммуникативные качества) [25]. Семейная социализация не сводится только к «парному» взаимодействию ребенка с родителями. Важно отметить, что конкретные свойства личности ребенка в принципе не выводимы ни из свойств родителей, ни из отдельно взятых методов воспитания [7]. Важными являются эмоциональный тон семейных взаимоотношений и преобладающий в семье тип контроля и дисциплины. Эмоциональный тон отношений между родителями и детьми психологи представляют в виде шкалы, на одном полюсе которой стоят максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения (родительская любовь), а на другом – далекие, холодные и враждебные. В первом случае основными средствами воспитания являются внимание и поощрение, во втором – строгость и наказание. Множество исследований доказывает преимущество первого подхода. Ребенок, лишенный сильных и недвусмысленных доказательств родительской любви, имеет меньше шансов на высокое самоуважение, теплые и дружественные отношения с другими людьми и устойчивый положительный образ «Я» [16].

Изучение юношей и взрослых с различными проблемами показывает, что малое родительское внимание и тепло в детстве приводит нередко к психофизиологическими и психосоматическими нарушениями, невротическими расстройствами, трудностями в общении, умственной деятельности или учебе. Недоброжелательность или невнимание со стороны родителей вызывают неосознанную взаимную враждебность у детей, которая может проявляться как явно, по отношению к самим родителям, так и скрытно. Направление агрессии внутрь вызывает низкое самоуважение, чувства вины, тревоги и может привести к суицидальному поведению [26]. В механизмах развития суицидального поведения огромную роль играют условия, в которых возникают суицидальные тенденции. Для детей и подростков наиболее значимым фактором является их семья, не обеспечивающая, по тем или иным причинам, равновесия, предохраняющего ребенка от суицида. Роль семьи для лиц детско-подросткового возраста более существенна и многогранна, чем для зрелой личности. Семья не просто фактор окружения подростка и ребенка, а среда, направляющая и питающая духовно-социальную жизнь ребенка [20]. По некоторым данным, до 92% суицидов у детей и подростков прямо или косвенно связаны с неблагополучием в семье (Д. Узан, 1971).

Л. Я. Жезлова – один из признанных авторитетов в отечественной детской суицидологии - проводила исследование семей суицидентов детско-подросткового возраста, изучив в комплексе совокупность социально-экономических, структурных, психологических характеристик семьи; состояние психического здоровья и особенности характера родителей. Главное внимание уделялось содержательной стороне внутрисемейного микроклимата. Результаты сопоставлялись с клинико-психологическими данными, касающимися детей-суицидентов. Основной вывод: формальные характеристики семей не могут раскрыть механизма развития суицидальности у детей [20].

Рассмотрим более подробно данные Л. Я. Жезловой. Лишь 18% родителей не имело каких-либо акцентуаций характера или психической патологии. Практически в каждой семье либо один, либо оба роди-

теля, в силу характерологических особенностей или заболевания, не могли оптимально для ребенка осуществлять процессы воспитания. Преобладающими характерологическими признаками у 67% родителей были черты гиперсоциальности с ригидными установками или тенденциями к непререкаемой авторитарности с переоценкой собственной личности. У 15% родителей выявлены психопатии и психические заболевания: шизофрения, хронический алкоголизм. При исследовании детей из этих семей в 21% случаев им поставлен диагноз шизофрения. В 47% случаев имелись резидуально-органические расстройства (от выраженных форм с разнообразными проявлениями психоорганического синдрома до вполне компенсированных, близких к норме состояний). В 32% наблюдений в анамнезе и перед совершением суицидальной попытки имели место разнообразные невротические реакции. По результатам изучения взаимоотношений родителей и между родителями и детьми, только в 21% наблюдений можно было говорить в целом о гармоничной семье, когда конфликтные отношения сложились только перед суицидом. В остальных случаях нарушения межличностных отношений отмечались задолго (от 1 до 5 лет) до совершения детьми суицидальной попытки. Наиболее типичными были такие формы взаимоотношений, когда оба родителя одновременно оказывались в оппозиции к ребенку. В системе наказаний у 51% семей преобладало лишение удовольствий, у 23% - физическое воздействие. Поощрение в 83% семей осуществлялось выдачей денег и дорогих подарков и лишь в 17% - словесными поощрениями. Показано, что в «суицидальных» семьях, наряду с хорошими материальными условиями и достаточно высоким образовательным уровнем родителей, имеются причины, объясняющие дисгармонию воспитания: характерологические особенности родителей, психические отклонения у них и у детей приводят к осложнениям во взаимоотношениях. Отмечалось отсутствие единой линии воспитания с чередованием морально-унижающих наказаний и материальной формой поощрения. Установлено, что 83% родителей не осведомлены об особенностях течения пубертатного периода, не готовили своих детей к этому, никогда не обсуждали с ними проблем, касающихся взаимоотношения полов, формально интересовались внутренней жизнью детей, в процессе воспитания главную ставку делали на социальную престижность. 77% родителей не подозревали, что их ребенок близок к совершению самоубийства. В каждом наблюдении суицидальной попытки предшествовали конфликты в семье. При этом для лиц допубертатного периода наиболее значимыми оказались острые конфликты, а для подростков систематически повторяющиеся, перерастающие в пролонгированную психотравмирующую ситуацию [20].

Таким образом, можно говорить о типично-возрастных особенностях проявлений суицидальности у детей и подростков. Выявляемость суицидоопасного контингента и другие аспекты лечебно-профилактической работы с детьми и подростками должны решаться иными путями, чем в старших возрастных группах. Психопатологические расстройства в периоде детства и подростничества можно рассматривать как одну из возрастных особенностей суицидального феномена

Проблема семейной диагностики суицидального поведения детей и подростков

Семье принадлежит значительная роль в жизнедеятельности человека, в усвоении им социокультурных норм и моделей поведения. Изучение семейного окружения является одним из необходимых условий для понимания причин, формирующих суицидальное поведение. Влияние семьи представляет собой один из элементов сложного взаимодействия, и роль этого элемента в механизме образования суицидальных тенденций достаточно велика. Главная трудность состоит в выявлении того, что именно в семье связано с появлением у индивида суицидальных намерений, другими словами, в определении объекта семейной диагностики [20]. Под семейной диагностикой понимается обычно выявление супружеских или семейных нарушений, «патогенных семейных отношений», определение симптомов «больной семьи». Попытки теоретического осмысления этих понятий носят описательный, феноменологический характер и редко выходят за пределы метафоры или здравого смысла. О каких нарушениях идет речь, какого рода отношения в семье следует приписать патогенным, а в интересующих нас случаях - суицидогенным характер?

К семейным нарушениям относят частые ссоры, супружеские измены, сексуальные дисгармонии, эмоциональную холодность или проявление агрессивности в межличностных отношениях, наличие в семье алкоголиков, наркоманов, лиц с асоциальным поведением. В качестве семейной патологии указывают на аномалии в структуре семьи: бездетность на определенных этапах брака, отсутствие в семье брачной пары. Аномальным семьям противопоставляют «здоровые», «благополучные», или «нормальные» семьи, в которых нет указанных или подобных нарушений и которые, следовательно, не должны оказывать патогенного воздействия на своих членов [20].

Суицидологическая практика показывает, что само по себе наличие в семье указанных аномалий не может служить достаточным основанием для отнесения данной конкретной семьи в разряд суицидоопасных. Семьи без видимых признаков аномалий также не дают гарантии, что у их членов не возникнут суицидальные тенденции. «Благополучные» семьи иногда оказываются таковыми лишь при поверхностном наблюдении: они могут содержать в себе латентные суицидогенные факторы, которые трудно распознать на фоне внешнего благополучия семьи [20].

В психологии активно развивается учение о психической травме. Под психической травмой понимаются тяжелые индивидуальные психические переживания, играющие значительную или основную роль в этиопатогенезе, клинике и течении нервно-психических заболеваний. Семья может вызывать нарушение психического здоровья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. Психическая травма – это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздействий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения семьи вызывают психическую травму: развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое развитие индивида–члена семьи. Семья – не единственный источник патогенных ситуаций, но она может активно участвовать в процессе травматизации, определяя степень чувствительности индивида, его способность к противостоянию и выбор способа преодоления психогенной ситуации. Когда семья является основным источником травмирующего переживания, она одновременно и вызывает это переживание, и, в силу своих особенностей, определяет чувствительность к травме и вид реагирования на нее.

Таким образом, для исследования проблемы суицидального поведения, поиска его детерминант (не только коррелируют этого феномена), необходимо решение комплекса вопросов, включающих анализ личности, семейную ситуацию развития и жизни ребенка как интегративного целого.

Отдел по изучению психозов детского и подросткового возраста НЦ психического здоровья РАМН (руководитель – И. А. Козлова) предпринимает первые попытки в решении этих сложнейших задач. Предпринята попытка проведения суммарной оценки значимости «внешних» и «внутренних» факторов в генезе суицидального поведения при разнообразных формах патологии: от выраженных психозов до кратковременных транзиторных расстройств.

Клинико-психологическое изучение случаев суицидального поведения подростков, находящихся на стационарном лечении², показывает, что во всех наблюдениях нет выхода за рамки микросоциального конфликта, но долевое участие «внешних» и «внутренних» условий в ряду причинных факторов суицида неоднозначно. Выделены крайние варианты таких взаимоотношений. С одной стороны - это случаи остро формирующейся ситуационной реакции, когда причина суицидального поведения определяется прежде всего «внешней» ситуацией. С другой - когда причины суицида целиком определяются содержанием психопатологических расстройств, а субъективные мотивы представляют не что иное, как бредовые интерпретации.

Для выяснения эмоционально-личностных особенностей подростков и причин, влияющих на формирование у них суицидального поведения, проводился анализ семейных ситуаций. Использовались методы клинической беседы, составления генограмм на основании работы с родителями, а также метод экспериментально-психологического исследования подростков. Было установлено, что есть семьи, которые являются хроническим источником травмирующих переживаний для подростка. Рассмотрим несколько клинических примеров - историй болезни, дополненных материалами специального психологического обследования семьи.

Случай 1. Вика О., 16 лет. Родители - хронические алкоголики. В течении всей жизни девочка подвергалась унижению и физическим наказаниям со стороны родителей. Когда ей было пять лет, отец у нее на глазах убил собаку. В 16 лет Вика ушла из семьи, пользуясь поддержкой со стороны бабушки, и жила одна у нее на квартире, готовилась к поступлению в институт. Но родителям не нравились ее друзья, и ими была предложена альтернатива - либо жить с семьей, либо общаться с друзьями. Все это происходило в виде скандала, отец грубо разговаривал с подростком, обещал «раскроить рожу». Девочка, которая и раньше с трудом переносила семейную обстановку, почувствовав всю безысходность сложившейся ситуации, сказала «я вам всем покажу», обещала выпрыгнуть с девятого этажа. Через три дня попала в реанимацию, рассказала врачам, что принимала ртуть (разбила 5 градусников для этого) и ела толченое стекло.

Случай 2. Сергей Ш. 13 лет. Родители более десяти лет находятся в конфликте из-за измены мужа. Мать Сергея все эти годы пыталась сохранять семью, «чтобы у сына был отец», но ссоры между супругами стали учащаться, часто это происходило на фоне употребления ими алкоголя. Ребенок был свидетелем этих сцен. Три года назад родители развелись, поняв, что не могут создать хорошие условия для ребенка. Отец часто навещает сына. У Сергея нет друзей, по словам мамы, «дружить не с кем», вокруг «асфальтовые дети». Последнее время у мальчика пропал интерес к учебе, снизилось настроение. Обратились к частному психиатру, который сказал: «У вас ленивый ребенок, вы его редко наказываете». В этот же вечер мама наказала мальчика: без всяких оснований отобрала купленную накануне игру, на которую Сережа долгое время копил деньги. Через несколько дней, пока мать была на работе, он решил отравиться: выпил пузырек валокордина, а в двери оставил записку: «Папа, что же ты сделал, это ты во всем виноват!».

Обстоятельства, отличающие семейную ситуацию в приведенных выше и других проанализированных случаях позволяют выделить общий радикал – родители не считаются с интересами ребенка, а дей-

² Работа проводилась совместно с научным сотрудником отдела А. В. Куликовым в детском клиническом отделении (зав. – Т. К. Елисеева) НЦ психического здоровья РАМН.

ствуют по отношению к нему исходя из собственных интересов, побуждений и установок. Таким образом, можно говорить о дисфункции семьи, которая не обеспечивает потребность в принятии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. При нарушении эмоциональной функции семьи подростки лишаются возможности обеспечения эмоциональной стабилизации, совладания со своим аффективным состоянием.

Приведем иллюстрацию другого типа, когда причины суицида целиком определяются содержанием психопатологических расстройств подростка.

Случай 3. Катя Г., 15 лет, страдает гебефренической шизофренией. Девочка живет с приемной матерью, которая усыновила ее в возрасте 6 месяцев. Физиологической матери было 14 лет, она отказалась от ребенка еще в роддоме, никаких других данных о ней нет. В этом случае суицидальное поведение проявляется как патологическое влечение. Находясь в состоянии аффекта, Катя бросалась на мать, потом пыталась воткнуть нож себе в сердце. Несмотря на то что на улице ее всегда сопровождает мать, она пыталась вырваться от нее, совершала попытки броситься под транспорт.

Приведенные иллюстрации убеждают в том, что необходимо различать случаи влияния внешних факторов, таких как стрессовая ситуация в семье, и случаи проявления суицидального поведения в рамках грубой психической патологии.

Исследование включало материалы экспериментальной работы (имелась контрольная группа здоровых подростков). В экспериментальный блок входили рисуночные пробы, тест Розенцвейга, незаконченные предложения, клиническое интервью с детьми и родителями [22, 24].

Полученные комплексные данные по блиц-оценке материалов «незаконченных предложений» показывают, что исследуемые подростки-суициденты с негрубыми психическими нарушениями более чем в шесть раз чаще, по сравнению с контрольной группой, пребывают в состоянии длительно существующих конфликтных отношений в семье (чувствуют себя: «...лишним...», «...всем должен...», «...относятся, как к ребенку...» и т. п.). Существенным является то, что непринятие себя как целостной личности либо негативное отношение к себе отмечаются (как подтверждает анализ рисунков) у большей части исследуемых суицидентов, тогда как для здоровых подростков это характерно в меньшей степени.

Наиболее информативные данные были получены при использовании методики Розенцвейга. В ситуации фрустрации подростки-суициденты с психическими отклонениями, по сравнению с контрольной группой, реже вступают в конфликт, используют примитивные защитные механизмы (избегание, отрицание, аннулирование конфликта). По нашим данным, имелись различия между группой подростков-суицидентов и их здоровых сверстников в преобладающей направленности реакции: подростки с суицидальным поведением в конфликтной ситуации проявляют экстрапунитивные и интропунитивные реакции реже (соответственно 46% и 23%), чем в контрольной группе (соответственно 61% и 38%), а импунитивные реакции встречались только у подростков-суицидентов (30%). Накопление негативных эмоций ведет к перенапряжению, когнитивному «зацикливанию» на конфликтной ситуации. Также различался и тип реакции в сопоставляемых группах подростков. Реакция «фиксация на препятствии» у подростков-суицидентов отмечается почти в 3 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Средний уровень коэфициента адаптации суицидентов в 1,5 раза ниже по сравнению с контрольной группой. Все это говорит о том, что подростки с суицидальным поведением менее устойчивы в условиях конфликта.

Обобщая результаты начатого исследования, отметим, что суицидальное поведение в подростковом возрасте имеет много общего с аналогичным поведением у взрослых и несет в себе известное возрастное своеобразие. Оно обусловлено не только спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и личности, но и наличием микросоциальных конфликтов в периоде социально-психологического становления. На формирование суицидального поведения оказывают влияние три фактора: психофизиологические особенности подросткового возраста, психические отклонения и конфликтные отношения в семье.

Несмотря на малочисленность выборки можно сделать вывод о том, что у подростков-суицидентов с психическими отклонениями уровень социальной адаптации снижен по сравнению с обычными подростками. Семья, а точнее нарушение семейных взаимоотношений, существенно влияет на формирование суицидального поведения. Степень непереносимости этой ситуации определяется эмоционально-личностными особенностями суицидента. Дает о себе знать возрастная специфика контингента испытуемых: среди исследуемых случаев были причины попытки самоубийства, которые взрослому человеку трудно отнести к обоснованным, но для подростка они были весьма существенны.

Поскольку исследовались подростки, находящиеся в психиатрической клинике на стационарном лечении, необходимо уточнить, что на снижение адаптации оказывают влияние два фактора: конфликтная семейная ситуация и психические нарушения. Степень влияния каждого из этих факторов на суицидальное поведение будет являться задачей дальнейших исследований. Следует также искать пути дифференциации случаев суицидального поведения как проявления патологического влечения в рамках грубой

психической патологии от суицидальных тенденций, возникающих вследствие переживаний в условиях хронического микросоциального конфликта. Для этого необходимо изучать проявления суицидального поведения в случаях, когда психопатологические явления не обнаружены.

Результаты проведенного анализа состояния вопроса в литературе, а также материалы собственного исследования подтверждают, что значимым и востребованным в суицидологической практике подростков является не только диагностическое и психофармакологическое обеспечение, но психологическое сопровождение, способное установить и скорректировать эмоциональный дефицит у развивающейся личности с психическими отклонениями, нормализовать семейную ситуацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин В. А. Психология детей и подростков. – СПб.: Изд-во Михайлова В. А., 1998. – 379 с.
2. Альманах психологических тестов. – М.: КСП, 1995. – 400 с.
3. Амбрумова А. Г. Возрастные аспекты суицидального поведения. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии / Труды МНИИ психиатрии. – М., 1989. – С. 8-24.
4. Амбрумова А. Г. Социальная дезадаптация и суицид (теоретические и практические аспекты). / Сборник трудов научн.-исслед. ин-та психиатрии им. Асатиани, 1974, Т. 19-20. – С. 47-49.
5. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. О некоторых формах девиантного поведения у подростков / Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. М, 1973. – С. 211–215.
6. Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков / Возрастная психология. Хрестоматия. – М.: Академия, 2001. – С. 445-449.
7. Байярд Р. Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток. Практическое руководство для отчаявшихся родителей / Пер. с англ. А. Б. Орлова. – М.: Просвещение, 1991. – 224 с.
8. Безменов П. В. Депрессия и суицид. Реферативный обзор // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2003 (3), № 2. – С. 85-87.
9. Бердяев Н. А. О самоубийстве (психологический этюд) // Психол. Журнал. – Т.13. – № 1. – С. 90-94; № 2. – С. 96–106.
10. Бодалев А. А. О взаимосвязи общения и отношения // Вопросы психологии. – 1994 – № 1. – С. 122-126.
11. Бодалев А. А. Психология межличностных отношений // Вопросы психологии. – 1993. – № 2. – С. 86-91.
12. Вишневская О. А. Опыт оказания комплексной медицинской помощи больным, совершившим суицидальные попытки / Психическое здоровье. -СПб, 2000. - С. 169-171.
13. Волкова А. Н. Психолого-педагогическая поддержка детей-суицидентов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998. – № 2. – С. 36-43.
14. Вроно Е. М. Диагностика суицидального поведения при различных вариантах депрессий у детей и подростков / Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 80-89.
15. Выготский Л. С. Проблема возраста // Собр. соч. в 6 томах. – Т.4. – М.: Педагогика, 1984. – 469 с.
16. Гаврилова Г. А. Новые исследования особенностей подросткового и юношеского возраста // Вопросы психологии. – 1984. – № 1. – С. 152-157.
17. Глинский Я. И., Смолинский Л. Г. Социодинамика самоубийств // Социологические исследования. – 1988. – №5. – С. 57-64.
18. Горская М. В. Диагностика суицидального поведения подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1994. – № 1. – С. 44-52.
19. Драгунова Т. В. О некоторых психологических особенностях подростка / Вопросы психологии личности школьника. – М., 1961. – С. 121-169.
20. Жезлова Л. Я. К вопросу о самоубийстве детей и подростков / Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – С. 93-105.
21. Зиновьев С. В. Суицид. Попытка системного анализа. – СПб: Сотив, 2002. – 135 с.
22. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – М., 1985. – 335 с.
23. Проективная психология / Пер. с англ. – М., 2000. – С. 171- 238.
24. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. – Самара: БАХРАХ – М., 2001. – 672 с.
25. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
26. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Под ред. Д. И. Фельдштейна. – М.–Воронеж, 1996. – 96 с.
27. Тихоненко В. А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Рос. психiatr. журнал – 1998. – № 3.
28. Эдвин С. Шнейдман. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
29. Юнацкевич П. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии. – СПб.: Сев-Зап. Рег. МЛДЦ, 1999. – 338 с.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА ВЛИЯНИЯ ДЕПРИВАЦИИ НА ПСИХОЛОГО-КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС РЕБЕНКА

Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1 (Краснодар).

Специалисты различных областей и прежде всего детские психиатры и психологи, занимающиеся проблемой сирот, сходятся во мнении, что депривация оказывает мощный эффект на развитие и адаптацию ребенка. Но до сих пор еще не произведена количественная оценка этого влияния и не проведено сравнительное изучение детей, испытывающих депривацию, которое могло бы быть положено в основу дифференцированных мероприятий по реабилитации.

Данная работа содержит обоснованный ответ на оба вопроса. Во-первых, оценена мера различия детей, воспитывающихся в семье, и детей-сирот. Во-вторых, выявлена гетерогенность сирот по комплексу признаков различных категорий (когнитивных способностей, клинического и социального статуса).

Материал получен в результате комплексного обследования детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, воспитывающихся в семье («родительских» детей). Группа сирот составлена из детей двух детских домов (ст. Отрадная - 15 человек; г. Новороссийск - 20 человек). Все дети имели диагноз задержки психического развития. Как правило, она сочеталась с нарушениями экспрессивной речи различной степени. 20 «родительских» детей с диагнозом задержки психического развития с расстройствами экспрессивной речи обследованы в детском саду г. Краснодара. Ниже в тексте работы две эти группы называются, соответственно, «опытной» и «контрольной».

В список учитываемых признаков вошли следующие категории характеристик: социально-анамнестический блок (13 признаков); познавательные психические процессы, речевые функции и особенности личности (60 признаков); медицинский блок (25 признаков); эмоциональные расстройства и расстройства поведения (25 признаков). Список признаков по указанным категориям традиционен, и только социально-анамнестический блок заслуживает расшифровки как отражающий наиболее важный, с нашей точки зрения, подход к проблеме. В эту категорию вошли: диагноз, пол ребенка, возраст на момент обследования, наличие отца и матери, наличие психического заболевания у отца или матери, социальная характеристика обоих родителей, наличие сибсов, структура семьи, возраст, с которого ребенок остался сиротой, и причина поступления в детский дом.

Круг использованных статистических методов определился, во-первых, ориентацией на системный анализ проблемы, когда каждый из признаков рассматривается как элемент системы, которая может быть названа «психолого-клинико-социальный портретом» ребенка; во-вторых, - спецификой шкалы измерения учтенных признаков, которая относится к категории так называемых номинальных. Последнее обстоятельство потребовало как специальных методов учета системы связи признаков (корреляционной структуры), так и необходимости преобразования этих альтернативных признаков в количественные, позволяющие адекватное сравнение как опытной и контрольной групп, так и подгрупп, выявленных среди сиротского контингента. В связи с этим, в число использованных статистических методов вошли: многомерное шкалирование, кластерный анализ методом Уорда [2], дисперсионный анализ, а также анализ так называемых двумерных распределений, позволяющий оценить силу корреляции признаков, выраженных в номинальной шкале. Для получения матрицы расстояний между объектами (детьми) с учетом номинальности шкалы измерения признаков использована статистика percent disagreement (процент несоответствия).

Анализ данных начат с сопоставления опытной и контрольной групп численностью 35 и 20 детей соответственно по всему комплексу учтенных признаков. В их взаимной связи мы были изначально убеждены, но специально исследовали вопрос об их корреляционной структуре.

Использование многомерного шкалирования позволило перейти из неметрического пространства комплекса признаков, измеряемых в номинальной шкале, в ортогональное метрическое пространство их линейных комбинаций, называемых «измерениями». Это позволило представить весь комплекс учтенных признаков в виде трех количественных «суперпризнаков», интегрирующих в себе весь комплекс учтенных. Значения «измерений» являются уже количественными признаками, что позволило сравнить опытную и контрольную группы по комплексу признаков, используя модель однофакторного дисперсионного анализа (табл. 1).

Из результатов дисперсионного анализа следует, во-первых, что опытная и контрольная группы статистически достоверно различаются по средним значениям, по крайней мере, первого из измерений, интегрирующего информацию о всем учтенном комплексе признаков. Во-вторых, вклад внутригрупповой (индивидуальной) изменчивости превышает вклад межгрупповых различий. Второе заключение особенно важно, поскольку оно свидетельствует о гетерогенности групп и, следовательно, о перспективности поиска подгрупп в пределах выборки детей-сирот.

Таблица 1.

Дисперсионный анализ изменчивости значений первого измерения в опытной и контрольной группах детей.

Изменчивость	df	Ms	F	Дисперсия	Вклад в общую дисперсию, %
Общая	54	-	-	0,545	100,0
Между группами	1	6,136	18,3*	0,211	38,7
Внутри групп -	53	0,334	-	0,334	61,3

Примечания: 1) df - число степеней свободы; Ms - средний квадрат; F - фактическое значение критерия Фишера (* означает, что его значение превышает стандартное для 5%-го уровня значимости); 2) итоги дисперсионного анализа значений второго и третьего измерений не приводятся, поскольку статистически достоверных различий по их средним значениям между опытной и контрольной группами не установлено.

Опытная и контрольная группы детей различаются не только по значению признаков, но и по системе их связей - корреляционной структуре. Важность этого обстоятельства мы считаем необходимым подчеркнуть, следуя логике генетики. В результате классических работ И. И. Шмальгаузена (1968) генетики согласны во мнении, что одновременные различия групп по средним значениям и корреляционной структуре признаков является достаточным основанием считать их генетически различными. Если такие различия характерны и для сопоставляемых нами групп, появляется основание утверждать, что эффект депривации соизмерим с эффектом генетических различий.

Для сравнения корреляционной структуры признаков в опытной и контрольной группах детей использован новый метод их сравнения [3]. Предлагается преобразовать матрицу парных корреляций признаков в вектор и затем сравнить два полученных вектора, используя необходимые преобразования, зависящие от способа оценки парных корреляций. Поскольку в нашем случае оценкой расстояний между признаками служил процент несоответствия их значений в выборке детей (percent disagreement), использовано преобразование процентов по Р. Фишеру. Среднее значение преобразованных по Р. Фишеру процентов в контрольной группе составило 2,01, а в опытной 2,62. Значение критерия Стьюдента при их сравнении, равное 2,26, превысило стандартное значение для 5%-го уровня значимости, что свидетельствует о статистически достоверных различиях корреляционных структур признаков.

Результаты кластерного анализа детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей, по комплексу психолого-медико-социальных характеристик представлены на рис. 1.

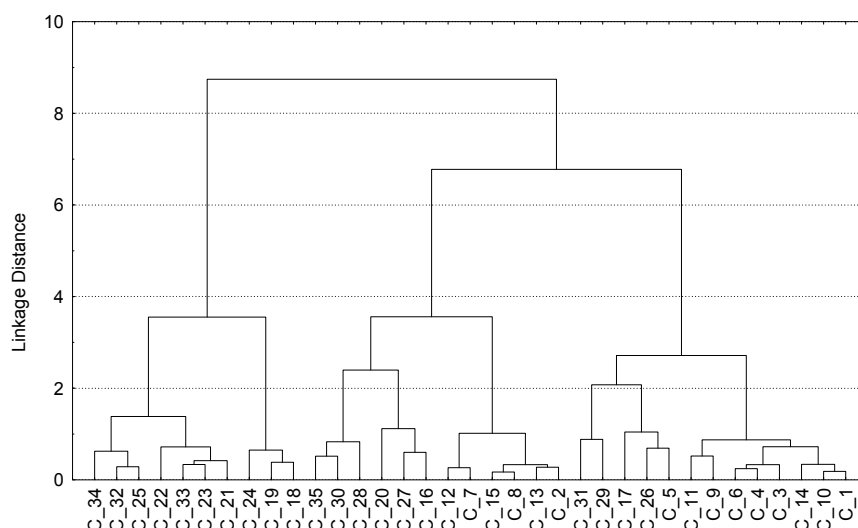


Рис. 1. Абсцисса – порядковые номера детей в выборке; ордината – расстояние слияния, усл.ед.

При разрезании дендрограммы на уровне 5 усл. ед. выявляется три кластера детей. Однако не следует ассоциировать эти три кластера с различием детских домов, где они воспитываются.

Выявленная гетерогенность опытной группы определила новый подход к анализу межгрупповых различий. Вместо двух групп - опыт и контроль - появились четыре: контроль, 1-й кластер опытной группы, 2-й и 3-й кластеры той же группы. Таким образом, в анализе двумерных распределений решались одновременно два вопроса: выявление признаков, различающих опытную и контрольную группы, и выявление признаков, различающих разные кластеры опытной группы. Проведено соответственно 35

анализов двумерных распределений, итоги которых суммированы в табл. 2.

Последующий анализ таблицы из двумерных распределений сводился к сопоставлению опытной и контрольной групп, а также разных кластеров в пределах опытной группы по частоте каждого из вариантов изучаемого признака. Для сравнения частот использована адекватная модификация критерия Стьюдента (после преобразованию по Фишеру).

В качестве примера в табл. 3 приведены частоты двумерного распределения по принадлежности к одной из четырех групп (3 кластера опытной и контроль) и наличию сибсов у больного ребенка. Средняя частота детей, не имеющих сибсов составляет в опытной группе 61,1%; в контрольной – 55,0%. Значение t - критерия 1,29 свидетельствует о том, что статистически достоверных различий между опытом и контролем по частоте таких детей нет. Опытная и контрольная группы не различаются также и по частоте детей, имеющих 1 и 2 сибсов. Соответствующие пары значений частот составляют: 23,7%:45,0%; 6,1%: 0,0% ($t=1,62$ и $1,78$, соответственно). Различия между опытной и контрольной группами установлены только по частоте детей, имеющих 3 и более сибсов. В опытной группе их частота составляет 9,1%, в контрольной таких детей нет ($t=2,18$; $p<0,05$).

Таблица 2.

Основные статистики анализа двумерных распределений по принадлежности к опытной или контрольной группе и кластеру опытной группы.

Признак	Хи-квадрат	Вероятность нуль-гипотезы
Социальная характеристика матери (m2)	28,5	0,00
Наличие сибсов (sb)	25,7	0,00
Структура семьи (fm)	26,8	0,00
Возраст, с которого ребенок является сиротой (il)	31,1	0,00
Причина поступления в детский дом (i2)	42,0	0,00
Уровень активности ребенка в процессе работы (kl)	29,0	0,00
Уровень истощаемости ребенка в процессе работы (k2)	17,6	0,00
Уровень цветовосприятия (k3)	25,6	0,00
Уровень восприятия величины различных предметов (k4)	13,6	0,00
Пространственные представления (k5)	18,6	0,00
Степень ориентировки в геометрических формах (k6)	35,5	0,00
Степень развития наглядно-действенного мышления (k7)	19,0	0,00
Степень развития наглядно-образного мышления (k8)	35,3	0,000
Степень развития словесно-логического мышления (k9)	22,4	0,000
Воспроизведение числового ряда в прямом порядке (k10)	16,6	0,010
Воспроизведение числового ряда в обратном порядке (k11)	20,4	0,002
Правильность выполнения счетных операций при опоре на наглядный счетный материал (k12)	25,9	0,000
Правильность выполнения счетных операций в словесной форме без наглядного материала (k13)	20,0	0,00
Виды нарушения внимания (k14)	22,2	0,00
Степень развития механической памяти (k15)	24,7	0,00
Строение и подвижность артикуляционного аппарата (k16)	23,0	0,000
Наличие (отсутствие) спонтанной речи (k17)	20,1	0,000
Участвует (несостоятелен) в диалоге на заданную тему (k18)	23,4	0,00
Фраза развернутая (неразвернутая) (k19)	38,2	0,00
Адекватность (неадекватность) ответов на вопросы (k21)	15,7	0,01
Звукопроизношение, затрудняющее (не затрудняющее) понимание речи (k24)	21,5	0,01
Активность, агрессивность, властность (k29)	10,9	0,01
Впечатлительность, ранимость, чувствительность (k31)	14,3	0,00
Робость, боязливость (k41)	11,6	0,00
Мотивация деятельности (k42)	17,2	0,00
Беременность по счету (med1)	41,9	0,00
Болезни верхних дыхательных путей (med5)	17,7	0,00
Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (em4)	44,1	0,00

Примечание. В таблицу включены только те признаки, по которым достоверно различаются опытная и контрольная группы детей.

Таблица 3.

Частоты двумерного распределения детей по принадлежности к группе и наличию сибсов у большого ребенка

Группа	1-нет сибсов	2-1 сибс	3-2 сибса	4-3 сибса и более
1	92,3	7,7	0,0	0,0
2	72,7	18,2	9,1	0,0
3	18,2	45,5	9,1	27,3
контроль	55,0	45,5	0,0	0,0

Примечание: опытная - 1, 2 и 3 – три кластера детей с депривацией.

Однако ясно, что отмеченные достоверные различия возникли только за счет повышенной частоты детей с 3 и более сибсами в 3 кластере опытной группы. Здесь эта частота составляет 27,3%, в других кластерах опытной группы такие дети отсутствуют, также как и в контрольной. При рассмотрении таблицы в целом появляется основание считать, что наличие и число сибсов различает, главным образом, не опытную и контрольную группы, а различные кластеры опыта. Действительно, частота детей, не имеющих сибсов, от первого к третьему кластеру прогрессивно и достоверно снижается с 92,3% до 18,2%. Частота детей с 1 сибсом, наоборот, прогрессивно увеличивается с 7,7% до 45,5%. Межкластерных различий по частоте детей с 2 сибсами нет.

Столь же детальное описание всех таблиц двумерных распределений после приведенного примера было бы, по-видимому, преждевременным. Рационально пока ограничиться только наиболее важными заключениями относительно различий как опытной и контрольной группы, так и подгрупп, выявленных среди детей-сирот:

- установлены достоверные различия между родительскими детьми и сиротами, обусловленные собственно депривацией, точнее, так называемыми внутренними ее условиями [1]; в нашем исследовании установлены эффекты таких условий, как социальная характеристика матери, структура семьи, наличие сибсов, возраст, в котором ребенок оказался сиротой, причина поступления в детский дом, частые болезни верхних дыхательных путей;

- при сходном диагнозе родительских детей и сирот (ЗПР с расстройствами речи) депривация провоцирует снижение уровня активности, выраженную истощаемость в процессе работы, большую частоту и степень когнитивных расстройств, ограниченность словарного запаса, рост впечатлительности, ранимости, чувствительности;

- в числе признаков, разделяющих группы сирот на три разные кластера, наибольшую дифференцирующую роль играют выраженность нарушений речи, когнитивные функции, а также частота эмоциональных расстройств и расстройства поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага.: Авиценум, 1984. – 336 с.
2. Олдендерфер М. С., Блэшфилд С. К. Кластерный анализ / Факторный, дискриминантный, кластерный анализ. - М., 1989. - С. 139-210.
3. Ростова Н. С. Изменчивость системы корреляций морфологических признаков. 1. Естественные популяции *Leucanthemum vulgare* (Asteraceae) // Ботанический журнал. - 1999. - № 11.84. - С. 50-66.

Г. В. Скобло

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ГЕНЕЗ ПОСЛЕРОДОВЫХ МАТЕРИНСКИХ ДЕПРЕССИЙ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Бурное развитие психолого-психиатрических исследований раннего детства, отмечаемое в течение последних нескольких десятилетий, включало в себя поиски специфических этиопатогенетических факторов, способствующих появлению ранних психических отклонений. К одним из таких факторов была предположительно отнесена послеродовая непсихотическая материнская депрессия, подробно описанная впервые в 1968 году английским исследователем В. Pitt [1]. К настоящему времени депрессия после родов – активно разрабатываемая в научной литературе тема, часть аспектов которой можно считать проясненной. Вместе с тем, по мере углубления изучения этой темы, особенно в ее связи с психическим здоровьем детей, возникают все новые и новые вопросы.

Известно, что депрессивные расстройства в послеродовом периоде встречаются в рамках трех больших классов. Первый из них относится к послеродовым психозам, которые описаны очень давно, но сейчас отличаются достаточной редкостью, составляя, например, в России всего лишь 1,2% на 1000 родов [2]. Другой класс депрессивных послеродовых расстройств, наоборот, очень распространен, но, в

противоположность первому, отличается мягким субклиническим течением и непродолжительностью (от нескольких дней до 2-4 недель). Речь идет о «материнском блюзе» или «синдроме 3-го дня», который отмечается более чем у половины женщин после родов и связан в основном с преходящими гормональными изменениями этого периода [3, 4]. Считается, что он практически безопасен для младенца. В отношении же влияния на ребенка значительным и одновременно распространенным оказался 3-й класс расстройств – послеродовые депрессии (ПД) непсихотического уровня, частота которых, по данным разных авторов, составляет 8-15% [5, 6, 7]. Генез и феноменология именно этих ПД, а также их связи с психическим здоровьем детей и представляют к настоящему времени предмет широкого обсуждения.

В НЦПЗ РАМН, в отделе изучения состояний риска функциональных психических расстройств (рук. - проф. С. Ю. Циркин), в течение ряда последних лет проводилось первое в России исследование, посвященное этим проблемам. В данном сообщении мы коснемся лишь аспекта непосредственно самих ПД. В задачи данного раздела исследований входило: 1) изучение клинических паттернов непсихотических ПД; 2) выяснение клинко-генеалогических особенностей данного вида патологии; 3) определение ряда психолого-социальных характеристик женщин с ПД, предположительно связанных с генезом ПД; 4) изучение связей возникновения ПД с течением беременности, родов и периода новорожденности.

Материал исследования. Работа проводилась на базе детской поликлиники № 133 г. Москвы, где было осуществлено скрининг-изучение популяционной выборки первородящих женщин через 1,5-2 мес. после родов для формирования основной и контрольной групп матерей. Обе сформированные группы наблюдались затем по одной и той же программе с неоднократным посещением на дому в течение первого года жизни ребенка.

Методы исследования. 1) скрининг-исследование – опросник Зунга для экскресс-определения актуальной депрессии и социологическая мини-анкета; 2) клинко-динамическое (с использованием МКБ-10) и клинко-генеалогическое (анамнестическое) обследование матерей с ПД и контрольных, шкала Тейлора для определения уровня тревоги, полуструктурированное интервью, направленное на выяснение семейной ситуации в родительских и собственных семьях женщин с ПД.

Результаты исследования. В скрининг-исследовании находились 395 первородящих женщин, среди которых у 46 (11,6%) ПД, выявленная анкетированием по опроснику Зунга, была верифицирована полным клиническим обследованием. Эти матери вошли в основную группу наблюдений. 25 женщин той же популяции без ПД, согласившиеся принять участие в исследовании, составили контрольную группу (отсутствие ПД у матерей контроля было также верифицировано клинически). Частота ПД в изученной популяции оказалась соответственной цифрам, приводимым в литературе. Средний возраст матерей с ПД составил $25,76 \pm 5,16$; в контроле – $25,72 \pm 5,31$. Обе группы матерей имели практически одинаковые материально-бытовые условия жизни, а также уровень образования. Все женщины к началу обследования были замужем или находились в длительной устойчивой связи с отцом ребенка.

ПД начинались в первые дни или первые 2 нед. после родов и продолжались от 2 до 6-7 мес. В 56,5% случаев их длительность составляла более 3 мес. Обычно женщины связывали их начало с какими-либо внешними обстоятельствами: повышенной тревогой за здоровье ребенка, сложностями грудного вскармливания, супружескими конфликтами и др. Однако течение дальнейшего состояния с присоединением клинических признаков эндогенности («соматического синдрома»), а также наличие схожих эпизодов в анамнезе позволили в 84,8% случаев расценивать наблюдаемые депрессии в рамках циклотимий, преимущественно монополярных (в понимании отечественной диагностической систематики), или же рекуррентного депрессивного расстройства F-33, по МКБ-10. Лишь в 15,2% случаев реактивный характер ПД сохранялся на всем ее протяжении, при этом стрессовое начальное воздействие, совпадая с пред- и послеродовым периодом, отличалось, как правило, или значительной выраженностью (например, внезапная смерть мужа, когда женщина была на 9-м месяце беременности) или же сочетанием нескольких стрессогенных событий (например, переезд в семью мужа из сельской местности в Москву после недавней смерти родителей).

На нашем материале был подтвержден известный факт [8] более частотного течения ПД в виде легкого депрессивного эпизода. Так, легкие ПД (по критериям МКБ-10) диагностировались почти в 2 раза чаще, чем умеренные: 65% и 35% соответственно. Предположительно тяжелый депрессивный эпизод был зарегистрирован в единичном случае на этапе скрининга, в последующем эта мать была госпитализирована в психиатрический стационар вне Москвы и более в Москву не вернулась, оказавшись недоступной для наблюдения. (По приведенным литературным данным, тяжелые ПД составляют не более 2-4 на 1000 родов, что согласуется с нашим материалом.)

Проведенный анализ синдромальных типов ПД по ведущему клиническому радикалу [9] показал преобладание среди них тревожных (41,3%) и мягких адинамических (32,3%) депрессий, остальные виды депрессий (тоскливая, сенесто-ипохондрическая, дисфорическая и др.) определялись в отдельных случаях. Вместе с тем высокая степень тревоги (хотя, согласно шкале Тейлора, и неклинического уровня) была характерна в период заболевания для подавляющего большинства женщин основной группы и, что особенно

важно, этот уровень практически сохранялся на протяжении всего первого года жизни ребенка при исчезновении клинической депрессивной симптоматики. Об этом свидетельствуют результаты измерения материнской тревоги через 4,5 месяца и через 1 год после родов. В первом случае высокий уровень тревоги определялся у 93,5% женщин с ПД, во втором – у 91,3% (в контроле соответственно 52% и 20%, $p < 0,01$).

К клиническим особенностям ПД можно отнести следующие феномены:

1) достаточно частое присутствие в картине любого синдромального типа депрессии выраженных астеноподобных и соматовегетативных нарушений типа цефалгий, головокружений, потливости, озноба, тахикардии, кардиалгии, выпадения волос и т. п., что свидетельствует о затянувшейся послеродовой нестабильности диэнцефало-гипофизарной системы, переходящей на клинический уровень; 2) наличие невротизированной симптоматики в виде навязчивых сомнений или фобий в отношении правильности выполнения материнских обязанностей; 3) очень легкое возникновение идей самообвинения на эти же темы; 4) фиксация многих тревожных переживаний на здоровье ребенка (которое в первые 3 мес. его жизни, по нашим данным, в основном не отличалось от здоровья детей контрольной группы); 5) звучание в деперсонализационных переживаниях при выраженных случаях ПД тем отчуждения собственного ребенка («ухаживаю как за чужим», «как будто дали куклу поиграть») и неприятного «неощущения» себя как матери («надо, вот я и ухаживаю, но матерью себя не чувствую»); 6) нередкое наличие дистимического фона настроения.

В личном и семейном анамнезе основной группы были выявлены явные признаки биологической уязвимости в отношении депрессий вообще. Так, эндореактивные депрессивные состояния в прошлом отмечены у 76% женщин с ПД (в том числе в 10% случаев с суицидальными попытками), а мягкие, стертые аффективные эпизоды во время беременности – у 85% женщин при отсутствии их в том и в другом случае в контроле. Что касается данных о семейной аффективной патологии в основной и контрольной группе, то они также выглядят достаточно показательными, хотя их и не удалось собрать в полном объеме: женщины с ПД, часто находясь в негативных отношениях со своими матерями (см. далее в тексте), рано покидали их или мало общались с ними; с отцами же их отношения обычно были еще менее длительными. Тем не менее 34,8% женщин с ПД (против 8% в контроле) описали клинически выраженные депрессивные эпизоды у своих матерей (чаще эндореактивного характера); аналогичные сведения в отношении отцов были получены в 17,4% случаев (против 4% в контроле), причем в половине их зафиксированы суицидальные попытки.

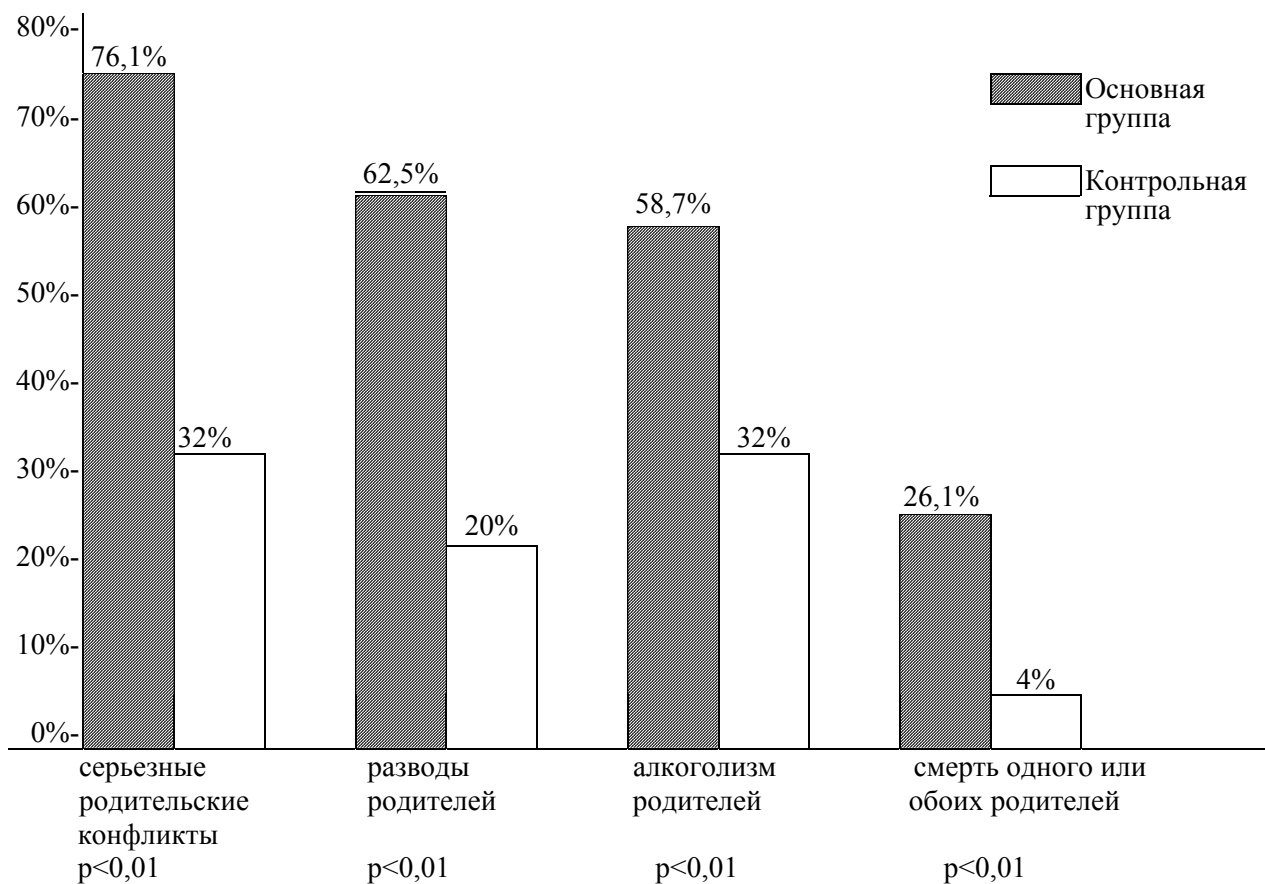


Рисунок. 1. Характеристики родительских семей женщин с послеродовыми депрессиями и контрольных.

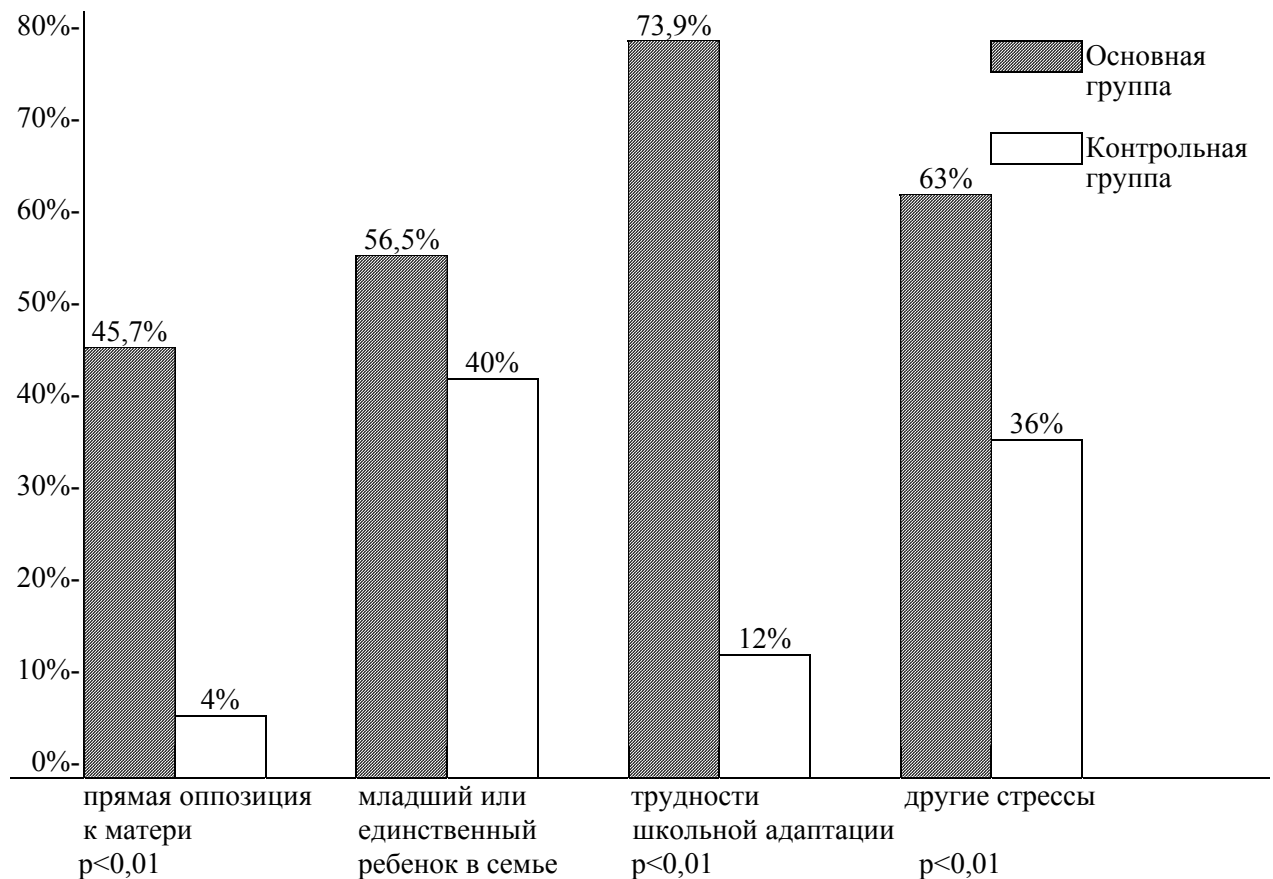


Рисунок. 2. Характеристики условий жизни в родительской семье, школьной адаптации и стрессов юности.

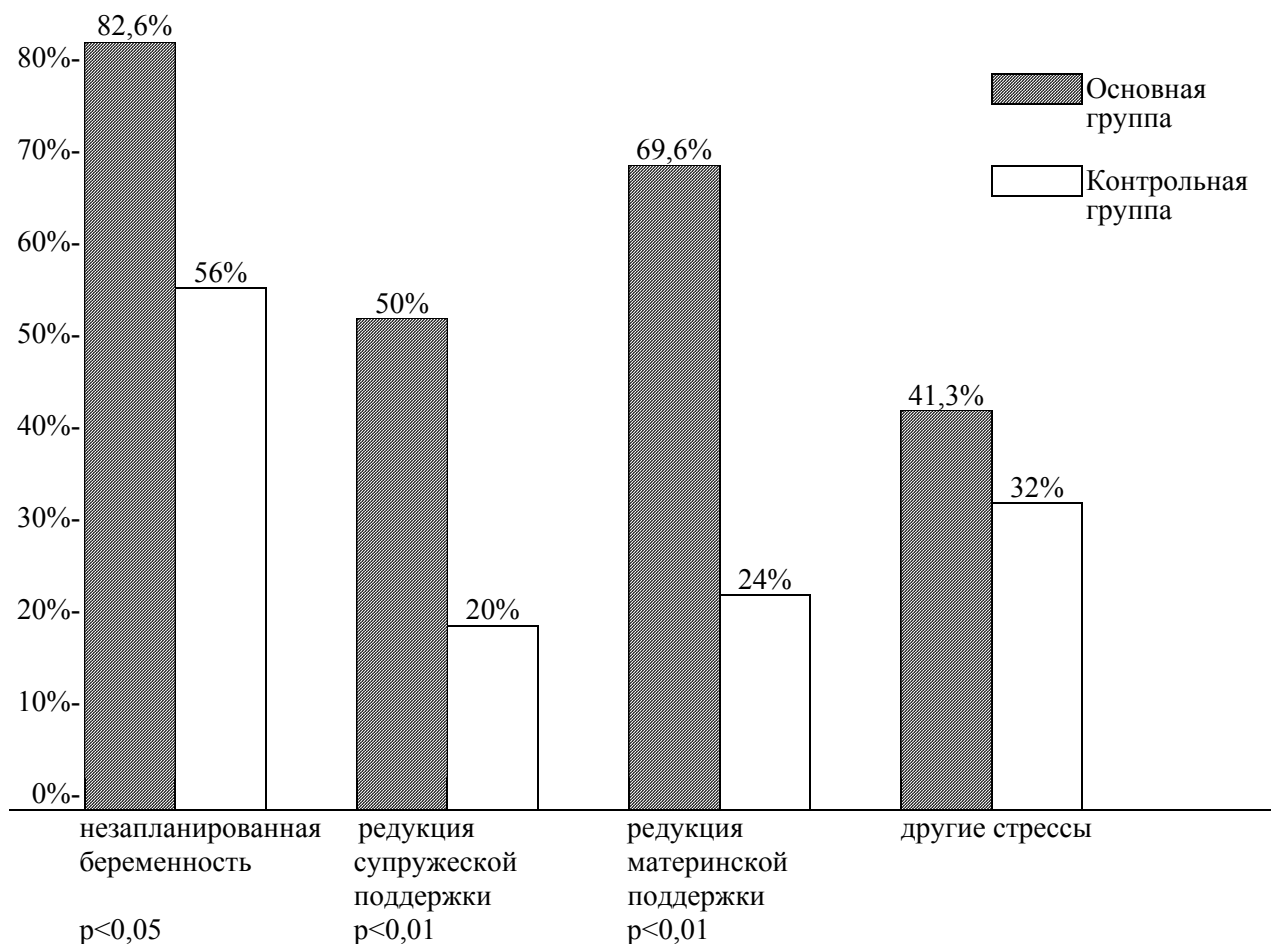


Рисунок. 3. Источники стресса во время беременности и в послеродовом периоде.

Подавляющее большинство женщин с ПД росло в неблагополучных социально-психологических условиях (см. рис. 1, 2). В их родительских семьях статистически значимо чаще имели место выраженные конфликтные отношения матери и отца (76,1% против 32%), разводы родителей (62,5% против 20%), их алкоголизм (58,7% против 32%), смерть одного или обоих родителей до достижения совершеннолетия пациенток (26,1% против 4%). В детстве и ранней юности почти половина женщин с ПД находилась в прямой длительной оппозиции к матери (45,7% против 4%). Очень типичными оказались для этих женщин трудности школьной адаптации (73,9% против 12%). В последующие годы, вплоть до настоящей беременности, суммарное число других негативных острых и хронических событий, таких как неудачные первые браки и разводы, изнасилования, тяжелые заболевания близких, серьезные проблемы собственного здоровья и т. п., - было также значимо выше по сравнению с контролем (63% против 36%). Единственно статистически недостоверным показателем для женщин с ПД по сравнению с контролем оказалось преобладание среди них младших или единственных детей в семье (56,5% против 40%), что не подтвердило на нашем материале факт значимости наличия ранних навыков ухода за детьми (т. е. за младшими братьями и сестрами) в профилактике ПД, о чем упоминают некоторые исследователи [10].

Неблагополучием характеризуется и дальнейшая жизнь подавляющего большинства женщин с ПД. Источниками стресса и пролонгированного негативного влияния во время беременности и после родов (см. рис. 3) могли быть непланируемость ребенка (82,6% против 56%, $p < 0,05$, различия статистически достоверны), а также значительная дисгармония собственных супружеских отношений (50% против 20%, $p < 0,01$). Она обнаружилась в основной группе еще на этапе беременности, причем полное прекращение отношений с отцом ребенка к 1-3-ему месяцу его жизни отмечено в четверти наблюдений (в контроле – единичные случаи). Выявилась и высоко статистически значимая редукция поддержки женщин основной группы как во время беременности, так и в послеродовом периоде, со стороны собственной матери (69,6% против 24% в контроле, $p < 0,01$). Вместе с тем, осложнения беременности и родов, также как и показатели неонатального периода, не обнаружили статистически достоверных отличий в обеих группах (табл. 1).

Таблица 1.

Течение беременности, родов и неонатального периода у женщин с послеродовой депрессией и в контрольной группе.

	Основная группа N=46 (абс., %)	Контрольная группа N=25 (абс., %)
ТИП РОДОВ		
Самопроизвольные	41(89.1%)	21 (84%)
Кесарево сечение	5 (10.9%)	4 (16%)
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ		
Без серьезных осложнений	36(78.3%)	21 (84%)
С достаточно выраженными осложнениями	10(21.7%)	4 (16%)
ЗНАЧИМЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА		
Не существовали	38 (82.6%)	20(80%)
Имели место	8 (17.4%)	5 (20%)

Обсуждение результатов и выводы. В. Pitt (1), впервые описавший послеродовые депрессии около 35 лет назад, отнес их в клиническом отношении к «атипичным». Этот вывод был сделан им на основе частого обнаружения в клинической картине этих состояний таких симптомов, как тревога, фобии и раздражительность, которые, по его мнению, маскировали собственно депрессивную симптоматику. Однако более поздние сравнительные исследования клиники депрессий в послеродовом периоде и у нерожавших женщин не обнаружили существенной разницы в их феноменологии [11, 12]. Наши собственные данные, позволяющие классифицировать наблюдаемые ПД в рамках обычно выделяемых синдромальных типов депрессий, подтверждают эту точку зрения, хотя факт частого наличия тревожно-фобических и дистимических расстройств как особенностей структуры ПД был зафиксирован и нами. Возможно, именно такими особенностями структуры ПД объясняется сложность установления контактов с этими пациентками в послеродовом периоде (и отчасти отсюда плохая выявляемость ПД), что отмечено, кроме нас, и другими исследователями [6, 13]. Действительно, практика показывает, что выраженная фиксация депрессивной матери на тревожных переживаниях по поводу здоровья младенца или же трудностях ухода за ним лишает ее возможности критичного отношения к своему собственному психическому состоянию. Известно, что до последнего времени эти пациентки редко обращались к психиатрам самостоятельно, и лишь появившаяся, наконец, научно-популярная литература на темы ПД и их влияния на психическое здоровье ребенка начала постепенно менять положение вещей. Кроме того, здесь, конечно, надо отметить разработку и внедрение в практику (за рубежом), специального скринирующего опросника, предназначенного для активного предъявления женщинам в послеродовом периоде. Речь идет об Эдин-

бургской шкале послеродовой депрессии (EPDS), созданной в 80-х годах в Великобритании и включающей в себя пункты, касающиеся не только депрессивных, но и тревожных переживаний женщин [14]. Из стран Восточной Европы, по нашим данным, эта шкала до настоящего времени прошла адаптацию лишь в Чехии, где для этого в 1997-98 гг. был выделен специальный грант Министерства здравоохранения.

Что касается наших результатов в отношении генеза ПД, то практически они все подтверждаются многочисленными данными литературы, суммированными в крупных обзорных работах последних десятилетий [5, 10, 13, 15]. Исходя из этих работ и принимая во внимание собственные исследования, можно предложить определенную схематическую модель возникновения ПД. Заболевание в его клиническом виде в подавляющем большинстве случаев возникает у женщин с биологической предрасположенностью к аффективным нарушениям, которые еще до родов переносят много негативных жизненных событий. В детстве и ранней юности источниками длительных стрессовых ситуаций могут быть серьезные конфликты между родителями и их алкоголизм, частые разводы и преждевременная смерть, что лишает женщин необходимой родительской поддержки на ранних этапах жизни. Известно также, что подобная структура родительских семей способствует возникновению личностных деформаций у детей, их меньшей «стрессоустойчивости» и повышенной уязвимости к психологическим нагрузкам. Возможно, это является одной из причин сниженного уровня школьной адаптации у женщин с ПД (которая, как правило, была связана с личностно-характерологическими особенностями пациенток), а также отчасти повышения у них риска последующих стрессовых ситуаций. Отсутствие адекватной модели родительской семьи зачастую может способствовать дисгармоничности собственных семей этих женщин, которая, как известно, особенно проявляется в переломных семейных ситуациях (в данном случае - при беременности и в послеродовом периоде). Обычно непланируемая беременность быстро нарушает хрупкую стабильность супружеской жизни и ведет к снижению супружеской поддержки во время вынашивания и особенно после рождения ребенка. Для этого времени очень типично также отсутствие или резкое снижение материнской поддержки как по причине длительно конфликтных отношений матерей и дочерей, так и из-за непосредственного отсутствия матери (ее смерть, серьезная болезнь и др.), что способствует психологическим трудностям в адаптации женщины к роли матери. Таким образом, создается сложное, неоднозначное в каждом конкретном случае переплетение биологических и социально-психологических факторов, способствующих появлению ПД.

Возможно, здесь требуют специальной оговорки наши данные, касающиеся ПД, возникающих по реактивным механизмам. Их наличие (довольно редкое) признается и в литературе, где также подчеркивается особый характер пред- и послеродового стресса при этом. В частности, отмечается, что роль такого стресса в «индивидуальных случаях» [15] могут играть особо тяжелые беременность и роды, а также заболевания новорожденного. Однако в целом, точка зрения о независимости возникновения ПД от характера акушерско-гинекологических или педиатрических осложнений является преобладающей в большинстве исследований. Здесь уместно также вспомнить, что организм женщины, готовясь к родам, «понимает» их даже в норме как значительное физиологическое и эмоциональное напряжение, что отражается в динамике кортизола в пред- и послеродовом периоде, соотносимой с аналогичной при стрессах. Показано, что у женщин с ПД эта динамика обнаруживает еще более типичные для стресса изменения [5]) хотя, как подчеркивалось выше, каких-либо особых причин для этого, связанных непосредственно с беременностью и родами, обычно не обнаруживается. Исходя из этих данных, следует полагать, что время после родов, предъявляя повышенные требования к адаптационным возможностям всех женщин, является еще более критическим для тех из них, кто предрасположен к депрессиям, а также отличается пониженной «стрессоустойчивостью». Последняя же, формируясь в большинстве случаев ПД в течение предшествующих лет, иногда возникает вследствие особых стрессогенных событий, совпадающих с пред- и послеродовым периодом, что способствует развитию ПД по реактивным механизмам.

Резюмируя наши данные, можно сделать следующие выводы: 1) послеродовая непсихотическая депрессия относится к достаточно распространенным состояниям, в том числе и в нашей стране; 2) обычно ПД течет в виде легкого или (реже) умеренного эпизода продолжительностью от 2 до 6-7 мес., в подавляющем большинстве случаев с признаками «соматического синдрома»; 3) более 40% ПД протекает в виде тревожных депрессий, однако и в других синдромальных типах ПД видимой особенностью клинической картины является высокий уровень материнской тревоги, сохраняющейся на протяжении всего первого года жизни ребенка; 4) в генезе большинства ПД играет роль совокупность биологической предрасположенности к депрессивным расстройствам с наличием определенных негативных социально-психологических факторов, к которым следует отнести, в первую очередь, неблагополучие родительских семей женщин с ПД, а также редукцию супружеской и (или) материнской поддержки, особенно во время беременности и в послеродовом периоде.

Дальнейшие наши сообщения будут касаться формирования отклоняющегося материнского поведения при ПД, а также связей ПД с психическим здоровьем детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pitt, B. (1968). «Atypical» depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
2. Смоленко Л. Ф. К особенностям клиники и нозологической классификации психических расстройств, начинающихся в послеродовом периоде. Автореферат канд. дисс. Краснодар, 1974.
3. Kennerly H, Gath D. (1989) Maternity blues. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.
4. O'Hara M., Schlechte J., Lewis D., Wright E. (1991). Prospective study of postpartum blues, biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*. 48, 801-806.
5. O'Hara M. The Nature of postpartum depressive disorders. In: «Postpartum Depression and Child Development». Edited by L.Murray and P.Cooper. The Guilford Press. New York, London, 1997.
6. Bagedahl-Strindlund M., Monsen-Borjesson K. Postnatal depression: still a hidden problem. In.:X World congress of psychiatry. Madrid. 1996, V. 1, 159.
7. Tamminen T., Kaukonen P. Postnatal depression: a follow-up. In.: X World congress of psychiatry. Madrid. 1996. V. 1, 159.
8. Najman J., Andersen M., Bor W., a. o. (2000). Postnatal depression – myth and reality: maternal depression before and after the birth of child. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* № 35,19-27.
9. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства. Под ред. А. Б. Смулевича. – М, 1996. - С. 12-26.
10. Atkinson A., Rickel A. (1984) .Depression in women: The Postpartum experience in social and psychological problems in women. In: «Prevention and crisis intervention». Ed. by Rickel A., Gerard M., Iscoe I. Hemisphere Publishing Corporation. Washington. 197-218.
11. Cooper P., Cambell E., Day A., a. o. (1988) Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
12. O'Hara M., Zekoski E., Philipps L., Wright E., (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*. 99, 3-15.
13. Rosenblum O., Danon G., Le Nestor A. (2000) Les dépressions maternelles post-natales: description, psychopathologie et aspects thérapeutiques. *Perspectives Psychiatriques*. V. 39, № 3, 185-198.
14. Cox J., Holden J., Sadovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburg Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
15. Kumar R. Dépression du post-partum. In: «Jeunes parents psychotiques et leurs enfants». 1986, 49-55.

В. С. Собкин, З. Б. Абросимова, Д. В. Адамчук, Е. В. Баранова
СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД ПОДРОСТНИЧЕСТВА:
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ³

Центр социологии образования РАО (Москва).

Обращаясь к обозначенной в названии статьи теме, отметим, что собственно эмпирических социологических и социально-психологических исследований по данной проблематике, проведенных в России, сравнительно немного. Сама эта проблематика, за исключением периода 20-х годов [2, 6 и др.], долгие годы в отечественной педагогической науке оставалась табуированной. В то же время имеется целый ряд фундаментальных теоретических работ, выполненных И. С. Коном, а также эмпирических исследований, проведенных под его руководством [8, 9, 11, 13]. В то же время сама социальная актуальность данной проблематики стимулировала интерес к ней в последние годы [3, 5, 7, 15, 17]. И все же, несмотря на явный общественный интерес к проблеме, можно, пожалуй, согласиться с оценкой И. С. Кона об уровне самой дискуссии: «Существующие статистические данные, обсуждаемые в СМИ и политических дискуссиях, освещаются искаженно и интерпретируются неверно» [13]. Подчеркнем, что сегодня явно ощущается недостаток конкретных эмпирических данных, характеризующих особенности сексуального поведения в подростковой субкультуре. Между тем, при обсуждении психологических особенностей подросткового возраста вопросы, связанные с сексуальным поведением, выступают на передний план. Собственно говоря, наступлением пубертатного периода и определяется начало подростничества как особого возрастного этапа социального развития. При этом одним из ключевых напряжений, характеризующих своеобразие подросткового возраста, и является конфликт между наступлением половой зрелости и культурными нормами, направленными на запрет и ограничение сексуального поведения, нормами, фиксирующими социальную незрелость [10]. Понятно, что действенность ограничительных норм сексуального поведения в подростковом возрасте, зависит от многих факторов, определяющих своеобразие той или иной культуры (национальных, религиозных, экономических, социально-стратификационных и

³ Первое сообщение.

др.). Более того, в различных культурах табуируется не только сексуальное поведение подростка, но также обсуждение или исследование данной проблематики.

Важно еще раз подчеркнуть, что сегодня тема сексуального поведения приобретает особую актуальность в связи с принципиальными культурными трансформациями, произошедшими за последние 10-15 лет. Суть этих трансформаций очевидна: перевод сексуальных отношений из сферы интимной в публичную, распространенность сексуальных и эротических сюжетов в СМИ, ценностно-нормативная неопределенность, характерная для современной социальной ситуации и др. (Влияние СМИ на формирование моделей полового поведения подростков изучалось в предыдущих исследованиях, проведенных Центром социологии образования РАО [15, 18].) Возникает вопрос, насколько подобные изменения влияют на отношение подростков к сексуальной проблематике. В статье мы рассмотрим два момента. Первый связан с анализом особенностей отношения учащихся к сексуальным контактам в их возрасте. В данном случае нас интересует отношение подростков к культурной норме, определяющей допустимость/недопустимость начала половой жизни на этапе подростничества. Иными словами, особый интерес здесь представляет анализ восприятия самим подростком факта начала половой жизни как нарушения нормы, оценка подобной ситуации как конфликтной. Второй — связан с отношением микросоциального окружения к сексуальной жизни подростка. Здесь мы отдельно рассмотрим реакции родителей и одноклассников.

Эмпирический материал, который мы обсуждаем в данной статье, получен в ходе социологического опроса 2983 учащихся 7, 9, 11 классов московских общеобразовательных школ, который был проведен Центром социологии образования РАО.

1. Отношение подростков к сексуальным контактам в их возрасте.

При исследовании особенностей сексуального поведения подростков, можно обозначить две линии анализа. Одна касается рассмотрения соблюдения культурной возрастной нормы: допустимость/недопустимость вступления в половые связи в подростковом возрасте. Другая, — связана с вступлением в половые связи и со стилями сексуального поведения в подростковом возрасте.

В ходе социологического опроса учащимся задавался вопрос о том, как они относятся к **допустимости** сексуальных контактов в их возрасте. При этом предлагались четыре содержательных варианта ответа. Первый позволяет выделить группу подростков, которые сориентированы на принятие возрастной нормы и следование ей как на поведенческом, так и на когнитивном уровне: «я считаю, что сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте и не веду половую жизнь». Второй вариант направлен на выявление группы тех подростков, кто не считает, что данная норма «безусловна», однако не следует ей на поведенческом уровне: «я считаю, что сексуальные контакты вполне допустимы в моем возрасте, но сам(а) не веду половую жизнь». Третий вариант ответа позволяет определить тех, кто переживает ситуацию сексуальных отношений как конфликтную. Эту группу составляют подростки, принимающие запретительную норму на когнитивном уровне, но нарушающие ее на поведенческом: «я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь». И наконец, четвертый вариант ответа позволяет выделить тех подростков, кто не находится в конфликтной ситуации: «я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь». В табл. 1 приведено распределение ответов учащихся на этот вопрос.

Таблица 1.

Отношение учащихся к допустимости сексуальных контактов в их возрасте (%).

	общее	юноши	девушки	P=
я считаю, что сексуальные контакты не допустимы в моем возрасте и не веду половую жизнь	36,2	29,6	41,9	.00001
я считаю, что сексуальные контакты допустимы в моем возрасте, но сам (а) не веду половую жизнь	37,2	37,3	36,9	-
я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но тем не менее веду половую жизнь	3,7	4,5	3,0	-
я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте и веду половую жизнь	12,2	16,1	8,8	.00001
я затрудняюсь ответить	10,9	12,5	9,5	.01

Как видно из приведенных в таблице данных, практически каждый шестой подросток (15,9%) указал на то, что у него есть опыт сексуальных отношений. Остальные же, и таких подавляющее большинство, не имеют подобного опыта. При этом безусловно принимают возрастную ограничительную норму и следуют ей в целом чуть более трети (36,2%). В данном случае важно обратить внимание на то, что доля таких существенно выше среди девушек, чем среди юношей, соответственно: 41,9% и 29,6% (p=.00001). Иными словами, запретительная норма на вступление в половые контакты в подростковом возрасте в «женской» подростковой субкультуре оказывается более действенной. В то же время явно от-

вергает данную норму и не следует ей («я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте и веду половую жизнь») примерно каждый десятый – 12,2%. Причем число таких среди юношей в два раза выше, чем среди девушек. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что в подростковой среде отчетливо проявляются гендерные различия относительно принятия и следования норме, запрещающей половые связи. В то же время число школьников, фиксирующих у себя наличие конфликта между принятием нормы запрета и поведением одинаково, как среди юношей, так и среди девушек. Треть школьников уже не принимает запретительной нормы, однако на уровне поведения следует ей. Параллельно с этим относительно небольшая часть школьников (3,7%) фиксирует наличие у себя конфликтной ситуации нарушения культурно заданной нормы.

В связи с этим особый интерес представляет возрастная динамика ответов юношей и девушек на вопрос об их отношении к возрастной ограничительной норме. Полученные данные показывают, что основные изменения в возрастной динамике, как у юношей, так и у девушек происходят на рубеже 9-го класса. Так, доля тех, кто безусловно принимает норму, уменьшается как среди юношей (с 56,6% в 7-м до 19,2% в 9-м классе, $p=.00001$), так и среди девушек (с 73,4% в 7-м до 34,8% в 9-м классе, $p=.00001$). Параллельно с этим возрастает число подростков, фиксирующих, что они не ведут половой жизни, и вместе с тем считающих, что сексуальные отношения в их возрасте вполне допустимы (с 25,8% в 7-м до 45,5% в 9-м классе у юношей и с 15,5% в 7-м до 48,2% в 9-м классе у девушек, $p=.00001$). В целом подобная динамика свидетельствует о том, что на рубеже перехода в старшее звено школы происходит переоценка возрастной запретительной нормы на вступление подростков в сексуальные отношения. Норма здесь уже не рассматривается как безусловная, но значительная часть подростков продолжает следовать ей в своем поведении.

О подобной переоценке свидетельствует также и возрастная динамика выбора варианта ответа: «я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте и веду половую жизнь». Доля тех, кто ведет половую жизнь и не испытывает негативных переживаний, связанных с нарушением возрастной нормы, среди юношей возрастает с 1,4% в 7-м до 15,2% в 9-м классе, а в 11-м число таких достигает уже 39,4% ($p=.00001$). Среди девушек возрастная тенденция несколько иная: отказ от соблюдения ограничительной нормы оказывается не столь резким как у юношей, и мораторий на вступление в сексуальные отношения существует на всем этапе старшего звена школы. В 7-м классе доля девушек, ведущих половую жизнь и считающих это нормальным, составляет 1,4%; в 9-м 4,7%, а в 11-м число таких возрастает до 22,8% ($p=.0002$).

Однако наибольший интерес представляет вариант ответа, который позволяет выявить ярко выраженную конфликтную ситуацию рассогласования нормы и поведения: «я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь». Возрастная динамика ответов юношей и девушек на этот вопрос приведена на рис. 1.

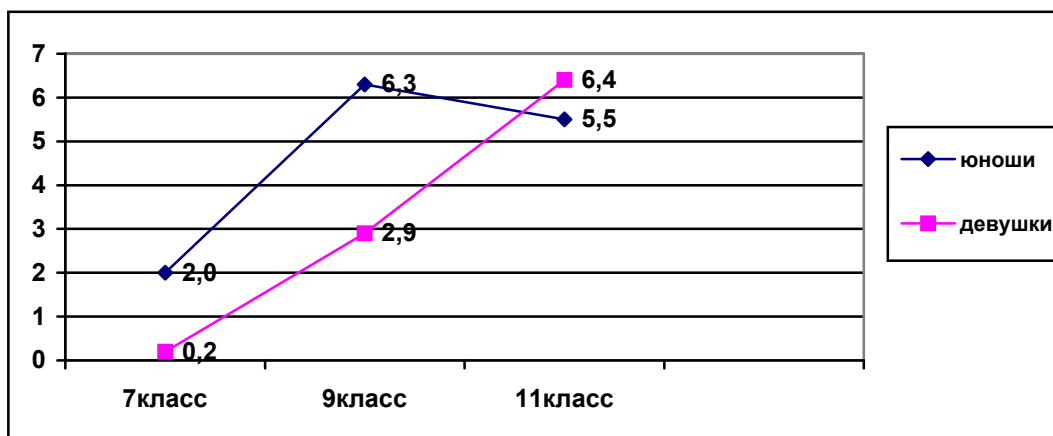


Рисунок 1. Юноши и девушки 7-х, 9-х, 11-х классов, переживающие конфликт, связанный с нарушением возрастной запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения (%)

Как видно из представленного рисунка, с возрастом увеличивается доля подростков, которые переживают ситуацию вступления в половые связи как нарушение нормы. Вместе с тем, в данном случае представляется целесообразным проанализировать полученные данные иначе. Так, особый интерес представляет оценка выборов данного варианта ответа не только относительно общей выборки школьников, но и от подвыборки тех учащихся, кто указал, что ведет половую жизнь. При таком анализе полученные данные относительно возрастной динамики выбора этого варианта ответа выглядят несколько иначе. Например, среди мальчиков-семиклассников, ведущих половую жизнь, более половины (58,8%) фиксирует переживание конфликта вследствие нарушения возрастной нормы. К 9-му классу их число сокращается до

29,3%, а в 11-м доля таких составляет лишь 12,3%. Иными словами, среди юношей, ведущих половую жизнь, сама «конфликтность» нарушения возрастной нормы к старшим классам последовательно снижается. У девушек эта тенденция более сложна. Так, в 7-м классе фиксируют переживание конфликта 12,5%, в 9-м их доля резко возрастает и составляет уже 38,6%, а к 11-му классу проявляется та же тенденция, что и у юношей — значимость этого конфликта снижается. В связи с этим можно предположить, что само переживание данного конфликта у девушек протекает более сложно, чем у юношей. Так, семиклассницы, начинающие половую жизнь, ориентируются в первую очередь на сам факт физиологического созревания, не осознавая при этом социальную составляющую сексуального поведения (нарушение нормы). В 9-м классе происходит более глубокое осознание социального смысла возрастной нормы, ограничивающей вступление в сексуальные отношения, что и приводит к обострению конфликта. Однако в более старшем возрасте (11-й класс), когда запретительная норма утрачивает свою «безусловность» и собственно возрастной смысл, начинает снижаться и значимость конфликта, связанного с ее нарушением. Иными словами, к старшему школьному возрасту социальная норма запрета на вступление подростков в сексуальные отношения теряет свою актуальность и, по сути, утрачивает свою ограничительную функцию.

От рассмотрения вопроса об отношении к возрастной ограничительной норме перейдем к анализу стилевых особенностей сексуального поведения. В данном случае выделим такие индикаторы, как регулярность/нерегулярность ведения половой жизни и наличие постоянного сексуального партнера. С этой целью респондентам задавался специальный вопрос, предусматривающий следующие варианты ответов: «Я веду половую жизнь регулярно, и у меня есть постоянный партнер»; «Я веду половую жизнь регулярно, но у меня нет постоянного партнера»; «Я веду половую жизнь эпизодически с постоянным партнером»; «Я веду половую жизнь эпизодически, но с разными партнерами»; «В настоящее время я не веду половой жизни, но сексуальный контакт был» и «Я вообще не имел(а) половых контактов».

Следует отметить, что подавляющее большинство учащихся (78,9%) указали, что они «вообще не имели половых контактов». В целом же полученные результаты показывают, что примерно каждый пятый подросток (21,1%) ведет половую жизнь. Заметим, что эти данные схожи с результатами, полученными нами при ответах школьников на предыдущий вопрос. В то же время полученные данные позволяют уточнить возрастную динамику ведения половой жизни на разных этапах подросткового возраста (см. рис. 2).

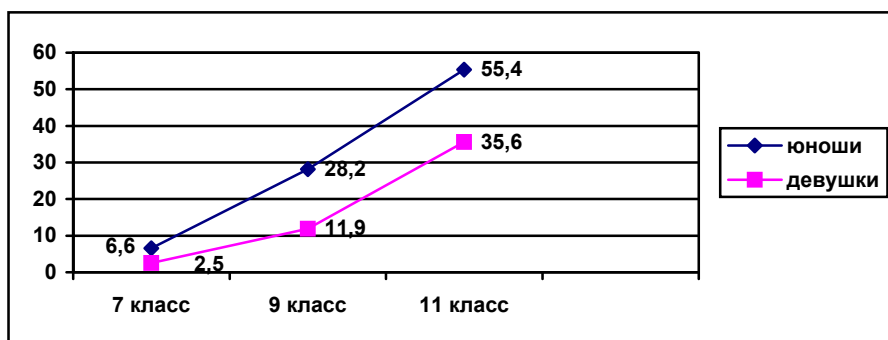


Рисунок 2. Возрастная динамика учащихся, имеющих опыт сексуальных отношений (%).

Как видно из рисунка, доля имеющих опыт половой жизни подростков последовательно увеличивается от седьмого к одиннадцатому классу. Причем среди юношей процент ведущих половую жизнь во всех возрастных параллелях выше, чем среди девушек.

Поскольку предложенный респондентам вопрос сориентирован на выявление стилевых особенностей сексуального поведения, то важно проанализировать ответы на него именно тех школьников, кто имеет опыт сексуальных отношений. Распределение ответов подростков, ведущих половую жизнь, представлено в табл. 2.

Таблица 2.

Ответы школьников об особенностях их сексуального поведения (% от числа подростков, указавших, что они имеют опыт сексуальных отношений).

Вариант ответа	общее	юноши	девушки	P=
я веду половую жизнь регулярно, и у меня есть постоянный партнер	18,8	13,8	26,7	.0001
я веду половую жизнь регулярно, но у меня нет постоянного партнера	8,1	11,2	3,3	.0004
я веду половую жизнь эпизодически с постоянным партнером	11,0	5,9	18,3	.00001
я веду половую жизнь эпизодически, но с разными партнерами	15,6	19,9	9,2	.0003
в настоящее время я не веду половой жизни, но сексуальный контакт был	46,5	49,2	42,5	-

Как видно из таблицы, среди школьников, имеющих опыт сексуальных отношений, почти каждый второй (46,5%) в настоящий момент не ведет половой жизни, хотя имеет определенный опыт. На эту цифру следует обратить особое внимание, поскольку она показывает, что для значительного числа подростков само вступление в половую связь является, по всей видимости, лишь единичным прецедентом. К сожалению, материалы исследования не дают возможности более детально рассмотреть характер сексуального поведения и сексуального опыта этой группы подростков: например, был ли сексуальный контакт связан с принуждением, изнасилованием, осуществлен ли вследствие потери самоконтроля и т. д. Поэтому в данном случае опыт сексуальных отношений, пожалуй, можно рассматривать лишь как обозначение сексуального дебюта. Это подтверждает, в частности, и более детальный анализ возрастной динамики фиксации данного варианта ответа среди юношей и девушек. По мере взросления от 9-го к 11-му классу число подростков, отмечающих наличие единичных сексуальных контактов, существенно снижается: у юношей в 9-м классе 57,1%, в 11-ом 42,3%, $p=.006$, у девушек, соответственно: 54,3% и 36,9%, $p=.02$.

Стоит обратить внимание, что приведенные в таблице данные позволяют выявить четкие различия между ответами юношей и девушек. Так, мы видим, что девушки в большей степени сориентированы на поддержание сексуальных отношений (регулярных или эпизодических) именно с постоянным партнером. Суммарная доля сориентированных на постоянного партнера среди девушек составляет 45,0%, а среди юношей 19,7% ($p=.0006$). Для юношей же, напротив, более характерна ориентация на сексуальные связи с разными партнерами — 31,1%, (среди девушек таких 12,5%) $p=.05$. Это позволяет сделать вывод о том, что уже в подростковом возрасте достаточно отчетливо проявляются традиционалистские установки относительно «мужского и женского поведения» в сфере сексуальных отношений: полигамия и моногамия.

Особый интерес представляет анализ возрастной динамики ответов учащихся относительно стилей их сексуального поведения. Можно предположить, что с возрастом стилевые ориентации сексуального поведения заметно меняются и это обусловлено накоплением опыта межличностных отношений. При этом более детальный анализ возрастной динамики позволяет выявить существенные гендерные различия в стилях сексуального поведения. Если среди девушек от 9-го к 11-му классу заметно увеличивается доля ориентированных на сексуальные отношения с постоянным партнером (с 33,5% до 50,3%, $p=.02$), то среди юношей какой-либо заметной возрастной динамики относительно ориентаций на сексуальные отношения с постоянным партнером не происходит. В то же время, в отличие от девушек, среди юношей от 9-го к 11-му классу явно увеличивается доля тех, чье сексуальное поведение сориентировано на «эпизодические контакты с разными партнерами»: соответственно 16,3% и 25,3% ($p=.05$).

Завершая обсуждение приведенных в табл. 2 данных, следует обратить особое внимание на то, что 15,6% учащихся ведет половую жизнь «эпизодически и с разными партнерами» и этот тип сексуального поведения определяется непостоянными, беспорядочными сексуальными контактами. В отличие от подростков, придерживающихся «семейного» стиля поведения, учащихся, отметивших этот вариант ответа, можно отнести к группе риска, т. к. среди выбравших подобную стратегию сексуального поведения наиболее высока вероятность заболеваний, передающимися половым путем (ЗППП). Также к группе риска можно отнести и подростков, «ведущих половую жизнь регулярно, но не имеющих постоянного партнера», их доля составляет 8,1%. Следует отметить, что с точки зрения общественной морали этот стиль сексуального поведения наиболее порицаем. В целом же среди подростков, начавших половую жизнь, в зоне риска в связи с возможностью заражением ЗППП находится каждый четвертый.

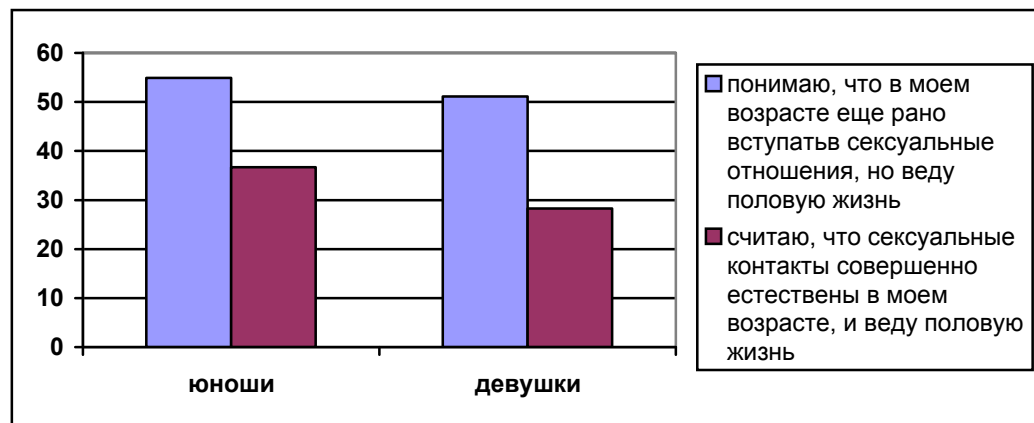


Рисунок 3. Доля школьников, имеющих сексуальный опыт, но не ведущих половой жизни в настоящий момент, среди принимающих и не принимающих возрастную ограничительную норму на вступление в половые связи (%).

Теперь мы можем сделать следующий шаг в нашем анализе и попытаться сопоставить отношение подростков к возрастной запретительной норме на вступление в сексуальные отношения со стилевыми особенностями их сексуального поведения. Подобное сопоставление позволяет выявить одну характерную тенденцию, которая отчетливо проявляется как среди юношей, так и среди девушек. И юноши, и девушки, считающие, что в их возрасте «еще рано вступать в сексуальные отношения», но, тем не менее, ведущие половую жизнь, гораздо чаще отмечают, что в настоящий момент они «не ведут половой жизни, хотя половой у них контакт был». Этим они отличаются от своих сверстников, кто не придерживается возрастной ограничительной нормы: «я считаю, что сексуальные контакты вполне естественны в моем возрасте и веду половую жизнь». Результаты ответов приведены на рис. 3.

Как видно из рисунка, среди принимающих запретительную норму доля подростков, не ведущих половую жизнь в настоящий момент, значительно выше, чем среди тех, кто не принимает подобную норму. Среди юношей различия значимы на уровне .02, среди девушек — .006. Иными словами среди тех, кто удерживает запретительную норму, значительно выше доля тех подростков, для кого сексуальный опыт ограничен лишь единичными прецедентами. В связи с этим следует также напомнить, что при содержательном анализе ответов на вопрос об отношении к норме мы отмечали, что данный вариант ответа фиксирует принятие нормы и ее нарушение и по сути дела определяет тех школьников, которые переживают своеобразный конфликт именно в связи с нарушением нормы. Таким образом, теперь мы можем продолжить интерпретацию полученных данных и сделать вывод о том, что, именно те школьники, кто переживает вступление в сексуальные отношения как внутренний морально-этический конфликт, ограничивают свои дальнейшие сексуальные контакты. Их сексуальный опыт остается в подростковом возрасте как прецедент, единичный случай, и собственно о стилях сексуального поведения говорить здесь не имеет смысла. Следует отметить, что обсуждаемые нами выше гендерные различия в ориентации на моногамные и полигамные отношения наиболее явно проявляются именно среди тех подростков, кто уже отказался от принятия возрастной ограничительной нормы на вступление в сексуальные отношения. И это понятно, поскольку снятие подобной нормы, как показывают полученные нами результаты, коррелирует с формированием непосредственно мужского и женского стилей сексуального поведения.

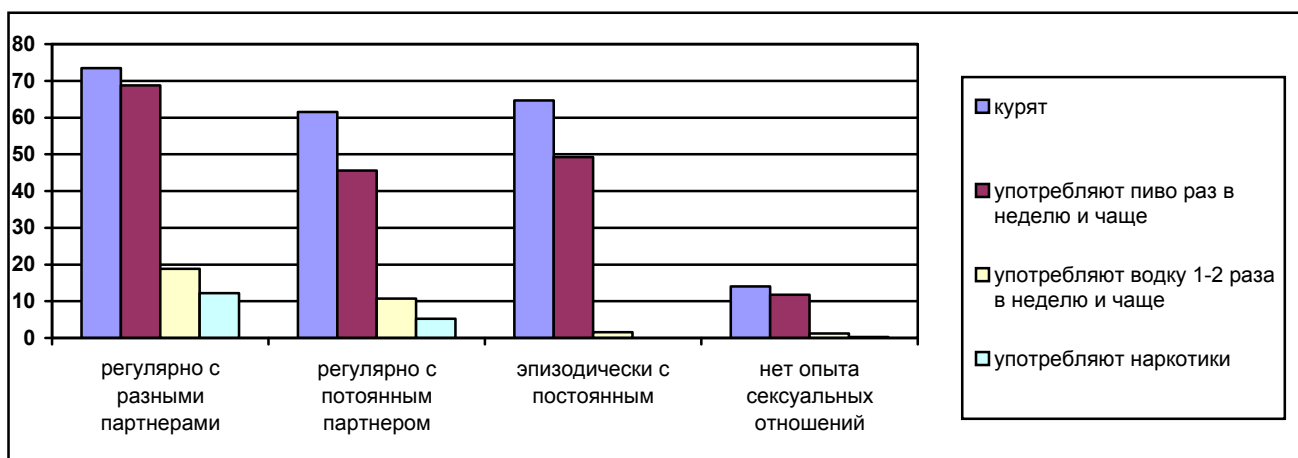


Рисунок 4. Распространенность разных видов девиантного поведения среди подростков, ведущих и не ведущих половую жизнь (%).

На рис. 4 отчетливо видно, что среди подростков, «имеющих постоянные сексуальные отношения с разными партнерами», гораздо более распространены такие формы поведения, как курение, систематическое употребление пива, водки, употребление наркотиков. И эта группа явно отличается от всех остальных. На втором месте по распространенности форм поведения, связанных с различными рисками для здоровья, находятся те подростки, кто в этом возрасте уже вступил в постоянные сексуальные отношения с регулярным партнером. Здесь также достаточно высока доля не только курящих и употребляющих пиво, но и тех, кто систематически употребляет водку и другие крепкие спиртные напитки, а также наркотики. Приведенные данные позволяют зафиксировать определенную логику распространения девиантных форм поведения в зависимости от стиля выбранного сексуального поведения. В этом отношении среди подростков, не имеющих опыта сексуальных отношений, гораздо менее распространены девиантные формы поведения.

ЛИЧНОСТНОЕ ЗНАНИЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ПРАКТИКИ – УСЛОВИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Институт педагогических инноваций РАО (Москва).

Наша педагогика переживает переломное время, она с понятным внутренним сопротивлением переходит к новому пониманию дидактических оснований деятельности учителя и психологических оснований деятельности ребенка. Аналогичная ситуация была в классической физике на рубеже XIX–XX веков. Макс Планк, будучи студентом, сказал своему учителю – профессору Жолли, что хочет посвятить себя теоретической физике. «Молодой человек, – удивился профессор, – зачем Вы хотите испортить себе жизнь? Ведь уже все известно, осталось лишь два-три штриха». Именно на ровном месте общеизвестного и всем понятного возникла волна невиданных идей, концепций и теорий, создавших новую физику. «Человеческое мышление творит вечно изменяющуюся картину Вселенной» – этот принцип, развернутый в книге А. Эйнштейна и Л. Инфельда «Эволюция физики», – ключ к пониманию того, что происходит в пространствах современной философии образования, педагогики и дидактики. В них рождаются, находят подтверждение и начинают практически использоваться принципиально другие, не=классические (не=традиционные), идеи. О них эта статья.

Что такое «личностное знание»?

Какое знание формируется в ребенка в процессе его образовательной деятельности? – Базовое? Учебное, зеркально соотносящееся со стандартами («учебно-стандартное»)? Системное? Объективное? Эти прилагательные, на мой взгляд, не отражают того, что действительно происходит в образовании **с ребенком**. Они скорее – дань представлению, что обучение есть трансляция, а знание – результат усвоения, правильность которого должна проверяться и контролироваться учителем; что ребенок, якобы, в своем восприятии мира следует логике взрослого, повторяет ее, «интериоризирует» и воспроизводит ее в своем поведении. На этом уже двести лет стоит школа.

Но уже в середине XX века появляются представления, несущие другие смыслы. Понятие «личностное», или «персональное», знание стало широко использоваться в науке после появления в 1958 г. книги Майкла Полани (M. Polany. Personal Knowledge). М. Полани говорил о скрытом, неявном характере знания; о не=прямолинейном характере его распространения, поскольку оно приобретает в практике и не может быть разработано эксплицитно, на основе объяснения (а еще раньше Бертран Рассел доказал предрасположенность каждого человека к определенному, собственному видению мира). Если знание привносится в опыт другого человека «со стороны», то усвоение всегда будет неэффективным и ущербным, такое «усвоенное» знание не долго сохраняется в памяти, а практическое пользование им затруднено, проблематично. Только то знание запоминается надолго и используется практически, которое выведено самостоятельно.

А. Г. Асмолов анализируя ситуацию, как «чужие» равнодушные идеи могут превратиться в «свое» личностное знание говорит о необходимости совместной деятельности детей и взрослых, преодолевающей дисциплинарную модель усвоения «чужого» знания.

Основные противоречия сферы образования состоят в том, что

- 1) школьная система продолжает считать задачу трансляции ученику т. н. «объективного», «чужого» знания приоритетной;
- 2) в результате «успеваемость» отождествляется с «успешностью» ребенка, а это влияет на определение учителем «уровня развития» (часто поспешные выводы оборачиваются для ребенка драмой);
- 3) большинство дидактов и методистов осознанно или неосознанно работает на задачу усовершенствования традиционной трансляции «чужого» знания;
- 4) официальная образовательная политика и управленческая практика стараются обеспечить приоритет прямолинейного традиционного обучения, где личностное развитие ребенка фактически оказывается на втором плане;
- 5) это порождает низкую эффективность обучения и неизбежный педагогический брак, которые неустраняемы в существующей системе координат: «объяснение – усвоение абстрактного знания – многоярусный контроль – отметка как показатель успешности».

И вот, несмотря на призывы сделать школу личностно ориентированной и отойти от узкого понимания постулата «обучение ведет за собой развитие», учителя каждый день начинают уроки с объяснения и повторения материала, затем следуют бесконечные разъяснения, потом контроль усвоения, отметки (стрессы или радости) и видимость усвоения знания учащимся... Теперь те же механизмы (в упрощенном варианте) пытаются внедрить и в детских садах. Того, кто не вписался в жесткие механизмы конвейерного обучения, система отбраковывает. Школа отчитывается за эту «успеваемость», а управление образованием получает на основе дутых показателей «основание» для манипулирования школами. 12-летнее обучение, десятибалльные отметки и ЕГЭ не разрешат противоречий.

Вопрос к читателю: какой объем знания лично вы приобрели в школе и используете до сих пор? Если специалист – не учитель-предметник, то ничего из школьного знания ему не нужно. Обширные и многолетние исследования на межгосударственном уровне доказали общую низкую эффективность школьного обучения «чужому» знанию: на уровне примерно 50% у выпускников до 10% у тех, кто окончил школу на десять лет раньше.

Что изменит «личностное знание»? К чему оно поведет школу? Его основная предзадача (на этапе среднего образования) – помочь в самоопределении и самореализации растущего человека. Если личностное знание действительно станет одним из основных условий индивидуального образования, то его последовательное обеспечение сможет в корне изменить все, что касается организации жизни детей в школе.

Может ли школа помочь ребенку строить личностное знание?

В системе обучении много убийственно жесткого и прямолинейного, но все же в ней сложилась и иная (альтернативная) практика, когда учитель создает условия для становления личностного знания у каждого ребенка и при этом не «учит», а развивает его. Назову только две модели/концепции, схожие в главном – отрицании транслирующей функции обучения, ухода от распространенной формы урока-объяснения/повторения и от роли учителя-«объяснителя» и контролера:

- вероятностное образование А. М. Лобка и И. В. Христенко;
- Школа-парк М. А. Балабана, О. М. Леонтьевой, А. М. Гольдина.

Модель вероятностного образования построена на развитии мышления, рефлексии детей, их авторской позиции в понимании мира. Занятия изначально носят творческий характер, побуждают детей не повторять учителя, а реализовать себя в качестве автора разнообразных культурных текстов. Обоснование модели такого образования детей дано в монографии А. М. Лобка «Антропология мифа». В рамках начальной школы дети учатся «писать-читать-считать» не по готовым стандартным методикам, а только в пространстве собственного творчества и собственной рефлексии (различных для каждого ребенка!). Это – *осознанная личностная форма бытия ребенка в культуре в условиях создания культурных артефактов и личностного знания.*

Модель Школы-парка создает условия для реализации *личностного интереса к тем или иным предметным областям и конструирования на этой основе личностного знания о конкретных науках и своего мировидения в условиях свободной, студийной формы коммуникации на основе интереса.* Книга А. М. Гольдина, где эти процессы подробно описываются, одна из немногих в отечественной педагогике, анализирующая *альтернативное понимание теории образования и педагогики.*

В наши дни все мало-мальски отличающееся от известного традиционного обучения называют инновациями. За инновации выступают буквально все. Чуть ли ни каждая школа внедряет инновации. Однако в подавляющем большинстве числе случаев – это различные формы улучшения традиционной образовательной системы, некие детали ее декора и мелкого поверхностного ремонта, латания смысловых дыр-провалов. Если с этих позиций посмотреть на возможности развития образования, то легко увидеть, что в обозримом будущем все школы станут не только личностно ориентированными, но и инновационными и творческими. Тогда и вопрос о реформах отпадет. Остается надеяться, что педагогическое сообщество научится отличать истинные инновации и преобразования от их имитаций.

Все же есть перспективы развития, потому что есть истинные инновации. Одну из них и анализирует А. М. Гольдин. Он начинает с тщательного рассмотрения теории образования М. А. Балабана, заслуга которого в том, что на понимании знания как **личностного феномена** он выработал метод свободной организации образовательных процессов и экспериментально доказал его широкие возможности. Этот метод альтернативен тому, что предлагается классической дидактикой. Сегодня в сфере образования уже созданы прецеденты организации школьных занятий на основе альтернативного понимания образовательной деятельности учащегося и иной, не=трансляционной, а творческой/авторской роли учителя. Практика построения личностного знания каждым учеником – это и есть Школа-парк. Первые опыты в этом направлении были описаны О. М. Леонтьевой в 1995 г., но с выходом книги А. М. Гольдина мы можем говорить о том, что в нашей теории образования уже создано альтернативное методологическое/методическое направление. Гольдин дает живое описание практической деятельности команды педагогов, показывая потенциальные возможности образования, где не учителя ведут ученика, требуя от него соблюдения каждого шага «усвоения» (т. н. педагогической технологии), а ученик идет самостоятельно, учитель же наблюдает свободный ход ученика и обеспечивает разнообразную помощь, если это нужно конкретному ученику. В противовес т.н. педагогической технологии появились образовательные средства самого ученика, самостоятельно действующего в информационной и коммуникативной среде. Понимание этих особенностей должно повлечь кардинальные изменения в классической педагогике и дидактике.

Отмечу следующие важные положения книги:

- «усвоение» (со стороны ученика) и «объяснение» (со стороны учителя) – отнюдь не главное в реальных (а не мифологизированных) образовательных процессах; более того, механизм «объяснения-

усвоения» мешает развитию самостоятельного, независимого, критического, творческого мышления ученика; основа же стандартной школы – некритическое усвоение, именно оно – норма;

- традиционное обучение строится на запоминании и воспроизведении информации и «контроле за поминания», однако при этом не учитывается свойство памяти отторгать не=личностное знание, поэтому в выигрыше остаются те ученики с репродуктивным типом мышления;

- «знания» не передаются и не усваиваются, а **выводятся учащимся самостоятельно** в общении, поэтому знание – не отчужденное и совершенное орудие познания; наоборот, оно конструируется, растет, развивается вместе с опытом деятельности человека, становится живой частью индивида (его **органом**);

- живому знанию нужна живая педагогика, строящаяся на активности не учителя, а учащегося, его выбора, удивления, любознательности, вопрошания (чему нет места на традиционном уроке, построенном на постулате классической дидактики: «объяснили – повтори»);

- постоянная потребность достраивать, конструировать и перестраивать собственное знание вызывает потребность его анализировать, членить, рассуждать, сравнивать и... ошибаться (в школе же за ошибки наказывают и с ними борются);

- конструирование собственного знания почти всегда идет не=явно, интуитивно, спонтанно, **на фоне** (здесь рождается фоновое знание) разнообразных «побочных» занятий (а в школе нельзя отвлекаться) и не=логично (а в школе одна логика – логика учителя);

- конструирование собственного знания – вещь интересная, но ее трудно проделать в одиночку: нужен постоянный обмен рассуждениями (а в школе надо сидеть тихо и никому не мешать, т. е. не помогать другим думать и рассуждать); значит, общение, опосредованное или непосредственное, – та единственная среда, в которой только и возможны рас=суждения;

- в ситуации активного конструирования учеником «своего» знания главным образовательным/педагогическим условием становится не «влияние» или «воздействие» на ученика, а его самоопределение, активность и постоянный выбор ситуации, своего действия, идеи, своих проб и ошибок.

Так обозначились контуры одного из направлений альтернативной дидактики: обеспечить индивидуальный поиск учащегося, лично заинтересованного в том, чтобы получить ответ на вопрос, который сам поставил, уйти от вопросно-ответной формы ролевого общения учителя с учеником как проверки «усвоения». Собственный вопрос, личностное непонимание изучаемого вопроса – вот что лежит в основе учебы, а вовсе не объяснение учителем нового материала, не интересного (зато обязательно-принудительного) для ученика. Не просто общение, не просто диалог, а дискуссия детей и взрослого (с обозначением всевозможных позиций) создает для этого коммуникационное обрамление, в котором происходит заинтересованное узнавание и появляется то личностное знание, которое и остается в памяти и ложится в конструируемую каждым структуру понимания мира. Возможности реализовать эти принципы открываются тогда, когда вместо уроков по конкретным дисциплинам и «занудного» объяснения того, что никто не просит объяснять, учитель вместе с учениками организует занятие открытого, студийного типа, где каждый находит себе дело в общей предметной деятельности и на том уровне сложности, том уровне включенности, которые он выбирает сам, на основе собственного, осознанного интереса. Эта самостоятельность и свобода действия нужна не только учащемуся, но и учителю, которого приучили к кулинарной рецептуре как единственно возможному способу приготовлению пищи.

А. М. Гольдин указывает на различные формы таких вольных занятий, вот некоторые: «активное молчание», «направленное чтение», «ассоциативные ряды», «диффузная игра», «подбор литературы», «обращенный рассказ», «соревнование», «проект». Каждый метод связан с определенными потребностями учеников и соответствующими задачами педагога. Есть, конечно, и подведение итогов: в конце занятия, четверти и учебного года, но только делается это не в балльной системе отметок... В рамках вероятностного образования Лобка-Христенко, или ТРИЗ-педагогика, есть свои оригинальные находки, есть и схожие приемы. Но главное – учащийся в системе собственной учебы может выйти далеко за пределы базовых программ (поскольку последние созданы для «ленивого и не любознательного» ученика).

«Стандарты информированности», которые сейчас вводятся – это традиционное закрепление уровня *усвоенного, но чужого знания*. Они загоняют школу в тупик постоянного контроля усвоения ребенком громадных массивов мертвой информации. Поэтому с полной уверенностью можно сказать, что эффективность «стандартов» будет все той же, что и эффективность традиционного обучения в целом. Стандарты могут быть приемлемыми в том случае, если они останутся «Примерными», не будут критериями отметок при тестировании ученика и оценки деятельности школы в целом, а будут учитывать их свободный выбор, показывая и ребенку, и учителю **возможное поле** персональной исследовательской и практической деятельности, не требующей всеобъемлющего контроля со стороны администрации школ и органов управления. Но вся беда в том, что система управления как раз и делает «стандарты» базой для определения «успешности» и тех, и других. Успешность (учащегося, учителя, школы) должна определяться скорее результатами их **практической деятельности**, а не информированности детей, даже если ее ос-

новой массив – личностное знание. Это предполагает, в конечном счете, выведение **практики ребенка** на первый план его образования.

Культурные практики ребенка вместо «чужого» знания и репродуктивной учебной деятельности

Перспективы компетентностного подхода. Задачи повышения качества образования, которые поставлены в Концепции модернизации, невозможно решить без обновления его содержания. Сегодня признанием получил компетентностный подход, который в значительной мере снимает многие противоречия между жизненными перспективами выпускников средних школ, их приспособлением к существующим формам образования, их реальными интересами и тем, что от них требуют на уроках в массовой школе и на экзамене. Значительный шаг в развитии компетентностного подхода – разработки Школы самоопределения. Педагогами школы подготовлены подробные рекомендации, раскрывающие суть и особенности перехода к компетентностному построению образования детей. В статьях в журнале «Демократическая школа» № 1 и № 2, 2003, А. Н. Тубельский выстраивает компетентностное содержание образования. Оно нацелено на универсальные умения, или ключевые компетентности, т. е. такие умения и способности, которые принципиально важны любому профессионалу, например, умение организовать работу, принять участие в выработке коллективного решения, или найти и проанализировать нужную информацию. Называются три основных типа универсальных умений: познавательные, деятельностные и коммуникативные. Подчеркивается, что формирование ключевых компетенций не может быть осуществлено учителем лишь на уроках по своему предмету, что требуется тесное взаимодействие специалистов разных профилей, совместные пробы, отслеживание их результатов, создание межпредметных полей, необходимых для становления у учащихся нового опыта. В связи с этим встает задача постепенного отхода от классно-урочной системы в общеобразовательной школе.

Однако, анализ форм взаимодействия учителей экспериментальных школ показал, что в большинстве из них такую работу организуют в привычных формах, которые пригодны для некоторого совершенствования частных методов, но оказываются **мало пригодными для запуска принципиально нового, компетентностного содержания образования.** Организация нового по содержанию взаимодействия учителей уже реализуется в некоторых школах, например, проблемные группы, временные творческие коллективы, предметные и межпредметные кафедры, научно-методические советы. Но это – способы построения новой педагогической деятельности.

Пробелы в теории образования. В контексте задач выстраивания нового содержания образования и новых идей относительно образующихся качеств ребенка и подростка (компетентностей) интересно другое. – Каковы способы и содержание новой образовательной деятельности ребенка в школе (специально не говорю «учащегося», «ученика», «обучающегося», поскольку принципиально хочу выйти за рамки ролевых отношений в школе и рассматривать взаимодействие взрослых и детей в экзистенциальном плане, развивая логику не просто гуманной педагогики, а саморазвития, самоопределения и самореализации ребенка в образовании)? Вполне возможно, есть противники такой позиции, поскольку здесь, как может показаться, рушится традиционная педагогика воздействия и начинается немного необычная педагогика понимания с другими педагогическими нормами. Но думается, что мы, принимая разнообразие как принцип демократической жизни, должны рассматривать разные позиции и модели, в том числе, казалось бы, и маловероятные в условиях современной массовой школы. Такими принципиально новыми способами и содержанием образовательной деятельности ребенка в школе могут стать его **культурные практики** (Н. Б. Крылова, 2000, 2002).

Что такое культурные практики? Это – разнообразные, основанные на интересах ребенка *виды деятельности и складывающегося опыта, выросшие на основе личностного знания.*

Сюда включены *исследовательские, образовательные, коммуникативные, организационные, проектные, художественные способы и формы действий.* В этих практических процессах он сам, в соответствии с собственной индивидуальной программой обучения и образовательными потребностями, овладевает интересной для него информацией, учится учиться в непосредственной деятельности и проектировании, поскольку основная форма его обучения и самообразования – разнообразные проекты, соответствующие видам деятельности. Подчеркну – именно разнообразные культурные (и накапливаемые) практики ребенка подлежат комплексной оценке: самооценке, экспертизе и презентации.

Культурные практики – это также приобретение различного опыта общения и взаимодействия с людьми (работа в различных командах и общественных структурах) – взрослыми, сверстниками и младшими детьми. Это и приобретение нравственного, эмоционального опыта (опыта сопереживания, помощи, защиты, эмпатии, альтруизма и т. п.).

В культуросообразной школе основной показатель т. н. обученности – не ЗУНы, не усвоенная информация, а освоенные с помощью проектов культурные практики. Знания и умения – всегда вторичны, они – результат культурного освоения определенного, часто нового, вида деятельности. Поэтому занятия с самого начала должны носить прагматический характер. Например, обучение грамотности (по любому

языку) должно идти не в рамках бессмысленных для ребенка упражнений, а конкретных действий: написания записок, писем и любых других необходимых ему текстов по выбору. Чем многочисленнее и разнообразнее культурные практики ребенка, тем больше условий для становления его грамотности, образованности и культурной идентичности.

Однако может возникнуть вопрос: зачем вводить новые понятия в педагогику и дидактику? Сомнения не случайно начинаются, когда исследователь при введении нового понятия пытается ответить на элементарный вопрос: не будет ли оно просто лишним? Чтобы ответить на него, надо выяснить, существуют ли ограничения, рамки или «граница» прежних понятий, есть какая-либо их недостаточность.

Первая рамка. Основные понятия педагогики (педагогический процесс, воспитание, обучение) раскрывают основы деятельности **педагога**, что совершенно естественно, поскольку распространено представление о педагогике как науке об искусстве воспитания и обучения детей взрослыми. Все, что касается объяснения процессов, происходящих при этом в самих детях, вписывается в общепринятое в педагогике и педагогической психологии объектное отношение к ребенку как воспитуемому и обучаемому.

Однако без реального понимания внутренних (обусловленных особенностями саморазвития ребенка, становления его самосознания и личностного знания) ситуаций воспитания и обучения качество образования будет низким. Для объяснения того, что происходит в образовании, используют понятие «педагогический процесс», раскрывающий совокупность действий учителя и ученика и описывающий **внешне** задаваемые условия влияния педагога на ребенка. Другое понятие – «образовательный процесс» – уже ближе сути того, что делает в образовании ребенок самостоятельно, это понятие более «природосообразно» в отношении ребенка. Но во многом остается скрытым, **как и посредством чего** он это делает, если речь идет о внутренних процессах. На этот вопрос частично отвечает педагогическая психология, однако, традиционная педагогика не дает развернутого ответа, поскольку ориентирована преимущественно на описание деятельности учителя, а деятельность ребенка объясняет упрощенно: он следует за взрослым, он – отражение взрослого.

Вторая рамка. В этой логике предметом педагогики считается педагогическая система и педагогическая деятельность. Но может ли педагогика объяснить, если она личностно ориентированная, особенности, содержание и формы деятельности ребенка, движущегося в другом образовательном пространстве, чем педагог (поскольку ребенок в образовании конструирует *свое* личностное знание и постигает *свои* культурные практики).. Иначе придется признать, что ребенок развивается только и именно в заданной педагогической деятельности, что далеко не так. Или педагогика, признавая личностно ориентированное образование, должна расширить свой предмет и признать, что в сфере образования помимо деятельности педагога есть место и для суверенной, т. е. протекающей независимо от взрослого, деятельности ребенка... Ответ на этот вопрос требует выхода за привычные рамки.

Третья рамка. Основными понятиями педагогики, а точнее даже дидактики, описывающими деятельность ребенка, стали «ЗУНы» и «учебная деятельность», которые часто приравниваются к содержанию педагогического процесса. Традиционно ЗУНы рассматриваются как усвоенные в обучении некоторые объемы информации, операций и способов выполнения определенных (учебных) действий. Учение, учебная деятельность ребенка довольно часто и почти автоматически отождествляются с педагогическим процессом. Появление нового понятия «компетенция», несомненно, шаг вперед в очищении содержания образования, способ избавиться от балласта и высвободить пространство для творчества учителя и ребенка. Но неясно, как это можно сделать в рамках стандартных учебных программ и плана, определяющих *рамки* учебной деятельности. Фактически получается, что педагогика – это наука о стандартизированных (заданных) действиях педагога и результативности этих действий. Ребенок оказывается лишенным в такой педагогике собственных структур, содержаний и форм деятельности. Он целиком вписан в целенаправленный педагогический процесс. Это означает, что он по определению остается объектом деятельности педагога, несмотря на то, что педагог объявляет постоянно: ребенок – центр педагогического процесса. Но если он – «центр», а педагог – «периферия», то что же принадлежит в образовании лично ребенку? Загадочное «саморазвитие»?

Возможно, эти вопросы, неясности, ограничения, противоречия, а главное – боязнь выйти за пределы известных теорий – причина недостаточного системного обеспечения личностно ориентированного образования.

Если мы хотим остаться на базе гуманной педагогики, мы должны научиться объяснять образовательную деятельность и саморазвитие ребенка, не просто включая их в педагогическую деятельность учителя, а из самой деятельности ребенка. Это не означает принижение роли педагога, это обозначает лишь направление поиска той деятельности ребенка, в результате которой появляются ЗУНы, или компетентности, или какие-либо другие личностные качества этого ребенка. Если это новое проблемное поле рассматривать с позиции классической дидактики, то для его объяснения не хватает понятий.

Особенности культурных практик. Что дает использования понятия «культурные практики ре-

бенка» дополнительно, в сравнении с уже употребляемым понятием учебной или познавательной деятельности? Оно – отражение гораздо более широкого и разнообразного диапазона действий детей; особенностей организации и самоорганизации разнообразных сред, или пространств образования. Наконец, оно помогает понять механизм становления и развития универсальных умений (компетенций). Практики называются культурными (а не социальными, или учебными, или иными), поскольку открывают возможности для личной инициативы ребенка в создании собственных артефактов, образцов и творческих продуктов деятельности **на основе практически/прагматически осваиваемых культурных норм** (где культура – сущностное качество любой формы деятельности). Культурные практики – явление комплексное, включающее как способы действий и освоенные культурные нормы и образцы деятельности, так и опыт работы и суммирование личных результатов и достижений, а также опыт их презентации для школьного сообщества, поскольку в зачет идет все, что делает ребенок в школе (а не только его работа на уроке в логике учителя и выполнение домашних заданий). Конечно, культурные практики включают непосредственную учебную деятельность, которую организует учитель, но обязательно совместно с детьми. Кроме этого, в них входят и индивидуальная образовательная деятельность в рамках освоения индивидуальных программ, и практическое участие в демократическом школьном самоуправлении, и участие в социальных проектах вне школы, которые в рамках ЗУН-парадигмы не учитываются. Попробуем отразить эти новые взаимосвязи в схематичном виде.

КУЛЬТУРНЫЕ ПРАКТИКИ РЕБЕНКА И СОДЕРЖАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Содержание образования	Культурные практики ребенка (виды деятельности и сферы приобретения опыта)	Педагогическая деятельность учителя
Основные образовательные пространства школы (учебное, дополнительное, информационное, коммуникативное, свободное)	Исследовательские, образовательные, коммуникативные, организационные, досуговые (в соответствии с индивидуальной структурой досуга и текущими/постоянными интересами).	* Учебное (образовательное) пространство – преподавание и методическая работа. * Внеучебное – педагогическое общение, сотрудничество, участие в со-управлении
Основные виды компетенций (универсальных умений): познавательные, деятельностные, коммуникативные	* Способности проектирования и опыт участия в разнообразных проектах, как в школе, так и вне ее. * Опыт разнообразной деятельности в коллективе, группе, команде. * Опыт самоорганизации и самообразования. * Свободное творчество и развитие интересов.	Профессиональные компетенции (общепедагогические, предметные). Способность к постоянному самообразованию. Творческие способности. Психологические, нравственные, организаторские качества, необходимые в работе с детьми.

Для данного подхода принципиально важным является внимание к:

- индивидуальной организации разнообразных образовательных процессов, их суммированию и включению в жизнь сообщества;
- конструированию педагогической деятельности на основе инициативы, интересов и мотивации детей (а не просто отчужденных «стандартов»);
- проектной форме организации всех культурных практик;
- взаимодополняемости основного и дополнительного образования;
- обеспечению демократического образа жизни школьного сообщества как гаранта перехода образования от информационной к деятельностной модели организации.

Введение феномена культурных практик в содержание образования вызвано несколькими причинами:

- 1) объективной потребностью не просто расширить социальные и практические компоненты в содержании образования, а сделать проектный опыт учащегося, основанный на его интересе, доминирующим;
- 2) большей актуальностью культурной и социальной идентификации выпускника школы для его развития, чем его информированности;
- 3) необходимостью преодолевать количественную систему оценивания, создавая базу для развертывания разных вариантов качественных систем оценивания, ориентированных на социальные и практические успехи и достижения школьников.

Личностное знание и культурные практики школьника – два основных условия преобразования школы, ее выхода из тупика обязательно-принудительного, репродуктивного обучения детей - в открытое и инициативное пространство совместного творчества детей и взрослых. Это – единственно реаль-

ный продуктивный путь решения наиболее острых проблем организации современной школы.

ЛИТЕРАТУРА

Асмолов А. Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. - М.: «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 768 с.

Балабан М. А. Школа-парк. Как построить школу без классов и уроков. - М.: «Первое сентября», 2001. – 208 с.

Гольдин А. М. Образовательная система «Школа-парк»: теории и практика. – Екатеринбург: Полиграфист, 2002. – 294 с.

Крылова, Н. Б. Культурология образования». // Новые ценности образования, № 10. М.: Народное образование, 2000. – 272 с.

Крылова Н. Б. Культуросообразные школы и традиционная система образования. // Новые ценности образования, № 11. 2002. –192 с.

Лобок А. М. «Антропология мифа». - М.:Academia, 1996. – 850 с.

Новые ценности образования № 1 (12): ТРИЗ-педагогика. 2003. – 134 с.

Учитель, который работает не так (опыт развития индивидуальности учеников и учителей). Под ред. А. Н. Тубельского. - М.: Изд-во Московского центра вальдорфской педагогики, 1996. – 336 с.

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

И. В. Шадрина

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск).

Организационное признание психотерапии в клиниках всех профилей позволяет расширить объем психотерапевтической помощи и повысить общую эффективность лечения. Все элементы лечебного комплекса должны мобилизоваться с помощью психотерапии в широком смысле этого слова. Однако этому мешают общемедицинские проблемы, которые присутствуют и в детской психоневрологии. Одной из таких проблем является противостояние психотерапии и психофармакотерапии, которое начинается уже на уровне врачей-интернистов. Так, если ребенка направляют к психотерапевту, то подразумевается, что лечение будет осуществляться только посредством методов психотерапии. Назначение при этом психофармакотерапии воспринимается негативно как направляющим врачом, так и родителями больного ребенка.

Еще одна проблема заключается в том, что в ряде медицинских учреждений забыли об условном делении психотерапии на «малую» и «большую», или частную. «Малая» психотерапия всегда подразумевала присутствие медицинской этики и деонтологии в лечебном учреждении, а также решала задачи общепсихотерапевтических подходов. В рамках последнего предусматривается не только организация охранительного режима в лечебном учреждении, но и максимальное предотвращение любых психотравмирующих факторов, в частности болевых. Пренебрежение к проблеме боли привело к тому, что дети и даже подростки испытывают по отношению к медицинскому персоналу (людям в белых халатах) чувство страха, снижающее эффективность любого лечения.

Совершенно не обращается внимание на еще одну важную проблему: как назначается лечение, особенно медикаментозное. Бессмысленно оспаривать тот факт, что как врач подаст, охарактеризует лекарство или иной метод лечения, так оно и будет действовать. Казалось бы это не важно для маленьких детей, но ребенок верит родителям, поэтому процесс назначения лечения необходимо относить к психотерапевтическим мероприятиям, направленным не только на больного, но и его родителей.

Решение всех этих проблем не возможно без взаимодействия психотерапии и психофармакотерапии. Однако, созданию и внедрению такого альянса мешает еще одна проблема, которая неоднократно поднималась детскими психиатрами (Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Л. Ю. Данилова, 2001). В детской психоневрологии возникла парадоксальная ситуация: имеется достаточное разнообразие новых высокоэффективных препаратов, которые не разрешены для применения в детской практике.

Работа с детьми и подростками, пострадавшими от ожогов, требовала от нас решения вышеперечисленных проблем. Длительный опыт работы в ожоговом центре (более 13 лет) позволил создать систему психотерапии, взаимодействующую с психофармакотерапией. Разработанная система начинает работать с момента поступления пострадавшего в стационар.

Доказано, что ожоговая травма вызывает развитие острой реакции на стресс, причем, с одной стороны, симптоматика усугубляется нарастанием боли, с другой – необходимыми врачебными манипуляциями и самой ситуацией пребывания в операционной. Нарастающее состояние оглушения, сужение поля сознания и недостаточная реакция на внешние стимулы не означают, что нет необходимости проводить седативную терапию и соблюдать охранительный режим. Соблюдение охранительного режима на этой стадии предусматривает оказание помощи пострадавшему ребенку в отдельной перевязочной, чтобы он не видел других травмированных. В комплексе противошоковой терапии проводится максимальное обезболивание, также назначается метаболическая и седативная терапия.

Если состояние ребенка не требует пребывания в реанимационном отделении, то он госпитализируется вместе с матерью или другим значимым близким. Учитывая развитие острой реакции на стресс у родственников, особенно матери, которой предстоит ухаживать за обожженным ребенком, ей также назначается седативная терапия.

В ожоговой практике часты случаи, когда мать виновна в травме ребенка. Это обуславливает развитие у нее острой реакции на стресс с чувством вины, а в последующем - расстройство адаптации с депрессивными реакциями. С целью предотвращения и коррекции таких нарушений с матерью проводится разъяснительная психотерапия, которая сводится к тому, что исправить свою вину она может хорошим уходом за ребенком. Однако при такой ситуации одной лишь психотерапии недостаточно, поэтому предусмотрено назначение, по показаниям, антидепрессантов и бензодиазепиновых транквилизаторов, обладающих противотревожным действием. Проводится также рациональная психотерапия с другими род-

ственниками, особое внимание уделяется отцу пострадавшего. Задачей такой психотерапии является уменьшение вины матери в глазах родственников. Пренебрежение этим может вызвать конфликт в семье, что в дальнейшем скажется на ребенке. Наблюдения за пострадавшими в периоде отдаленных последствий ожоговой болезни выявили, что при отсутствии такой психотерапии ребенок с уродующим послеожоговым дефектом ненавидит свою мать.

При госпитализации пострадавшего в реанимацию также соблюдается охранительный режим, проводится психотерапия, сочетающаяся с психофармако лечением. Суть охранительного режима заключается в том, что дети помещаются в отдельные блоки, чтобы предотвратить их психотравматизацию видением и страданиями других больных.

В связи с тем что, по ряду объективных причин, мать в реанимацию не допускается, ребенок страдает, потеряв связь с ней. Это способствует формированию реакций госпитализма. Особенно психологически страдают дети, проходящие лечение в клинотронах, когда больной находится в состоянии постоянной вибрации и сенсорной изоляции. Для профилактики таких негативных реакций используется прием присоединения к ребенку через голос матери. Метод заключается в том, что делается аудиозапись голоса матери. Мать при этом успокаивает ребенка, поет ему свои песенки и т. п. Эта аудиозапись прослушивается пострадавшим регулярно, даже если он находится в коматозном состоянии или на аппарате управляемой вентиляции легких. Мониторинг показал, что во время такого сеанса у больного нормализуются пульс и число сердечных сокращений, улучшаются показатели ЭКГ и ЭЭГ. На фоне голоса матери проводятся все лечебные манипуляции, что не только успокаивает, но и отвлекает ребенка.

Пребывание в реанимации также предусматривает психофармакотерапию по показаниям. Так, при выявлении резидуально-органической церебральной недостаточности проводится ее коррекция. В комплексе лечения также предусмотрена терапия, направленная на нормализацию ритма сна, который зачастую нарушается именно в реанимации, т. к. необходимые манипуляции проводятся круглые сутки. Для этих целей используется фенobarбитал, улучшающий также функцию печени, которая при ожоговой интоксикации серьезно страдает. Применяются средства, нормализующие метаболизм. Ноотропная терапия в ожоговой клинике и затем амбулаторно проводится по типу «ноотропного колеса» (Г. Я. Авруцкий, 1981).

Наряду с известными средствами, улучшающими метаболизм в нервной системе, применяется отечественный препарат аплегин (карнитин, международное название левокарнитин). L-карнитин является природным веществом, родственным витаминам группы «В», относится к кофакторам метаболических процессов. Аплегин эффективен в условиях гипоксии (в том числе мозга) и при других критических состояниях; оказывает нейротрофическое действие, ограничивает зону поражения, восстанавливает структуру нервной ткани; нормализует белковый и жировой обмен, восстанавливает щелочной резерв крови. В остром периоде ожоговой болезни аплегин применялся внутривенно капельно в дозе 1-5 мл (в зависимости от возраста пострадавшего), разведенных в 200 мл 5% раствора глюкозы, дважды в сутки в течение двух недель.

В комплексе лечения также назначаются другие препараты, нормализующие деятельность нервно-психической сферы. Наряду с этим постоянно проводится психотерапия, которая заключается в прослушивании детьми (индивидуально) аудиозаписей детских песен, сказок. По мере улучшения состояния ребенка психотерапевтом проводится индивидуальная сказкотерапия. Учитывая страх детей перед болью, все манипуляции проводятся в щадящем режиме с максимальным обезболиванием. Врачи и медсестры при этом постоянно разговаривают с ребенком, отвлекают его посредством игрушек и т. п.

Таким образом, даже в условиях реанимационного отделения проведение психотерапии вполне реально, при этом она должна быть направлена на профилактику социальной депривации и страха. Эффективность всего лечения повышается, когда психотерапия сочетается с индивидуально подобранной психофармакотерапией.

После перевода ребенка в отделение к нему сразу присоединяется мать. Большая внушаемость и подчиняемость детей, хорошая эмоциональная откликаемость позволяют использовать эти возрастные особенности в психотерапевтических целях. Необходимо также при этом учитывать привязанность детей к родителям и веру в них, поэтому взрослые должны быть активными участниками психотерапевтического процесса, особенно в период назначения лечения. Как у больного ребенка, так и у его родственников должна быть сформирована установка веры во врача, других участников лечебного процесса, а также в назначаемое лечение, включая лекарственные препараты, физиотерапию, ЛФК. По мере улучшения общего состояния пострадавшего объем психотерапевтического воздействия расширяется, сочетаясь при этом с психофармакотерапией (по показаниям).

Известно, что рациональная психотерапия - это лечебный психотерапевтический метод, проводимый в состоянии бодрствования, который заключается в коррекции субъективно искаженной концепции и неверных представлений больного о своем состоянии здоровья; при этом используются рациональные логические выводы, базирующиеся на объективных данных и достижениях медицины. Таким образом, рациональная психотерапия обращена непосредственно к интеллектуальной стороне личности. Именно

поэтому ее использование для детей порой вызывает сомнения. Вместе с тем, опираясь на опыт В. В. Ковалева (1979), мы стали использовать этот метод при работе с детьми и подростками в ожоговой клинике. Проводимая рациональная коррекция направлялась на следующие компоненты мышления: представления, суждения и умозаключения больных о своем состоянии здоровья, применяемом лечении, внешности. Работа проводилась индивидуально с учетом возраста пострадавшего: чем младше был больной, тем большая роль принадлежала конкретно-наглядным примерам; чем старше – возрастал удельный вес логических построений. Никогда не шли на поводу у больных и их родственников, подтверждая ложные умозаключения с успокоительными целями. (Например, при ампутации конечности у 4-летнего ребенка вследствие электротравмы мать успокаивает сына: «Все будет хорошо, ножка обратно вырастет».)

Рациональная психотерапия включала в себя элементы перевоспитания, отвлечения. Перевоспитание при этом сливалось с педагогикой и было направлено на коррекцию тех свойств личности, которые являлись следствием болезни. При проведении рациональной психотерапии мы старались добиться того, чтобы дети поняли, что с ними происходит; осознали свои возможности активного влияния на процессы выздоровления. Для этого также использовались различные coping-стратегии, направленные на когнитивную, эмоциональную и поведенческие сферы психики пострадавшего. Даже маленьким детям удавалось объяснить их собственную роль в преодолении болезни. Подчеркивалась необходимость выполнения всех врачебных назначений.

Учитывая тенденции родителей, во благо детей и собственного самоуспокоения, к построению неадекватных моделей внутренней картины болезни, рациональная психотерапия проводилась вначале с родственниками (матерью), а затем с самим пострадавшим.

При ожоговой болезни невозможно исключить все психогенные факторы. Проведение психотерапии осложнялось разнообразием психопатологических расстройств, среди которых большое место занимали аффективные реакции, являясь одним из универсальных проявлений психического реагирования на психогении процесса лечения и своего внешнего вида. Специфика возрастного реагирования и отсутствие клинической апробации новых антидепрессантов сужала диапазон применяемых препаратов.

Препаратом выбора стал трициклический антидепрессант анафранил (кломипрамин). Он применялся при подавленности, «заброшенности» (например, у детей, госпитализированных без родителей), скуки, психологического дискомфорта, при формировании идей собственной неполноценности (на этапе реконвалесценции). Назначение анафранила способствовало снижению напряженности аффекта, что обуславливало смягчение гиперкомпенсаторного защитного поведения; улучшались когнитивно-мнестические процессы; больные активизировались, что положительно сказывалось при проведении психотерапии.

В случаях необходимости повторных хирургических вмешательств применялся прием совместного планирования работы с хирургами. Ситуацию предстоящей операции обсуждали во время рациональной психотерапии в присутствии родственников. Особое внимание при этом уделялось выяснению веры в успех операции, также оценивалась степень веры в конкретного врача. При необходимости проводилась коррекционная работа, повышающая авторитет специалиста и веру в положительный исход операции.

Предоперационная подготовка осуществлялась также посредством психофармакотерапии. С целью анксиолитического эффекта использовались бензодиазепины. Из них успешно применялся альпрозолам, оказавшийся наиболее эффективным при тревожных состояниях, беспокойстве, страхе («Я второй раз не выдержу операции»). В связи с тем что этот препарат быстро всасывается, его первичный эффект наступал уже через два часа после приема: уменьшались проявления тревожности, улучшалась коммуникативность, облегчалось проведение дальнейшей психотерапии.

Из препаратов группы бензодиазепинов аналогичным действием обладает клоназепам, который также применялся. В случаях более выраженной аффективной напряженности, депрессии и ипохондрических состояний применялся амиксид (люмботрил), содержащий амитриптилин и элениум. В качестве дневного транквилизатора назначался бромазепам, так как он не вызывает миорелаксации и не нарушает обычной активности больных. При наиболее выраженной тревоге использовался феназепам, превосходящий по силе анксиолитического эффекта другие транквилизаторы.

Для уменьшения проявлений страха и тревоги перед перевязками и другими болезненными процедурами (например, ЛФК), а также для снятия эмоционального компонента боли применялись альпрозолам, клоназепам, феназепам (per os, под язык за 30-40 минут до процедуры, в возрастных дозировках). Во время самой процедуры проводилось отвлечение посредством аудиозаписей музыки, сказок. Разрешалось брать с собой любимую игрушку, которую накануне сам ребенок перевязывал, делал ей укол и т. п., успокаивая и объясняя, что нужно потерпеть. Нами была прекращена практика обмана детей, что «будет не больно». Показательно, что именно в результате таких обманов дети называли медсестер лисами: «Лиса обещала не есть Колобка, но обманула». Так и медсестры, обещая, что не будет больно, не могут избежать этого. Поэтому лучше не обман, а сочетание психотерапии с психофармакотерапией.

Для коррекции неадекватной модели внутренней картины болезни была выбрана гипносуггестия,

что обосновывалось феноменом повышенной внушаемости, особенно в случаях формирования уродующих дефектов видимых частей тела. Гипносуггестия применялась с 3-летнего возраста. Детям дошкольного возраста она проводилась, согласно рекомендациям В. В. Ковалева (1979), в предсонном состоянии во время дневного сна. Чем младше был пациент, тем более метафоричной была гипносуггестия, а ее стадии – менее глубокими. Увеличение глубины гипнотического состояния и диапазон суггестивных приемов расширялся по мере взросления детей. Новым являлся прием проведения общих сеансов гипносуггестии для матери и ребенка. Поощрялось желание отца участвовать в таких сеансах. «Семейные» сеансы оказались эффективными для коррекции внутренней картины болезни и поведения пострадавших. Во время гипносуггестии, а также в состоянии бодрствования проводилось эмоционально наполненное внушение, направленное на повышение эффективности лечения, в том числе медикаментозного.

В случаях, когда несмотря на неоднократные хирургические и другие лечебные мероприятия, косметические дефекты видимых частей тела становились все более явными, вера в лечение исчезала. Врачу-психотерапевту приходилось восстанавливать веру больного и его родственников в себя и других специалистов. Задача психотерапии при этом заключалась в том, чтобы привлечь пострадавших к активному сотрудничеству. В этот период не предпринимались даже попытки привлечения их к групповым занятиям. Это обуславливалось, с одной стороны, тем, что психологически больным было тяжело находиться в окружении таких же изуродованных; с другой – окружение внешне здоровых также являлось для них фрустрирующим фактором. Необходимо признать, что пребывание среди пострадавших с уродующими косметическими дефектами психологически трудно и для самого врача. Поэтому психотерапия носила индивидуальный характер.

По мере формирования косметических дефектов нарастали аффективные расстройства. Учитывая тот факт, что в реконвалесцентном периоде пострадавшим надоело любое лечение, а также они приняли большое количество препаратов, возникала необходимость ограничить их количество. Из антидепрессантов в таких случаях препаратом выбора становился золофт, разрешенный к применению у детей старше 6 лет. Применение золофта обосновывалось также отсутствием у него холинолитического и кардиотоксического эффектов (при ожоговой болезни страдают все органы и системы) с наличием при этом вегетостабилизирующего действия. Кроме того, применение золофта было эффективно при обсессивно-фобических расстройствах, активное становление которых приходилось на начало реконвалесцентного периода. Учитывая, что период полураспада золофта равен 24 часам, препарат применялся один раз в сутки.

При тревоге, гиперактивности, а также при угрозе соскальзывания расстройств с невротического уровня на психотический применялись фенотиазины (терален, соннапакс).

Древние врачи говорили, что «пилюли и внушение лучше одних пилюль», т. е. словом можно усилить как действие лекарств, так и различных лечебных процедур (физиотерапии, ЛФК и т. д.). Для этого можно проводить как прямое, так и косвенное внушение. Наши наблюдения показали, что косвенное внушение, обладая скрытым действием, эффективнее. В клинике ожоговой болезни применялись оба вида косвенной психотерапии: потенцирующая, способствующая усилению истинного лечебного воздействия, и опосредующая, основанная на плацебо-эффекте. Исследование выявило повышенную внушаемость пострадавших и их зависимость от мнения родственников, поэтому при проведении косвенной психотерапии желательное присутствие родственников, а в некоторых случаях и активное нивелирование их негативных установок на лечение. В процессе лечения необходим постоянный контроль отношения значимых близких к лечению, что является профилактикой эгротогений.

Таким образом, на примере лечения ожоговой болезни была показана необходимость и эффективность взаимодействия психофармакотерапии и психотерапии в детской психоневрологии.

И. Л. Крыжановская, Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова, В. А. Красов
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛПРАЗОЛАМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

Введение

Последние десятилетия характеризуются внедрением в клиническую психиатрическую практику новых лекарственных препаратов, отличающихся малым количеством побочных явлений и осложнений, лучшей переносимостью при выраженной избирательности действия. Многие из них относятся к «переходным», одновременно обладающим свойствами нескольких классов психотропных препаратов, в том числе и алпразолам, являющийся тимотранквилизатором (15). Препарат является бензодиазепиновым производным, широко используется в психиатрии с 80-х годов XX века для лечения тревожных, тревожно-депрессивных и панических расстройств в рамках различных нозологических форм (2-4, 6, 8-19), обладает отчетливым анксиолитическим, умеренно седативным, опосредованно тимоаналептическим, а также противосудорожным действием.

Особое значение имело включение алпразолама в терапевтическую практику панических расстройств, что позволило пересмотреть существующие в отношении лечения данной патологии представления (2, 12, 15).

В связи с отсутствием антихолинэргической активности и кардиотоксического эффекта препарат нашел применение при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах у больных с вегетативно-сосудистой и церебрально-органической недостаточностью (8, 16, 17), при ишемической болезни сердца и других заболеваниях сердечно-сосудистой системы (1, 8, 19), соматовегетативных расстройствах и психосоматических заболеваниях (6, 16, 18, 19), для коррекции поведенческих расстройств в терапии болезни Альцгеймера (7), посттравматических стрессовых расстройствах (4), а также для купирования упорных болей в онкологии (19).

Помимо безопасности лечения одним из преимуществ препарата является и быстрота действия - часто с первых дней приема (2,3, 13, 14, 16, 17). Алпразолам может применяться как в режиме монотерапии (3, 10, 11, 12, 14, 16, 18), так и в комплексном лечении (6, 13, 17), причем, не только в условиях стационара (17), но и амбулаторной практике (9, 18). В отличие от других бензодиазепиновых препаратов, которые не рекомендуется принимать непрерывно более 2х – 3х недель из-за возможности формирования лекарственной зависимости (15), длительность приема алпразолама, по данным различных исследователей, составляет 4 недели (12, 18) и более (3, 10). При этом легкие побочные явления (сонливость, слабость, головокружение) отмечались, как правило, лишь в начале лечения и исчезали самостоятельно через 1 неделю. Положительный эффект был отмечен в 80 – 90 % наблюдений (2, 12, 14, 18).

Учитывая данные о безопасности и хорошей переносимости алпразолама, отсутствии серьезных побочных действий, эффективности его применения у разных групп больных, в том числе у пожилых и соматически неблагополучных, полученные на протяжении более чем 20 лет использования в клинике, представляется возможным применение данного препарата в детско-подростковой психиатрии, тем более что состояние психофармакологии детей и подростков находится в состоянии «несомненного кризиса» (5).

Материал и методы

В данном сообщении обобщен опыт клинического применения алпразолама (с 1996 г.) у детей и подростков с пограничными психическими нарушениями. У родителей всех пациентов было получено информированное согласие на лечение данным препаратом. Группу наблюдения составили 93 человека (62 мальчика и 31 девочка) в возрасте от 8 до 17 лет. Из них 40 детей (43,0 %) проходили лечение в стационарных условиях, включая дневной стационар, 53 (57,0 %) - амбулаторно. Распределение детей и подростков в зависимости от форм психических расстройств представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение детей в зависимости от формы психических расстройств.

Диагностические рубрики	Абсолютное кол-во детей и подростков	% от общего числа детей и подростков
Эмоциональные расстройства детского возраста (F93)	33	35,5
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)	29	31,2
Невротические и соматоформные расстройства (F40-F48)	26	27,9
Смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8)	5	5,4
Всего	93	100

Квалификация состояния проводилась в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10. У 15 детей (16,1 %) указанные ниже расстройства сочетались с легкими интеллектуальными нарушениями, укладывающимися в рамки задержек психического развития.

В группу пациентов с эмоциональными расстройствами вошли дети с:

- фобическим тревожным расстройством детского возраста (F93.1), характеризующимся выраженными постоянными или периодически возникающими страхами, специфическими для определенного возраста, сочетающимися с тревогой;

- социальным тревожным расстройством детского возраста (F93.2), для которого характерно наличие постоянной тревоги, внутреннего напряжения, страха, робости, стеснительности в ситуациях, в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, в т. ч. со сверстниками, что обычно сопровождается социально уклоняющимся поведением;

- генерализованным тревожным расстройством детского возраста (F93.80), при котором у детей имеются почти постоянные интенсивные тревога и беспокойство с тяжелыми предчувствиями, трудно контролируемые, касающиеся нескольких событий или видов деятельности, сочетающиеся с различными психическими или физическими симптомами, значительно нарушающими социальную адаптацию индивида.

Пациенты с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (F06.6) характеризовались выраженной эмоциональной лабильностью, повышенной утомляемостью, раздражительностью, гиперестезией, нарушением внимания, часто сочетающимися с головными болями, головокружениями, вегетативными расстройствами.

В группу невротических и соматоформных расстройств (F40–F48) вошли дети и подростки с:

- агорафобией с паническим расстройством и без панических расстройств (F40.0);
- социальными фобиями (F40.1), имеющие определенное сходство с диагностической рубрикой F93.2, описанной выше и чаще отмечаемой в подростковом возрасте;
- специфическими (изолированными) фобиями (F40.2);
- смешанными тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2);
- обсессивно-компульсивными расстройствами (F42.1);
- расстройствами адаптации (F43.2)
- соматоформными расстройствами (F45) с преобладающей симптоматикой со стороны желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем и с вегетативными проявлениями.

Смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8) характеризовались сочетанием нарушений поведения с тревожно-фобическими расстройствами.

Практически при всех вышеописанных состояниях отмечались нарушения сна, заключающиеся в трудностях засыпания, частых пробуждениях, сновидениях неприятного или устрашающего содержания, иногда с угрозой для жизни, нередко с яркими живыми воспоминаниями о них после пробуждения.

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 – симптомы слабо выражены, 2 – умеренно выражены, 3 – значительно выражены.

Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 11 лет. 56 детей и подростков (60,2%) до обращения к нам не получали лечения (независимо от давности болезни). Остальные проходили различные курсы терапии, в том числе с назначением психофармакологических препаратов.

Монотерапия алпразоламом проводилась лишь у 12 больных (12,9 % по отношению к общему числу пролеченных). В остальных наблюдениях препарат входил в комплексную терапию в качестве дополнения либо замены используемых ранее транквилизаторов или антидепрессантов из-за их побочных эффектов, низкой эффективности лечения или ограничения возможности длительного применения.

Начальная суточная доза составляла 0,06-0,125 мг (в 1-2 приема) с постепенным наращиванием (в среднем на 0,125 мг в 3 дня) до средней терапевтической дозы, которая составляла (в зависимости от возраста ребенка, его массы, характера и степени выраженности патологии, особенностей реагирования на ранее использовавшиеся психофармакологические препараты) от 0,125 до 0,375-0,5 мг. В отдельных случаях (в более старшем возрасте) дозы препарата до положительного стабильного эффекта увеличивались до 1-1,5 мг/сут. Тактика лечения предусматривала 2-3-разовый прием препарата, реже - 1 раз в сутки (вечером). Длительность курса лечения составляла от 1 до 3 месяцев. Оценка результативности лечения проводилась на основе сравнения полученных результатов с данными предыдущего лечения у одного и того же больного или при присоединении алпразолама к ранее применявшейся схеме лечения.

Полученные результаты

Положительные результаты лечения алпразоламом отмечались у подавляющего числа больных. Наиболее выраженный эффект проявлялся в отношении тревожных, фобических расстройств и связанных с ними нарушений сна, а также эмоциональной лабильности с преобладанием гипотимических проявлений, вегетативных нарушений. Динамика пограничных психических расстройств в процессе комплексной терапии, включающей алпразолам графически отражена на рис. 1. Представлены те диагностические рубрики, по которым имелось достаточное число наблюдений для получения статистически достоверных различий между выраженностью психопатологических расстройств до и после лечения.

Как видно из представленных данных, включение в комплексную терапию алпразолама значительно повышает эффективность лечения пограничных психических расстройств у детей и подростков.

Улучшение состояния начиналось обычно с первой недели лечения. Это касалось, прежде всего, уменьшения выраженности тревожности и отдельных фобий, а также нарушений сна и вегетативных расстройств. В дальнейшем постепенно происходила редукция и другой психопатологической симптоматики. Уменьшались или исчезали полностью чувство внутреннего беспокойства и напряжения, тревога ожидания, панические проявления, различные виды фобий. В частности, у всех детей со «школьными» фобиями, которые приводили к отказам от устных ответов, от посещения школы, уклоняющееся поведение на фоне лечения алпразоламом не отмечалось. Уменьшались и другие социальные и специфические фобии, генерализованная тревога, эмоциональная лабильность, раздражительность, более редкими и менее интенсивными становились аффективные вспышки. Дети становились более спокойными и уравновешенными, менее обидчивыми и плаксивыми, реже конфликтовали с окружающими.

У детей с тревожно-депрессивными расстройствами улучшалось настроение, исчезали и другие проявления депрессии, включая поведенческие и соматические «маски».

Практически у всех детей отмечалась нормализация сна: дети быстро засыпали, у них исчезали ноч-

ные страхи, сновидения угрожающего характера; при ночных пробуждениях они не испытывали тревожного аффекта и легко засыпали вновь.

У одного ребенка с трихотилломанией на фоне аффективных расстройств была достигнута полная ремиссия несмотря на сохраняющуюся неблагоприятную атмосферу в семейных отношениях, на фоне которых заболевание и манифестировало.

Практически у всех детей и подростков отмечена положительная динамика психопатологических проявлений различных психогенных реакций (астенодепрессивных, тревожно-депрессивных, тревожно-фобических), возникших на резидуально-органической почве.

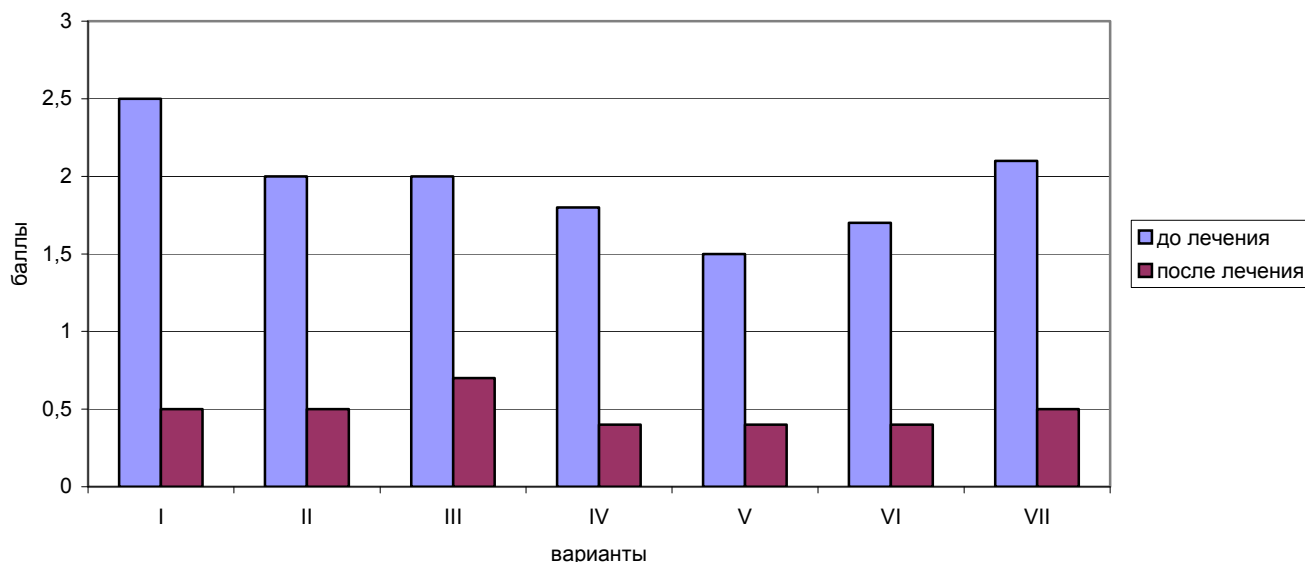


Рисунок 1. Терапевтическая динамика пограничных психических расстройств в процессе комплексной терапии, включавшей алпрозолам (оценка по шкале общего клинического впечатления в баллах).

I. Фобическое тревожное расстройство детского возраста.

II. Тревожное расстройство детского возраста.

III. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

IV. Социальные фобии.

V. Тревожно-депрессивные расстройства.

VI. Соматоформные расстройства.

VII. Диссомнические расстройства.

В результате указанных положительных изменений с уменьшением или исчезновением имевшейся ранее психопатологической симптоматики повышалась активность детей, их работоспособность, успеваемость, налаживались контакты со сверстниками и взрослыми, что в целом повышало уровень их социальной, в том числе школьной, адаптации и качество жизни как самого ребенка, так и его семьи.

Вместе с тем, у подростков с социальной фобией, обнаруживавших до лечения несвойственную возрасту симбиотическую привязанность к членам семьи, и в первую очередь к матери, в процессе терапии на фоне возрастающей социальной активности более отчетливыми становились возрастные эмансипационные реакции, к которым родственники больных были не готовы. Это требовало дополнительной психотерапевтической работы с семьей.

Катамнестически (срок от 6 мес. до 8 лет) прослежены 65,6 % (61 чел.) из общего количества пролеченных больных. Длительность ремиссии колебалась от 4-6 месяцев до нескольких лет. При этом, при возобновлении психопатологических расстройств их выраженность и частота, как правило, не достигали первоначального уровня.

В процессе исследования подтверждена хорошая переносимость препарата, отсутствие выраженных побочных действий. Лишь у отдельных детей в первые дни лечения отмечалась небольшая сонливость и вялость, легкие нарушения координации и замедление речи, которые при продолжении приема препарата исчезали без какой-либо дополнительной медикаментозной коррекции и соответственно не требовали отмены препарата.

Заключение

Проведенное исследование свидетельствует об эффективности лечения алпрозоламом тревожных, тревожно-фобических, включая социальные фобии, и тревожно-депрессивных расстройств у детей в возрасте от 8 до 18 лет. Побочные эффекты минимальны, наблюдаются в начале терапии и постепенно исче-

зают по мере дальнейшего применения препарата или снижения дозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатова Е. В., Завьялова А. И., Кондрахин А. П., Мкртчян Л. М. Функциональное состояние сердца и качество жизни у больных с идиопатическим пролапсом митрального клапана на фоне курсового применения препарата ксанакс-ретард и психотерапии // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». – М., 2002. – С. 13.
2. Акжигитов Р. Г. К вопросу о терапии тревожных расстройств в пограничной психиатрии (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. – 1998. - № 2. – С. 62-65.
3. Бобров А. С. Тревога и депрессия в аспекте внутрифазового синдромакинеза (опыт монотерапии кассаданом) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - № 4. – С. 137-141.
4. Волошин В. М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - № 4. – С. 125-129.
5. Волошин В. М., Вострокнутов Н. В., Козлова И. А. и др. Состояние и перспективы развития детско-подростковой психиатрии и психотерапии в Российской Федерации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - № 1. – С. 34-37.
6. Гиндикин В. Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств (в помощь практикующему врачу) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. - № 11. – С. 47-51.
7. Дамулин И. В. Современные подходы к терапии болезни Альцгеймера (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1998. - № 12. – С. 56-62.
8. Довженко Т. В., Майчук Е. Ю. Кардиалгический синдром при сердечно-сосудистых заболеваниях различного генеза. Клинические, психопатологические, терапевтические аспекты // Русский медицинский журнал. Психиатрия. – 2001. - № 25. – С. 1194-1196.
9. Дунаевский В. В. Дифференцированная терапия тревожных расстройств у больных с психосоматической патологией // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 179-180.
10. Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Петрова Е. П. и др. Эффективность алпразолама в терапии панических расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. - № 4. – С. 9-13.
11. Калинин В. В. Монотерапия панического расстройства: сравнение кломипрамина и альпразолама // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 515-516.
12. Калинин В. В., Засорина М. А., Волошин В. М., Козлова И. В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии альпразоламом // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. - № 3. – С. 100-105.
13. Калинин В. В., Максимова М. А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1994. - № 3. – С. 100-107.
14. Макеев В. И. Терапевтическая динамика органических депрессий при применении препарата ксанакс-ретард в амбулаторной практике // VI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». – М., 1999. – С. 98.
15. Мосолов С. Н. Актуальные проблемы амбулаторной психофармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - № 2. – С. 68-75.
16. Недува А. А., Малин Д. И., Костицын Н. В. Опыт и перспективы применения некоторых новых препаратов для лечения атипичных и осложненных депрессий // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. - № 2. – С. 99-105.
17. Поскочинова Е. Г. Особенности лечения панических расстройств в условиях дневного стационара // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. - № 4. – С. 110-111.
18. Соловьева А. Д., Филатова Е. Г., Аверина Н. А. Лечение вегетативных расстройств препаратом ксанаксом (альпразолам) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2000. - № 1. – С. 28-32.
19. Хейбрехтс И. Фармакология алпразолама: обзор // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. - № 1. – С. 128-137.

И. М. Желдак

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ Государственный медицинский университет, Медицинский центр «Нордин» (Минск).

Оценка эффективности психотерапии представляет значительные трудности, поэтому разработкой соответствующих критериев и методов занимаются специалисты многих стран. Считается, что критерии эффективности психотерапии должны соответствовать следующим условиям: достаточно полно характе-

ризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех аспектов терапевтической динамики — соматического, психологического и социального [1, 2]. В настоящее время отчетливо выражено стремление к разработке таких методов оценки эффективности психотерапии, которые могли бы дать возможность получения количественных показателей для их последующего статистического анализа. В этом случае, как и при других видах терапии, применяются различные шкалы, используемые в психиатрической клинике, экспериментально-психологические тесты, соответствующие социально-психологические, психофизиологические и физиологические методики (тесты, шкалы, опросники). Помимо оценки эффективности психотерапии у отдельных больных или групп пациентов, сравниваются и разные методы психотерапии. При всей трудности оценки эффективности психотерапии необходима разработка теоретических и практических аспектов этой проблемы с учетом природы, клинической картины, механизмов развития болезни, методов лечения и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

Дети являются одним из наиболее пострадавших контингентов населения вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Несмотря на медицинские и социально-психологические мероприятия по уменьшению последствий аварии, среди детского населения сохраняется высокий уровень психосоциальной дизадаптации. В связи с этим нами была разработана и адаптирована программа психосоциальной реабилитации в условиях детских реабилитационных центров (детских санаториев) [3].

Психосоматические расстройства (ПСР) занимают все большее место в заболеваемости детско-подросткового населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 10 до 40% из числа обращающихся за медицинской помощью детей и подростков [5, 6.]. При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что приводит к усложнению и хронизации ПСР. Большое значение, наряду с медицинским, имеет также социальный аспект проблемы — выраженное дизадаптирующее влияние психосоматических расстройств с частыми обострениями и госпитализациями, а иногда и ранней инвалидизацией.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности групповой психотерапии и аутогенной тренировки в условиях санаторно-курортного лечения у детей младших подростков, проживающих в экологически неблагоприятных зонах.

Материал и методы исследования.

Были обследованы 104 ребенка, проживающих в экологически неблагоприятных зонах, 28 мальчиков и 76 девочек, средний возраст которых составил $13,3 \pm 0,2$ лет, находившихся на оздоровлении в детском реабилитационном центре. Изучаемый контингент был поделен на следующие группы: 1 группа (53 ребенка) — дети, прошедшие, помимо основного курса лечения, специально разработанную нами программу АТ; 2 группа (51 ребенок) — дети, прошедшие программу ГПТ.

Программа ГПТ патогенетической направленности нами разрабатывалась с учетом фазо-групповой динамики (адаптационная, фрустрирующая, конструктивная, реализационная) и направленности воздействия на сферы: познавательную, эмоциональную и психической активности, поведенческую, психосоматическую, социальную и духовного развития соответственно во взаимосвязи с возрастными интервалами: 6-12 лет и старше 12 лет.

Для оценки эффективности психотерапевтических воздействий использовали комплексный опросник «Общего здоровья и психосоциальной адаптации», позволяющий дать количественную характеристику уровня психического здоровья, психосоматического здоровья и социально-психологической адаптации [4]. Диагностика проводилась в начале и в конце курса реабилитации. Анализировали количественные показатели по шкалам: А — тревожные расстройства, В — депрессивные расстройства, С — фобический расстройства, D — диссомнические расстройства, Е — шкала астении, F — соматовегетативные и психосоматические расстройства, G — шкала нарушений межличностных связей, а также интегральный показатель — уровень психосоциальной дизадаптации.

Результаты и обсуждение.

Результаты первичного обследования отражены в табл. 1. Как видно из таблицы, показатели по всем шкалам опросника у детей в 1-й и 2-й группе завышены и достоверно не различались, что позволяло говорить о наличии у обследованных лиц повышенного уровня пограничных психических расстройств (показатели по шкалам А, В, С, D, Е более 2 баллов), психосоматических заболеваний (показатель по шкале F больше 6 баллов) и уровня психосоциальной дизадаптации (по шкале G — более 2 баллов и интегральный показатель — более 20 баллов).

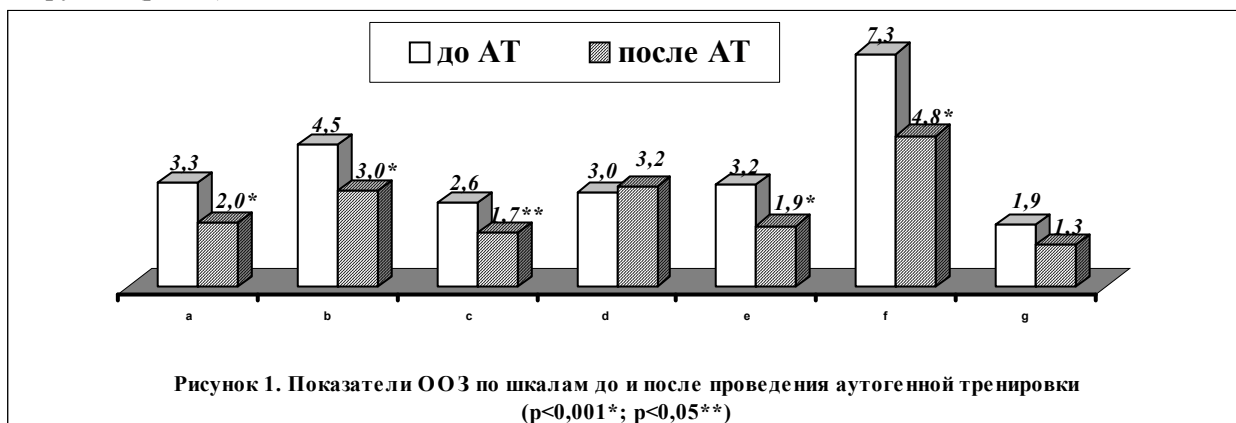
У 58,5% детей, отобранных на АТ, диагностировали недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1), фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1) — у 54,7% и неврастению (F48.0) — у 90,6%. У обследуемых, отобранных на ГПТ, недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1) диагностировали у 52,9% детей, фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1) — у 74,5% и неврастению (F48.0) — у 90,6%.

Таблица 1.

Показатели общего здоровья и психосоциальной адаптации детей, проживающих в экологически неблагоприятных зонах, до прохождения психотерапии.

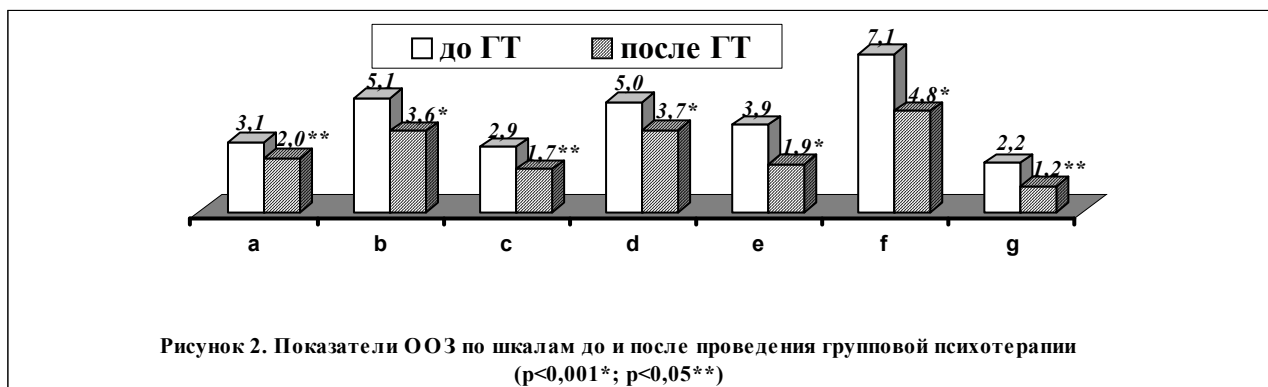
Показатели по шкалам	Группы обследованных детей (n=104)		
	В целом по группе	Дети, отобранные на АТ	Дети, отобранные на ГТ
Тревожные расстройства (А)	3,2±0,2	3,3±0,3	3,1±0,3
Депрессивные расстройства (В)	4,8±0,2	4,5±0,3	5,1±0,4
Фобические расстройства (С)	2,8±0,2	2,6±0,2	2,9±0,2
Диссомнические расстройства (D)	4,0±0,2	3,0±0,2	5,0±0,3
Астения (Е)	3,5±0,2	3,2±0,3	3,9±0,3
Соматовегетативные и психосоматические расстройства (F)	7,2±0,4	7,3±0,5	7,1±0,6
Нарушения межличностных связей (G)	2,1±0,2	1,9±0,3	2,2±0,3
Психосоциальная дизадаптация (интегральный показатель)	28,4±0,9	27,5±1,0	29,3±1,4

После прохождения АТ у обследованных детей данной группы достоверно снизились тревожно-фобическая, депрессивная симптоматика, уровень психосоциальной дизадаптации, а также значительно уменьшились соматовегетативные и астенические проявления ($p<0.001$; $p<0.05$). Однако, стоит отметить, что уровень депрессивных расстройств по-прежнему оставался высоким (показатель по шкале D – $3,0\pm0,2$), кроме того диссомническая симптоматика после прохождения АТ стала более выражена у лиц данной группы (рис. 1).



После АТ недифференцированное соматоформное расстройство диагностировали у 35,8% детей (F45.1), фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1) – у 22,6% и неврастения (F48.0) – у 30,1%.

В группе детей, прошедших программу ГПТ наблюдалось достоверное диагностически значимое снижение по всем показателям ($p<0.001$; $p<0.05$). Однако, стоит отметить, что уровень депрессивных расстройств по-прежнему оставался высоким и в данной группе обследуемых (показатель по шкале D – $3,6\pm0,3$), (рисунок 2). После прохождения программы ГПТ недифференцированное соматоформное расстройство диагностировали у 23,5% детей (F45.1), фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1) – у 23,5% и неврастения (F48.0) – у 29,4%.



Результаты обследования детей после прохождения психотерапевтической реабилитации представлены в табл. 2. Как показало исследование, достоверных различий по показателям опросника «Общего здоровья и психосоциальной адаптации» между 1-й и 2-й группами детей после прохождения психотерапии выявлено не было.

Таблица 2.

Показатели общего здоровья и психосоциальной адаптации у детей, проживающих в экологически неблагоприятных зонах, после прохождения психотерапии.

Показатели по шкалам	Группы обследованных детей (n=104)		
	В целом по группе	Дети, отобранные на АТ	Дети, отобранные на ГТ
Тревожные расстройства (А)	3,2±0,2	2,2±0,3	2,4±0,3
Депрессивные расстройства (В)	4,8±0,2	3,3±0,4	3,6±0,3
Фобический расстройства (С)	2,8±0,2	2,1±0,4	1,9±0,3
Диссомнические расстройства (D)	4,0±0,2	3,4±0,4	3,7±0,3
Астения (Е)	3,5±0,2	2,0±0,3	2,1±0,3
Соматовегетативные и психосоматические расстройства (F)	7,2±0,4	4,5±0,7	4,5±0,4
Нарушения межличностных связей (G)	2,1±0,2	1,7±0,4	1,2±0,2
Психосоциальная дизадаптация (интегральный показатель)	28,4±0,9	19,1±2,1	19,5±1,4

Таким образом, можно сделать выводы:

1. Опросник «Общего здоровья и психосоциальной адаптации», является эффективным инструментом психологической диагностики тревожных, соматоформных и астено-депрессивных расстройств у младших подростков.

2. Обе программы (АТ и ГПТ) являются эффективными в плане коррекции психических и поведенческих расстройств у детей и подростков, в особенности с преобладанием тревожно-фобической симптоматики.

3. Программы АТ и ГПТ мало различаются по терапевтической эффективности, однако по результатам проведенного исследования можно сказать, что в группе детей, прошедших ГПТ почти все показатели значительно улучшились. Это может свидетельствовать о большей универсальности данного метода психотерапевтической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hube A., Teichmann W. Psychology in medical rehabilitation/ Psychosom Res 1983; 27(2): P 157-164.
2. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
3. Гайдук Ф. М., Беляева Л. М., Желдак И. М. и др. Варианты групповой психотерапии детей в условиях детского реабилитационно-оздоровительного центра // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф. VI Международн. конф., Минск, Республика Беларусь, 26-29 мая 1999 г. - Мн., 1999. - С. 47.
4. Гелда А. П. Полуструктурированное интервью для оценки психического здоровья ребенка (инструкция по применению). - Мн., 2003. - 17 с.
5. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. - СПб: Питер, 2000. — 512 с.
6. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л., 1981.

А. Я. Юдилевич

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ

Областной ППМС-центр (Орел).

Рассматривая психолого-медико-педагогические комиссии как особые структурные подразделения ППМС-центров, перед которыми стоит задача не только адекватно оценить причины возникновения и особенности аномальной социальной ситуации развития ребенка с особыми образовательными потребностями, но и помочь его семье (учреждению, где он живет, воспитывается) максимально скорректировать, нормализовать эту ситуацию, т. е., в конечном счете, повлиять на его дальнейшую судьбу, Минобразование РФ ставит перед ними задачу по значительному повышению эффективности и качества деятельности. Известно, что достаточную эффективность деятельности любого учреждения, его структурно-вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004 (4), № 1.

го подразделения обеспечивает оптимальная система управления. Ясно, что наибольших успехов в любой отрасли, в том числе и в образовании добиваются организации, поставившие во главу угла стратегии своего развития ориентацию на качество оказываемых услуг и создавшие систему управления как систему управления качеством. Повышение качества медико-социальных и психолого-педагогических услуг ПМПК в этой связи может рассматриваться как стратегическая цель в рамках государственных задач и как средство обеспечения жизнедеятельности и развития самой системы ПМПК (как самостоятельных учреждений или структурных подразделений ППМС-центров).

Качество само по себе не может быть конечным результатом. Оно — лишь средство, с помощью которого выявляется соответствие конечного продукта стандарту. Отдельные стороны деятельности образовательного учреждения могут демонстрировать определенное качество, если они отвечают простым, но крайне важным стандартам. Эти стандарты должны соответствовать тому, для чего предназначены, и отвечать требованиям потребителя. Другими словами, они должны соответствовать предназначенным целям. Таким образом, качество как понятие относительное имеет два аспекта.

Первый — это соответствие стандартам или спецификации.

Второй — соответствие запросам потребителя.

Первое соответствие — «соответствие цели или применению». Иногда его называют качеством с точки зрения производителя. Под качеством продукции или услуги производитель понимает постоянно отвечающую требованиям стандартов или спецификации производимую им продукцию или оказываемую им услугу.

В случае с ПМПК качество услуги в рассматриваемом аспекте его значения может пониматься как:

- соответствие деятельности специалистов имеющейся законодательной базе (Конвенции «О правах ребенка», законам «Об образовании», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», соответствующим местным законам и др.), принятым Этическим кодексам специалиста (психолога, врача, социального работника и др.);
- соответствие специалистов, оказывающих услуги клиентам, определенным критериям профессиональной компетенции, психического здоровья и личностных качеств;
- соответствие организации оказания помощи принятым критериям физической и психологической безопасности клиентов и т. п.

Кто может решить, являются ли услуги ПМПК качественными? Ведомственные аттестационные комиссии могут ответить на этот вопрос только с точки зрения первого типа соответствия.

Второе соответствие (с точки зрения потребителя услуг, предоставляемых ПМПК) установить гораздо сложнее. Часто, несмотря на высокое профессиональное мастерство и ответственность специалистов, качество услуги оценивается клиентом резко отрицательно (например, когда ребенку с интеллектуальным недоразвитием рекомендовано посещать вспомогательную школу), хотя эта рекомендация оказывается, в конечном счете, решающей в нормализации его развития, обучения, всего дальнейшего жизненного пути. В этом случае говорить о качестве можно лишь методом посткомиссионного сопровождения, объективно отслеживая катамнез клиентов комиссии, их дальнейшую судьбу (успехи в обучении, лечении, социальной адаптации, овладении профессией и т. п.).

Политика в области качества является основным звеном системы качества. Она определяет цель построения и функционирования системы качества, а также обязательства руководства и специалистов-профессионалов по достижению поставленной цели. Систему качества ПМПК можно рассматривать как совокупность организационной структуры, используемых методов и методик работы с клиентами, процессов и ресурсов, необходимых для осуществления политики в области качества с помощью таких средств, как планирование качества, управление качеством, обеспечение качества, отслеживание качества и улучшение качества. Система качества ПМПК должна охватывать основные сферы ее деятельности: диагностико-консультативную (экспертно-диагностическую и консультативную), информационно-аналитическую, административно-хозяйственную, фасилитативно-просветительскую, а также сферу сопровождения. Указанные сферы деятельности взаимосвязаны между собой и в большинстве случаев пересекаются.

Наиболее общепринятой в мире является модель системы качества, разработанная Международной Организацией по стандартизации (ISO) — ISO 9000. Хотя модели системы качества по стандартам ISO 9000 не имеют отраслевой направленности и применимы к организациям и предприятиям, выпускающим продукцию и оказывающим услуги в различных сферах, специфика деятельности ПМПК должна непременно отражаться в трактовке текста стандарта и методиках оценки соответствия системы качества их деятельности. Положения стандарта необходимо конкретизировать применительно к уровню каждой ПМПК (муниципальная, региональная, федеральная) и ее статусу (межведомственная, самостоятельное учреждение системы образования, структурное подразделение ППМС-центра и т. п.), а систему оценки качества соотнести с задачами всей системы ПМПК и Минобразования РФ в целом. В ряде стран разрабатываются и уже действуют системы сертификации систем качества подобных учреждений (Бельгия, Голландия, Финляндия). Такая сертификация производится на основе критериев, гармонизированных с международными стандартами

серии ISO 9000. В системе сертификации признается, что система качества уникальна для каждой отдельной организации и может эффективно функционировать только тогда, когда четко определены присущие конкретной организации цели и политика в области качества, а также виды деятельности и ответственность. При этом каждая отдельная организация несет ответственность за созданную ею свою систему качества.

Учитывая обоснованную выше значимость применения модели системы качества в системе ПМПК, а также традиционную для нашей страны отраслевую специфику этих учреждений (принадлежность к системе образования), актуальной становится задача создания отраслевой системы оценки соответствия — отраслевой системы сертификации систем качества ПМПК. Система сертификации в сфере оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи также должна подчеркивать, что организации, занимающиеся предоставлением услуг по оказанию медико-социальной и психолого-педагогической помощи, имеют ряд отличительных характеристик:

- Они не производят овеществленной продукции. Потребление услуг начинается в ходе и после их предоставления.

- В организациях, занимающихся предоставлением такого рода услуг, большая часть персонала непосредственно контактирует с внешним потребителем. В процессе оказания услуги потребитель непосредственно воспринимает и оценивает (иногда на уровне подсознания) профессиональный уровень, личностные качества, внешний вид, социальные навыки сотрудников ПМПК.

- Границы предоставленных услуг могут быть различны: они могут быть реализованы в виде стандартной сессии ПМПК, но во многих (особенно сложных) случаях услуги могут предоставляться на основе соглашения между ПМПК и клиентом (длительное динамическое наблюдение и индивидуальное сопровождение, передача ребенка в ППМС-центр и т. п.).

- Поскольку специалисты ПМПК имеют определенную свободу при выборе и реализации диагностических методик, форм и методов консультирования, их персональная компетенция имеет важное значение для получения требуемых результатов.

- Управление выполнением большинства услуг ПМПК имеет характер, схожий с управлением проектом. В этих условиях должны быть определены этапы получения и оценки промежуточных и конечных результатов.

Эти общие характеристики принципиально отличают процесс предоставления психолого-медико-социальных услуг в ПМПК от производственного процесса и приводят к необходимости специальной интерпретации стандартов серии ISO 9000 для сферы такого рода услуг.

Как указывают Г. М. Шишков и С. В. Шелапутина [5], весь процесс оказания услуг в сфере образования подразделяется на основные и вспомогательные процессы. В ПМПК основной процесс начинается с того момента, когда клиент обращается за медико-социальной, психолого-педагогической услугой, продолжается в течение всей работы ПМПК с этим клиентом (одной сессии, ряда диагностико-консультативных сессий, процесса длительного сопровождения ребенка, иного способа оказания услуги) и заканчивается выдачей, разъяснением и отслеживанием эффективности выполнения медико-психолого-педагогических рекомендаций.

Но этот основной процесс может быть в достаточной мере эффективным, только если он поддерживается вспомогательными процессами, такими как:

- ❖ прием, отбор, обучение специалистов ПМПК;
- ❖ научно-методические исследования (эффективность использования отдельных диагностических методик, их прогностичность, оптимальный набор и т. п.);
- ❖ изучение потребностей населения, учреждений образования в оказании определенного рода услуг; формирование политики поддержания внутриведомственных и межведомственных взаимосвязей;
- ❖ управление документацией, делопроизводство и др.

Стандарт ISO 9001 требует четкого описания систем и процедур, входящих в обеспечение качества и, более того, их выполнения. Продемонстрировать обеспечение качества можно путем предоставления прямых доказательств в адекватном управлении процессами и деятельностью в конкретных случаях. На основании проведенного анализа можно сформулировать ряд выводов по вопросу применения стандартов серии ISO 9000 в деятельности ПМПК:

1. В промышленности в результате эволюционного развития сертификация систем качества из вспомогательного инструмента оценки качества превратилась в основной инструмент гарантий качества. Аналогично должна развиваться ситуация и в сфере деятельности учреждений образования (включая систему ПМПК).

2. В среднем система ПМПК (по крайней мере, в Орловской области) по своему уровню развития еще не вполне готова к построению систем качества по модели стандартов ISO 9000, однако работу по внедрению менеджмента качества в деятельность этих структур необходимо начинать уже сейчас.

3. Постепенное внедрение систем качества по модели стандартов ISO 9000 в системе ПМПК позволит повысить эффективность их деятельности, обеспечивая рост качества оказываемых услуг по основ-

ным и вспомогательным процессам.

4. Отраслевая специфика системы ПМПК ставит перед Минобразованием РФ задачу скорейшего создания и ввода в действие системы документов, регламентирующих деятельность ПМПК, разработки отраслевой системы сертификации систем качества деятельности такого рода образовательных учреждений.

5. Система сертификации системы образования в сфере оказания медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям должна быть гармонизирована с действующими в России системами сертификации систем качества, международными правилами и нормами, как в сфере образования, так и в других сферах.

6. Система должна быть также гармонизирована с существующими системами оценки качества – рейтинговыми оценками, аттестацией и аккредитацией.

ПРИМЕРНАЯ СИСТЕМА СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА, ОТНОСИМЫХ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПМПК

1. НАЗНАЧЕНИЕ И ФУНКЦИИ УЧРЕЖДЕНИЯ

1.1. Стандарт: назначение и функции ПМПК. Учреждение имеет письменное Положение о своем назначении и функциях, в котором описаны его назначение, цели и задачи, перечислено, какие услуги (номенклатура, объем, временные рамки и т.п.) оно предоставляет семьям, детям, иным клиентам, как осуществляется взаимодействие и сопровождение.

Критерии:

1.1.1. Положение включает описание философии и общеметодологических подходов к работе с клиентами, применяемых в ПМПК. В нем дается определение категорий детей (включая возрастные ограничения, социальный статус, состояние психического и физического здоровья, место проживания), для которых предназначено учреждение. Определяются потребности детей (а также их семей, учреждений различных ведомств, осуществляющих их обучение, воспитание, социальную поддержку, лечение), которые ПМПК намерена и способна удовлетворить. В Положении описаны услуги, предоставляемые клиентам, что находит точное отражение в рабочих методах, организации, оборудовании ПМПК.

1.1.2. Положение содержит все правила, предусмотренные соответствующим федеральным и местными законодательствами, иными нормативными документами.

1.1.3. Информация должна быть представлена в форме, доступной пониманию всех клиентов ПМПК, органам, направляющим детей на ПМПК, другим соответствующим органам, персоналу, родителям. При лицензировании деятельности ПМПК Положение подается в пакете с заявлением о выдаче лицензии.

1.1.4. Трудовой коллектив (персонал) ПМПК принимает активное участие в подготовке, пересмотре и обновлении Положения.

1.1.5. Учредитель ПМПК утверждает Положение и при необходимости вносит в него изменения.

1.1.6. В ПМПК (или ППМС-центре, структурным подразделением которого она является) внедрены механизмы контроля за ее функционированием в соответствии с заявленными целями и задачами, а также регулярного пересмотра и обновления ее Положения.

2. ПРАВА КЛИЕНТОВ

2.1. Стандарт: права клиентов ПМПК. ПМПК способствует пониманию клиентами своих прав и порядка обеспечения их соблюдения

Критерии:

2.1.1. Персонал ПМПК предоставляет клиентам письменную и устную информацию об их правах, включая соответствующие акты законодательства и Конвенцию ООН о правах ребенка, ребенка-инвалида и др. способом, доступным для их понимания с учетом образовательного уровня и возраста.

2.1.2. Вопросы соблюдения прав клиентов включаются в программу введения сотрудника в должность.

2.2. Стандарт: учет мнения клиентов. При принятии ключевых решений, которые могут повлиять на будущее клиентов, их судьбу, выясняется мнение самих детей, их родителей или других важных лиц.

Критерии:

2.2.1. Специалисты ПМПК советуются с детьми и их родителями по поводу решений и рекомендаций по дальнейшему обучению, воспитанию, лечению.

2.2.2. В работу ПМПК, документы ПМПК внедрены механизмы учета мнения клиентов при принятии решений, разработке рекомендаций.

2.2.3. Мнение клиентов относительно рекомендаций ПМПК записывается в протокол, и точность записи подтверждается их подписью.

2.2.4. Персонал ПМПК принимает во внимание религиозные, расовые, культурные и языковые особенности клиентов и знает, в каких случаях необходимо получение помощи и рекомендаций по этим вопросам.

2.2.5. Персоналу ПМПК доступна методическая помощь, включая, когда это необходимо, обучение по вопросам практики выявления, учета мнения клиентов.

2.2.6. Если консультация с клиентами (детьми и их родителями) является нецелесообразной, персонал объясняет им причину и советуется, когда это уместно с иными ответственными за судьбу клиентов лицами.

2.3. Стандарт: Конфиденциальность. ПМПК и ее персонал уважают право ребенка и семьи на конфиденциальность в той мере, в какой это согласуется с надлежащим выполнением родительских функций и является целесообразным с точки зрения защиты прав ребенка.

Критерии:

2.3.1. Права и потребности клиентов (детей и их семей) в конфиденциальности учтены в практической организации деятельности учреждения, а также отражены в кодексе поведения сотрудников, должностных инструкциях.

2.3.2. Конфиденциальные материалы личных дел детей надежно хранятся и предъявляются по запросам лишь тем лицам (организациям), которые имеют право на получение такого рода информации, либо предоставляются с согласия самих клиентов.

2.3.3. Электронные базы данных, в которых содержатся конфиденциальные сведения о клиентах, имеют ограничение доступа к такого рода информации. Непосредственный и сетевой доступ к компьютерам, на которых ведутся базы данных, также ограничены.

2.3.4. Клиентам в доступной форме разъясняются их права на конфиденциальность информации, а также мера ответственности должностных лиц за ее разглашение.

2.3.5. Руководство учреждения предоставляет персоналу методическое пособие по вопросам сохранения конфиденциальности сведений о клиентах в соответствии с действующим законодательством и этическим кодексом специалиста учреждения.

2.3.6. Персонал знает, как обращаться с конфиденциально полученной информацией, если из нее можно сделать вывод о необходимости защиты ребенка.

2.4. Стандарт: жалобы. Клиенты должны знать, куда и кому можно жаловаться (апеллировать) относительно неправильных, по их мнению, рекомендаций, действий, решений сотрудников ПМПК.

Критерии:

2.4.1. Учреждение имеет письменные правила и методические пособия по жалобам.

2.4.2. Клиентам (детям, родителям, представителям образовательных или иных заинтересованных учреждений) предоставляют информацию о том, кому, куда и как можно жаловаться.

2.4.3. Персоналу доступно обучение по вопросам подачи жалоб и помощи клиентам в формулировании жалоб.

3. БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИЕНТОВ

3.1. Стандарт: безопасность и защита детей и их семей. Детям и их семьям, пришедшим на ПМПК, обеспечивается физически и психологически безопасная обстановка, в которой они защищены от причинения им любого (физического, психического, морального или иного) ущерба, вреда и от всех форм злоупотреблений.

Критерии:

3.1.1. Существует специальный документ (методическое пособие) для персонала ПМПК по вопросам защиты детей и сведения к минимуму риска причинения им психологического или иного вида ущерба во время обследования ребенка на ПМПК и в последующий период. Это методическое пособие включают в себя соответствующие положения Конвенции о правах ребенка, Гражданского и Семейного Кодексов РФ, Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Этического кодекса специалистов (психологов, дефектологов, социальных педагогов, медицинских работников), норм СанПиН.

3.1.2. Разработан комплекс мероприятий по проведению необходимых проверок, предшествующих допуску к работе с детьми в ПМПК персонала и других взрослых, причастных к ее функционированию.

4. СЕССИЯ ПМПК

4.1. Стандарт: документы, представляемые для обследования ребенка на ПМПК. Существует необходимый минимум документов, касающихся ребенка, его родителей (лиц, их заменяющих), без наличия которых обследование не может состояться.

Критерии:

4.1.1. Существует утвержденный учредителем список документов, необходимый для представления на ПМПК. В этом списке выделен необходимый и достаточный минимум документов на ребенка, без наличия которого диагностическая сессия ПМПК состояться не может.

4.1.2. Сведения о необходимых для приема на ПМПК документах своевременно предоставляются родителям (законным представителям) ребенка, образовательным и иным учреждениям. Руководство ПМПК принимает меры по доведению этого списка документов до всех заинтересованных лиц региона.

4.2. Стандарт: документы, которые ведутся в ПМПК на каждого ребенка (личное дело). Существует специально разработанный стандарт формирования личного дела ребенка, прошедшего через ПМПК.

Критерии:

4.2.1. Каждый специалист ПМПК во время обследования заполняет собственный протокол, в кото-

рый по установленной форме заносит свои наблюдения, выводы, заключения, рекомендации.

4.2.2. По итогам обследования заполняется специальный общий протокол, куда заносится коллегиальное заключение и рекомендации.

4.2.3. Родителям, иным законным представителям, администрации образовательного учреждения даются специальные выписки из протокола. С разрешения родителей (законных представителей) образовательному учреждению по специальной заявке могут быть переданы дубликаты протоколов специалистов ПМПК.

4.2.4. Личные дела клиентов хранятся в соответствии со стандартом «Конфиденциальность».

4.3. Стандарт: процедура обследования и выработки заключения/рекомендаций. Обследование ребенка ведется командой специалистов. Заключение и рекомендации ПМПК могут быть только коллегиальными.

4.3.1. Заседание ПМПК может состояться только при наличии не менее чем 70% специалистов от ее штатного состава, имеющих право решающего голоса.

4.3.2. Существует и доступно для всех членов ПМПК и родителей (лиц, их заменяющих) специальное руководство по деятельности специалистов ПМПК, в котором подробно излагается процедура обследования ребенка на комиссии.

4.3.3. Диагностическое заключение ПМПК вырабатывается в ходе совещания специалистов без участия ребенка и его родителей (законных представителей) и утверждается председателем только в случае согласия квалифицированного большинства (2/3) специалистов.

4.3.4. При невозможности выработки коллегиального заключения (разногласия специалистов) назначаются дополнительные диагностические мероприятия, либо ребенок может быть направлен на консультацию в вышестоящую ПМПК (региональную, республиканскую).

4.3.5. Рекомендации по дальнейшему обучению (воспитанию), лечению ребенка, организации коррекционной работы с ним обсуждаются командой ПМПК совместно с родителями (лицами, их заменяющими) и самим ребенком (если его физический и умственный возраст позволяют это).

4.3.6. Каждый из членов ПМПК имеет право конфиденциально сообщить родителям свое собственное мнение относительно их ребенка и выдать им на руки копию собственного протокола обследования (заключения) с рекомендациями.

4.4. Стандарт: обстановка, отношения в процессе приема. Специалисты ПМПК хорошо умеют общаться с различными людьми, знают и используют принципы рациональной психотерапии в общении с клиентами, что должно способствовать осознанию семьей (ребенком, родителями, лицами, их заменяющими) объективно имеющихся проблем и формированию стремления к их преодолению.

Критерии:

4.4.1. Специалисты ПМПК профессионально владеют навыками конструктивной коммуникации с клиентами различных возрастных групп, имеющими различные уровни психического развития, социокультуральные особенности.

4.4.2. Среди специалистов ПМПК имеется по меньшей мере один сурдопереводчик (специалист по тотальным видам коммуникации).

4.4.3. Специалисты ПМПК знают и соблюдают принципы этики и деонтологии в работе с клиентами.

4.4.4. Существуют специально разработанные и утвержденные этические кодексы специалистов ПМПК. Эти кодексы доступны для изучения всеми членами ПМПК.

4.4.5. Специалистам ПМПК доступно специальное обучение по вопросам конструктивного общения с клиентами, этики и деонтологии.

4.4.6. Специалисты ПМПК владеют основными принципами и практическими приемами рациональной психотерапии.

4.4.7. Специалистам ПМПК доступно обучение основам психотерапевтического воздействия на клиентов.

4.5. Стандарт: используемый в ходе сессии ПМПК диагностический инструментарий. Используемый в ходе диагностической работы в ПМПК инструментарий (диагностические тесты, экспериментально-психологические методики, дидактический материал и т. п.) должен отвечать требованиям Государственных стандартов и иметь государственную (региональную) сертификацию. Специалисты, использующие инструментарий, также должны иметь соответствующие сертификаты.

Критерии:

4.5.1. Используемые в ходе диагностического обследования на ПМПК диагностические тесты, методики, стимульные и дидактические материалы должны быть рекомендованы Министерством образования либо Учредителем для диагностической работы с детьми соответствующего возраста и соответствующего уровня психического развития.

4.5.2. Предъявляемые ребенку в ходе диагностической процедуры стимульные материалы должны по всем параметрам (по размеру, цвету, контрастности, читаемости (четкости), иным значимым характе-

ристикам) соответствовать эталонам, типографским, заводским или иным способом изготовленным фирмами, имеющими лицензию на выпуск тестовых материалов.

4.5.3. Специалисты, использующие соответствующий инструментарий, как правило, должны иметь сертификаты (лицензии) на его использование, выданные соответствующими органами (производителями методики, ее авторами, центрами сертификации, учебными, научными или иными учреждениями).

4.5.4. При использовании в ходе обследования альтернативных (нестандартных) тестовых/методических материалов специалист ПМПК должен полностью осознавать возможные последствия этого, а при коллегиальном обсуждении сообщать коллегам о причинах использования им такого рода пособий, материалов.

5. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

5.1. Стандарт: отслеживание катамнеза. Разработан и внедрен в работу ПМПК механизм, позволяющий отслеживать посткомиссионный образовательный маршрут клиентов, оценивать результативность и эффективность рекомендаций, данных ПМПК.

Критерии:

5.1.1. Существует система договоров ПМПК с образовательными учреждениями обслуживаемого региона о сотрудничестве, в которых зафиксированы обязательства о выполнении рекомендаций ПМПК в образовательных учреждениях и заложены механизмы отслеживания результативности их реализации.

5.1.2. В ПМПК имеется по меньшей мере один специалист, в рамках своих должностных обязанностей осуществляющий отслеживание того, как выполняются рекомендации ПМПК в семьях и образовательных учреждениях.

5.1.3. Не менее 1 раза в квартал на специальном совещании проводится анализ того, как выполняются рекомендации комиссии, и какова их результативность.

5.2. Стандарт: оценка качества. Разработан и внедрен в деятельность ПМПК механизм многосторонней объективной оценки качества и результативности деятельности комиссии.

Критерии:

5.2.1. В ПМПК имеется и выкладывается во время приема на видное место книга отзывов и предложений для клиентов. Родители (законные представители) детей и педагоги извещаются о наличии такой книги. Рядом с книгой должна находиться ручка.

5.2.2. Периодически (не менее 1 раза в полугодие) сотрудниками ПМПК проводится мониторинг качества деятельности, включающий выборочный опрос и анкетирование родителей детей, прошедших ПМПК, а также педагогов школ, с которыми у ПМПК заключены договоры о взаимодействии.

5.2.3. Периодически (не менее 1 раза в полугодие) на заседания ПМПК приглашаются независимые эксперты (работники других ПМПК, преподаватели кафедр ВУЗа, медики), которые по итогам сессии ПМПК высказывают свои оценки и предложения.

5.2.4. Для внутреннего и внешнего аудита качества периодически (с уведомлением и с согласия клиентов) проводится видеосъемка процедуры приема семьи на ПМПК.

5.2.5. Предусмотрена специальная процедура комплексного анализа и оценки результатов деятельности комиссии (анализ записей книги отзывов, мониторингов качества деятельности, отзывов независимых экспертов, внутреннего аудита).

6. ЗДАНИЕ, ПОМЕЩЕНИЯ, ОБОРУДОВАНИЕ

6.1. Стандарт: месторасположение, планировка, размер и общее техническое обслуживание. Месторасположение, планировка, размер помещений, в которых осуществляется прием детей, соответствуют назначению и функциям ПМПК.

Критерии:

6.1.1. Месторасположение здания, в котором осуществляется прием детей и их родителей, способствует достижению его целей и учитывает необходимость наличия поблизости остановок общественного транспорта, детского лечебно-профилактического учреждения и т. п.

6.1.2. Здание, в котором располагается ПМПК, оборудовано пандусами и является безбарьерной средой, где легко могут передвигаться дети-инвалиды на креслах-каталках.

6.1.3. Площадь, объем и планировка помещений соответствуют целям и задачам ПМПК и позволяют:

6.1.3.1. организовать нормальные условия для индивидуальной, групповой и иных форм диагностики и консультирования (в том числе детей раннего возраста);

6.1.3.2. осуществлять скрытое наблюдение специалистов за свободной игровой деятельностью ребенка, группы детей, детей и родителей;

6.1.3.3. обеспечивать удобные условия отдыха для детей и родителей, ожидающих приема на ПМПК.

6.1.4. Помещения содержатся в надлежащем порядке и чистоте, имеют разумную отделку и инженерное оборудование хорошего качества. Двор здания, в котором располагается ПМПК, имеет детскую игровую площадку, оборудование которой является безопасным и находится в исправном состоянии.

6.1.5. В здании имеются надлежащим образом оборудованные туалеты в соответствии с установлен-

ными правилами.

6.2. Стандарт: санитария, гигиена и техника безопасности. ПМПК обеспечивает надлежащие санитарно-гигиенические условия и безопасность пребывания детей и персонала.

Критерии:

6.2.1. Персонал соблюдает требования правил санитарии, гигиены и техники безопасности и связанных с этим норм, правил и инструкций в той части, в которой они распространяются на образовательные учреждения.

6.2.2. Один из сотрудников ПМПК (как правило, имеющий медицинское образование) назначается ответственным за оказание первой помощи. В комиссии имеется мобильная аптечка, соответствующая действующим нормам и правилам.

7. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7.1. Стандарт: набор персонала. Набор персонала в ПМПК осуществляется на основании четких и тщательно разработанных процедур подбора кадров и обеспечивает комплектацию штата в соответствии с квалификационными требованиями.

Критерии:

7.1.1. ПМПК комплектуется персоналом, квалификация которого соответствует назначению и функциям учреждения, отвечает потребностям детей и их семей (законных представителей), педагогов образовательных учреждений, в которых они обучаются.

7.1.2. Компетентным органом (учредителем) разработаны четкие правила набора сотрудников, осуществляющих диагностико-консультативную деятельность, например, собеседования и тесты на способность выполнять соответствующую работу.

7.1.3. Сотрудники, ответственные за набор персонала, обучены методам подбора кадров.

7.1.4. Существует программа введения в должность, а также четкие правила и методические рекомендации по оценке и поддержке сотрудников в течение испытательного срока и по идентификации тех, кого не следует утверждать в должности.

7.2. Стандарт: штатный состав. Численность, квалификация и опыт работы сотрудников ПМПК соответствуют ее назначению а также лежащей на них ответственности за дальнейшую судьбу ребенка.

Критерии:

7.2.1. Штат ПМПК по своей численности и структуре (разряды, опыт работы, квалификация сотрудников) является достаточным для выполнения комиссией своего назначения и функций.

7.2.2. В работе ПМПК право решающего голоса могут иметь только специалисты, имеющие высшее специальное образование и стаж успешной работы по своей специальности не менее 3 лет (имеющие не ниже I квалификационной категории по соответствующей специальности).

7.2.3. Специалисты, не отвечающие критерию 7.2.2., могут участвовать в работе ПМПК лишь с правом совещательного голоса.

7.2.4. Родители ребенка (его законные представители) имеют право получать исчерпывающую информацию об образовании и опыте работы специалистов ПМПК.

7.2.5. Родители ребенка (его законные представители) могут выразить недоверие отдельным членам ПМПК или комиссии в целом. В этом случае им предоставляется информация о специалистах необходимого профиля (ПМПК более высокого уровня), где они могут получить необходимую консультацию.

7.3. Стандарт: обучение и повышение квалификации персонала. Диагностико-консультативная, а также вся иная деятельность в ПМПК проводится специально подготовленным и обученным персоналом.

Критерии:

7.3.1. Существует постоянно действующая программа обучения и повышения квалификации сотрудников ПМПК с целью поддержания надлежащего уровня их навыков и знаний.

7.3.2. Принимаемые вновь на работу лица, как правило, проходят программу введения в должность в течение испытательного срока и, при необходимости, специальное обучение (повышение квалификации, переподготовку).

7.3.3. Работодатель (учредитель) обеспечивает план (контракт) персонального развития для всех специалистов и заведующего ПМПК, обеспечивает время и создает условия для прохождения соответствующих курсов усовершенствования, дополнительной подготовки, повышения квалификации.

7.3.4. Волонтеры, допущенные к работе в ПМПК, проходят соответствующее вводное обучение.

7.4. Стандарт: супервизорство и поддержка персонала. В ПМПК обеспечиваются супервизорство персонала и поддержка выполнения должностных обязанностей.

Критерии:

7.4.1. Для каждой штатной единицы составлена должностная инструкция и квалификационные требования на основании действующего Положения о ПМПК.

7.4.2. За работой всех сотрудников осуществляется регулярное и плановое супервизорство. Супер-

визорство могут осуществлять работники вышестоящей ПМПК (в рамках договора), института повышения квалификации, кафедр вуза. Разработаны соответствующие мероприятия по профессиональному супервизорству для заведующего ПМПК.

7.4.3. Проводятся регулярные совещания сотрудников для планирования и текущей оценки деятельности ПМПК, обсуждения актуальных проблем и согласования общих правил. Совещание имеет повестку и протоколируется.

7.5. Стандарт: использование консультантов. Консультанты ПМПК, нанимаемые на работу, тщательно подбираются и имеют соответствующие опыт и квалификацию.

Критерии:

7.5.1. Консультанты ПМПК имеют диплом установленной формы, подтверждающий их профессиональную квалификацию, и подтвержденный опыт работы в своей области.

7.5.2. Консультанты не привлекаются к непосредственной работе с детьми и семьями, если это не согласовано с соответствующим органом (учредителем).

8. ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

8.1. Стандарт: организация работы персонала. Работа специалистов ПМПК организована таким образом, чтобы обеспечить наиболее точную и адекватную диагностику особенностей психосоциального развития детей и разработку наиболее оптимальных рекомендаций по их дальнейшему сопровождению.

Критерии:

8.1.1. Компетентным органом разработаны должностные инструкции и квалификационные требования в соответствии с согласованным, действующим и опубликованным Положением о ПМПК.

8.1.2. Для руководства работой ПМПК назначен руководитель (заведующий), имеющий соответствующие опыт работы и квалификацию. На любом заседании ПМПК присутствует руководитель (заведующий) или иное лицо, уполномоченное им.

8.1.3. Компетентный орган делегирует заведующему ПМПК право подписи документа с коллегиальным психолого-медико-педагогическим заключением и рекомендациями по дальнейшему обучению (воспитанию, лечению, коррекции) ребенка.

8.1.4. Компетентный орган и заведующий обеспечивают время для осуществления супервизорства, проведения собраний, ведения учета, планирования, повышения квалификации для персонала.

8.2. Стандарт: учет. В ПМПК ведутся все формы учета, требуемые установленными правилами, а также необходимые для обеспечения эффективной, надежной и организованной ее работы.

Критерии:

8.2.1. На каждого ребенка заводится личное дело, в которое входят все документы согласно Положению о ПМПК.

8.2.2. В ПМПК внедрена надлежащая система хранения материалов учета, обеспечивающая постоянную, конфиденциальную и надежную регистрацию всего процесса сопровождения ребенка. Существуют четкие правила сроков хранения материалов учета. Все записи делаются разборчиво, подписываются с указанием имени лица, поставившего подпись, датируются и обновляются.

8.2.3. Существуют письменные правила и методическое пособие относительно доступа к личным делам детей.

8.2.4. Передача материалов, содержащих сведения о ребенке, родителям, в образовательные и иные учреждения производится согласно Положению о ПМПК.

8.3. Стандарт: управление. Руководство ПМПК осуществляется надлежащим образом и эффективно.

Критерии:

8.3.1. Руководитель (заведующий) ПМПК назначается по согласованию с учредителем из числа лиц, имеющих необходимые знания, компетентность и опыт в руководстве такого рода подразделениями.

8.3.2. Руководитель (заведующий) ПМПК подотчетен и подконтролен как директору ППМС-центра, структурным подразделением которого является ПМПК, так и учредителю непосредственно.

8.4. Стандарт: контроль со стороны компетентного органа. Заведующий ПМПК с установленной периодичностью подает непосредственно компетентному органу (учредителю) письменные отчеты о деятельности ПМПК.

Критерии:

8.4.1. Компетентный орган (учредитель) имеет четкие процедуры и правила организации инспекторских проверок деятельности ПМПК и методическое пособие для инспекторов по вопросам, требующим освещения. Проверки могут производиться без предупреждения. При проведении проверки инспектор проявляет уважительное отношение к детям, их семьям и персоналу ПМПК.

8.4.2. Проверки проводятся компетентным органом (учредителем) или от его имени. Отчет о результатах проверки направляется учредителю и копия – директору ППМС-центра. Инспектором назначается лицо, не работающее в ПМПК или соответствующем ППМС-центре, не причастное к делам ППМС-

центра или его директора (заведующего ПМПК) и способное дать объективный отчет учредителю.

8.4.3. Во время проверки предоставляется возможность клиентам (детям, родителям, другим) общения с инспектором (по желанию конфиденциально), а также возможность специалистам ПМПК поднять любые вопросы перед компетентным органом (учредителем, руководством ППМС-центра).

Разработка документов системы менеджмента качества (СМК) является только первым шагом, необходимым, но далеко не единственным условием оптимизации функционирования системы. Наиболее важной проблемой создания СМК является эффективная мотивация и четкое информационное обеспечение. Только при условии ясного понимания руководителями органов управления образования, целей, методологии и практики внедрения СМК в учреждениях (в том числе и ПМПК) возможно достижение положительного результата. Установлено, что если первый руководитель (начальник управления образования, директор ППМС-центра) не считает приоритетным в деятельности учреждения обеспечение качества деятельности и не принимает личного участия в решении этих вопросов, то все усилия служб, связанных с обеспечением качества, напрасны. В соответствии с этим в ISO 9000 установлено, что политику учреждения в области качества определяет ее высшее руководство. Эта политика должна содержать стратегические цели и задачи учреждения (подразделения), важнейшие показатели развития и совершенствования деятельности, способы достижения этого. Ознакомление с международными стандартами ISO 9000 показывает, что везде присутствуют элементы контроля и отслеживания (мониторинга) результатов.

Практика показывает, что политика учреждений образования в области обеспечения качества зачастую оформляется формально. О ее существовании знает небольшое число работников, и, по существу, она не реализуется. Политика в области качества должна найти отражение на каждом организационном уровне в виде конкретных функций и ответственности персонала, закрепленных в специально разработанных положениях, должностных инструкциях. Немалую помощь в закреплении ответственности должностных лиц по функционированию элементов системы качества оказывает разработка «матрицы ответственности». Данный документ наглядно показывает степень участия и ответственности каждого сотрудника и формы их взаимодействия при выполнении своих задач.

Функционирование и совершенствование систем качества невозможно без проведения внутренних проверок, осуществляемых специально подготовленными экспертами из числа сотрудников. Но работа экспертов носит периодический характер. Для функционирования системы качества необходимы общая координация работ и распределение функций по обеспечению качества. Отслеживание качества деятельности специалиста (команды) должно производиться на протяжении всего цикла (видеосъемка, взаимопосещения специалистов, контроль руководства, внешнее и внутреннее кураторство, супервизорство, постоянный мониторинг непосредственных и отдаленных результатов). Контроль конечного результата сам по себе лишен смысла, т. к. он уже не может повлиять на изменение качества деятельности, поэтому контроль качества должен осуществляться на каждой операции или на критической операции деятельности специалиста (внутренний мониторинг, консилиум, видеосъемка). Недостаток должен быть обнаружен как можно раньше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Круглов М. Г., Сергеев С. К., Такташов В. А. и др. Менеджмент систем качества: Учеб. пособие - М.: ИПК Издательство стандартов, 1997. – 368 с.
2. Приходько В. М., Мануйлов В. Ф., Луканин В. Н. и др. Высшее техническое образование: мировые тенденции развития, образовательные программы, качество подготовки специалистов, инженерная педагогика. – Под ред. В. М. Жураковского. – М., 1998. – 304 с.
3. Галактионов В. В., Дьяконов С. Г., Жураковский В. М. и др. Разработка и внедрение научно-методического обеспечения совершенствования инженерного образования и создание системы подготовки и повышения квалификации преподавателей технических вузов. - М.: МАДИ (ТУ), 2000. – 64 с.
4. Мануйлов В. Ф., Дмитренко В. П., Федотова А. В. и др. Образовательные услуги и управление качеством. Под ред. А. П. Петрова – М.: «ЛАТМЕС», 2001. – 196 с
5. Шишков Г. М., Шелапутина С. В. Менеджмент качества в вузе. - М.: МАТИ-РГТУ им. К. Э. Циолковского, 2002.
6. Шишов С. Е., Кальней В. А. Школа: мониторинг качества образования. — М.: РПО, 2000. - 316 с.

С. В. Тетерский

МНОГООБРАЗИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

Новый этап в модернизации системы образования России интегрирует усилия различных ведомств и общественных структур для эффективной профилактической работы во всех областях, где в настоящее время наблюдаются явления социальной патологии. Это повлекло за собой качественные изменения во

многих областях. Одним из ярких примеров поступательного развития общественного служения⁴ России является проведение ежегодной Всероссийской акции «Весенняя Неделя Добра». В 2003 г. в ней приняли участие более двух миллионов молодых людей со всех уголков России. Предназначение Весенней Недели Добра - сделать более видимой общественно значимую деятельность молодежи, юношеских организаций, показать, что молодежь может и является активным участником общественной жизни страны. Кроме того, задача Недели Добра - вовлечение большего количества поддерживающих молодежное служение государственных, частных, некоммерческих организаций и СМИ.

Неделя Добра является парадом общественных инициатив, поскольку позволяет молодежи самостоятельно выбирать объекты служения, планировать, осуществлять задуманное. В Республике Алтай и Приморском крае 16 апреля был проведен *День открытых сердец*, а 22 апреля - *Классный день календаря*, когда в каждом классе, вместо традиционных классных часов, прошли Часы добра – общественно значимые дела, придуманные детьми. В Воронеже состоялась городская акция «*Белый цветок*» по сбору средств для детей-сирот. Каждый жертвователю получил на память белый бумажный цветок, сделанный руками ребенка-сироты. В Иркутске группа добровольцев-агитаторов местного отделения Красного Креста провела в вузах и ссузах мини-семинары по проблемам донорства и предложила всем желающим сдать кровь. Станция по переливанию крови организовала временные пункты на срок Недели Добра на базе студенческих поликлиник, расположенных недалеко от учебы. В результате – сотни литров собранной крови, в которой испытывают недостаток все сибирские города и поселки. В Новосибирске этой добровольческой сдаче донорской крови придумали красивое название «*От сердца к сердцу*». Волонтерская группа профессионального училища № 65 г. Кемерово провела акцию «*Чистое окно*» (школьники мыли окна одиноких пенсионеров социального центра «Забота»), а учащиеся швейного ПУ № 68 своими руками изготовили коврики для детских домов и дома престарелых. Представители Союза молодежи Кузбасса вышли в школы с уроком по теме «*Давайте жить дружно!*» - на нем ребята получили навыки бесконфликтного, безопасного поведения, разрешения конфликтов. А совместно с Городским студенческим советом 20 апреля была организована акция «*Помой памятник*» (приведены в порядок после зимы городские памятники). В Красноярском крае главный организатор Недели Добра - Агентство общественных инициатив - особое внимание уделил «трудным подросткам»: они приняли активное участие в благоустройстве дворов, а вечером в качестве награды за труды были приглашены на дискотеку. Школьники гимназии № 11 Красноярска организовали сбор крупы у населения, которую отвезли в заповедник флоры и фауны «Роев Ручей» для обитающих там животных. За это волонтеры получили возможность в течение дня общаться со своими любимцами. Самые «говорящие» акции – в Республике Мордовия: «*Жизнь – как познание Добра*» (образовательная программа для старшеклассников и студентов), «*Вечер благородных дел*» (посвященный участникам Великой Отечественной Войны, ветеранам труда). Творили добро своей успеваемостью школы и вузы Саранска: акции «*Неделя пятерок*» и «*Неделя без троек*» - стали большим подарком родителям, педагогам, но главное - себе. В г. Балаково Саратовской области добровольческая акция «*Вот мой дом родной*» пусть на короткий срок, но позволила объединиться и узнать друг о друге много нового городским и сельским ребятам. В Томске добровольцы дружными рядами прошли по центральным улицам города. Это было рекламной последовавших затем акций: 23 апреля - «*Теплый вторник*» - парад благотворительных акций для нуждающихся; 24 апреля - «*Перекресток семи дорог*» - где каждая из семи дорог - семья, учреждение образования (школа, училище, вуз), интернат для детей-сирот, церковь, военкомат, колония для несовершеннолетних, реабилитационный центр для наркоманов – пересеклись одной идеей – служение обществу.

Отличительная особенность Недели Добра – отсутствие «обязаловки» и «соревновательности». Общественное служение объединило энтузиастов, людей милосердных, благородных и отважных. Сотни акций продемонстрировали потенциал молодых людей в общественном служении.

Заложенная в общественном служении идея возрождения страны не может обойти стороной инновационные формы социально-педагогической работы с детьми и молодежью. В общем плане они должны быть направлены на усиление профориентационной, информационной, трудовой подготовки; развитие познавательных интересов и способностей; воспитание на трудовых, народных, нравственных традициях труженика, объединение усилий всех институтов социума.

Служение организуется для нематериальных потребностей человека и общества:

- социальные и психологические конфликты, кризисные, стрессовые ситуации;
- эмоциональные и психологические проблемы;

⁴ Общественное служение рассматривается как единичный акт или группа акций общественно значимого характера (физическая, экономическая, социальная, культурная поддержка), символ солидарности, созидательная и созерцательная сила, направленная на сохранение и укрепление человеческих ценностей (потребность в мире, свободе, безопасности, справедливости), на реализацию прав и обязанностей граждан, изучение их личностного роста, осознание полного человеческого потенциала, оказание помощи нуждающимся. Общественное служение – это организованная, чаще институциональная и, как правило, негосударственная деятельность. Объединяющая роль общественного служения основывается на общегуманистической идее любви к ближнему, поэтому служение не может быть чисто внешним актом.

- нужда и бедность;
- алкоголизм и наркомания;
- насилие и дискриминация;
- этнические и национальные проблемы;
- преступления и правонарушения;
- безработица и профессиональная адаптация;
- инвалидность и одинокая старость;
- жилищная проблема;
- опекунов, попечительство, усыновление;
- родительская жестокость и др.

Многообразие проблем, решаемых в ходе общественного служения, позволяет выделить ряд оснований для классификации видов и типов служения, но все они, в конечном счете, сводятся к следующим: решение потребности человека; взаимодействие с другими организациями, службами, учреждениями, ведомствами.

Внутри этих двух форм в свою очередь идет классификация различных видов. Так, в первом случае можно говорить, с одной стороны, о характере потребности человека через имеющуюся проблему (потеря работы, смерть близкого человека, инвалидность, бедность и т. п.); с другой — об особенностях человека, т. к. вовлекаются в программы общественного служения конкретные люди, группы, в том числе и общество как большая социальная группа. Во втором случае, с одной стороны, речь идет о сфере деятельности, в процессе которой возникают проблемы взаимодействия с другими службами, учреждениями, ассоциациями (например, сфера образования, здравоохранения, быта и т. д.); с другой — о статусе этих организаций (государственные, частные, общественные, благотворительные и т. д.).

Если за основу классификации форм общественного служения взять количество людей, задействованных в программах и проектах, то можно выделить индивидуальные (личностная поддержка в решении психологических, межличностных, социально-экономических проблем путем взаимодействия) и групповые (формы и способы, при которых небольшая группа лиц с близкими интересами и общими проблемами регулярно собирается и включается в деятельность для достижения общих целей).

По объекту предпринимаемых усилий служение классифицируется как: а) направленное на индивиду; б) направленное на интересы группы людей, оказавшихся в сходной ситуации; в) направленное на интересы всей общины (всего общества).

По масштабности - служение: глобальное (общемировое, например, сбор подписей, обращений, рекомендаций в ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др.); общероссийское; межрегиональное; региональное; муниципальное; локальное (учрежденческое, внутри общественной организации и т. п.).

По способам привлечения людей к программам и проектам: косвенное (воздействующее на внешнюю среду человека) и непосредственное (побуждающее человека к активным действиям по выработке решения).

По характеру нарушений нормальной жизнедеятельности вовлекаемых в программы людей общественное служение может быть направлено на решение проблем: инвалидности, неспособности к самообслуживанию, сиротства, безнадзорности, малообеспеченности, конфликтов и жестокого отношения в семье, одиночества и т. п.

По характеру информационного воздействия на население служение можно рассматривать как: информацию, совет, справку, юридическую поддержку, обработку и интерпретацию результатов тестирования или социологического исследования, доступ к информационным источникам и т. д.

В общественном служении могут быть использованы практические методы исследования:

- аппаратные (аудио-, видео-, слайды, кино, компьютер, зеркало Гезелла, Интернет);
- письменные (дневники, описание, анализ случаев, контракты, письма, отчеты, протоколы, резюме, опросники, результаты наблюдений, тексты, книги, журналы, статьи, тексты докладов, статистические данные, инструкции);
- опытные (упражнения, имитация, драматизация, моделирование, ролевая игра, дискуссии, собрания; посещения больницы, суда, разработка программ);
- графические (рисунки, схемы, графики, диаграммы, фотографии);
- физические (физические трудовые усилия).

Общественное служение можно классифицировать по специфике его объектов: здравоохранения, образования, науки, семьи, средств массовой информации, трудовой ассоциации, транспорта, церкви и др.

Если взять за основание классификации сферу деятельности, на которую направлены усилия волонтеров, то можно говорить о следующих формах: а) социально-бытовая поддержка пожилых, одиноких, инвалидов; содействие строительству для данной категории людей специальных жилых домов; развитие и совершенствование системы обеспечения инвалидов протезно-ортопедической помощью и специальными изделиями для компенсации дефекта и облегчения быта и т. п.; б) организация поддержки семьи: стимулирование семейного туризма, семейных экскурсий, организованного отдыха семей, создание центров семейного досуга, семейных клубов, клубов молодых и многодетных семей; в) социальная профилактика и коррекция отклоняющегося поведения: предупреждение преступности, алкоголизма, наркомании, суицидов, бродяжничества, правонарушений и других асоциальных явлений среди несовершенно-

летних; содействие созданию и функционированию в учебных заведениях системы профилактики социальной дизадаптации несовершеннолетних.

По видам социального обслуживания населения общественное служение может способствовать эффективному оказанию:

- материальной помощи (денежные средства, продукты питания, медикаменты, средства санитарии и гигиены, предметы ухода за детьми, одежда, обувь, предметы первой необходимости; специальные транспортные и технические средства профилактики инвалидности и реабилитации для инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе);

- социального патронажа граждан и семей, нуждающихся в постоянном нестационарном обслуживании (социально-бытовая поддержка, содействие в получении медицинской и иной помощи, уход за детьми);

- стационарного обслуживания граждан, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе (создание необходимых условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, обеспечение питанием, уходом, организация посильной трудовой деятельности, отдыха, досуга);

- консультативной помощи гражданам и семьям в области социально-экономического и медико-социального обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, правовой защиты;

- реабилитационных услуг (помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации граждан, являющихся инвалидами; реабилитационная работа с несовершеннолетними и другими гражданами с общественно опасным поведением);

- трудовых акций социально-защитного характера (помощь престарелым в огороде, уборка и ремонт помещений, строительство и благоустройство объектов культурного и рекреационного назначения и т. п.).

Подробные классификации общественного служения и проблем, в ходе его реализации решаемых, позволяют более выпукло, многосторонне, комплексно представить поле волонтерской деятельности детей и взрослых. Точно так же проводится необходимая работа по классификации выбранной проблемы. Так, например, важно не просто определить волонтерам задачу «работы с «трудными» детьми», но точно классифицировать основные нарушения поведения в подростковом возрасте (по Н. М. Иовчук) и выбрать именно ту «трудность», исправление которой у ребенка будет доступно молодому человеку: 1) прогулы (отдельных уроков, целых учебных дней); 2) побеги из дому; 3) воровство; 4) ограбления (с применением угрозы или силы); 5) участие в драках; 6) частые конфликты (с классным руководителем, отдельными учителями, администрацией школы, членами семьи, одноклассниками, сверстниками, представителями противоположного пола и т. д.); 7) приобщение к алкоголю, наркотикам, снотворным и транквилизирующим средствам, курение (симуляция, игра с сигаретой, способ расслабления, поддержка имиджа, привычка); 8) девиации сексуального поведения (петтинг, ранняя половая жизнь и др.); 9) суицидное поведение; 10) страхи (темноты, одиночества, разлуки с родными и близкими и др.); 11) навязчивые тики, действия и ритуалы (мигание, наморщивание лба и носа, подергивание плечами, хмыканье, сосание пальцев, кусание ногтей, ритуалы и ритуальные действия, охраняющие от неудач, навязчивые мысли и т. д.); 12) сквернословие; 13) черты девиантного поведения (развязность, отрицательное отношение к «активистам», увлечение азартными играми, ношение холодного оружия (ножей, кастетов и пр.); татуировки; специфические детали одежды и др.).

Подробная разработка объекта общественного служения опирается на знание о нем и о методах решения его проблем во взаимосвязи «служение-обучение». Определяя объект общественного служения, организаторы должны позаботиться о конкретности заданий волонтерам. Так, например, проекты общественного служения, направленные на работу с детьми дошкольного возраста, могут включать:

- 1) ознакомление с условиями жизнедеятельности детей, наблюдение за детьми, беседа с ребенком, родителями, воспитателями и др.; изучение творческих работ ребят (рисунки, поделки, стихи и т. д.);

- 2) беседа с администрацией, педагогами учреждения;

- 3) подбор анкет и тестов для детей, родителей, педагогов;

- 4) посещение семьи ребенка, проведение беседы с родителями и родственниками;

- 5) обсуждение результатов первичной диагностики с руководителями служения на «круглом столе»;

- 6) подготовка и проведение игрового занятия с детьми;

- 7) подготовка тематического родительского собрания;

- 8) оказание помощи конкретному ребенку во взаимодействии с родителями (лицами, их заменяющими), педагогами, психологами, специалистами социальных служб, семейных и молодежных служб занятости, с общественными объединениями и др.;

- 9) организация различных видов социально значимой деятельности детей и взрослых, мероприятий, направленных на развитие общественных инициатив, реализацию социальных проектов и программ, участие в их разработке и утверждении.

Результатами таких проектов могут быть: индивидуальная программа развития ребенка; перспективная программа развития учреждения; социально-психолого-педагогическая характеристика ребенка; сценарий мероприятия; дневник социально-педагогической практики; рекомендации педагогам и родителям; коллективный выпуск стенной фотогазеты и др., но самым главным является, естественно, решение проблем подопечного.

В настоящее время можно говорить о следующих направлениях общественного служения:

* Психолого-педагогическое (воздействие на самочувствие и поведение членов общественной организации и людей, вовлекаемых в программы и проекты служения):

— изучение результатов деятельности индивидов, к которым относят: сочинения, технические поделки, самодельные игрушки, наглядные пособия, кино-, видеофильмы, ксерокопии печатных, графических, рукописных материалов; звукозаписи бесед, докладов, дискуссий; фотографии; медицинские документы и др.;

— социологические и социально-педагогические исследования по выявлению людей, нуждающихся в поддержке (поисковая работа); тестирование и анкетирование с целью выявления психологического климата и душевного состояния;

— социальная диагностика: сбор сведений об инфраструктуре, численности, составе и динамике местного населения и т. д.; изучение истории заселения и освоения данной территории, изменения состава местного населения, исследование его занятий и традиций; анализ различных документов, статей из местной и центральной прессы, материалов электронных средств информации, писем и жалоб граждан и т.д.; анализ социально-пространственного распределения и динамики рождаемости и смертности населения, зависимость качества жизни от различных природных и социальных факторов; составление социальной карты местности;

— убеждение (в виде разъяснения (мысли, факта, информации, слов), совета, аргументированной рекомендации, информирования, внушения, положительных примеров и образцов активной жизнедеятельности);

— привлечение к труду и расширение возможностей для проявлений творческих способностей личности, использование обычаев, традиций;

— терапия: медицинская (лекарственные средства, физиотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, иглотерапия и др.) и психологическая (игротерапия, арттерапия, библиотерапия, трудотерапия, терапия самовоспитанием, дискуссионная терапия, социодрама, психодрама);

— консультирование по интересующим проблемам; совместное обсуждение конкретного случая;

— наблюдение; беседа; групповые дискуссии; тренинги.

Примерами этого направления могут служить: дружба с пенсионером; посещение дома для престарелых; написание писем знакомому пожилому человеку; прогулка с пожилым человеком и др.

* Социально-бытовое (воздействия на материальные, моральные, национальные, семейные и другие интересы и потребности): доставка продуктов, гуманитарной помощи; оплата коммунальных услуг; доставка литературы из библиотеки; приобретение лекарства для пожилого человека; оформление подписки на газеты и журналы; написание писем; организация: фотоателье на дому, мастерской по ремонту одежды, домашней парикмахерской; подготовка и доставка праздничных посылок; патронаж; моральное и материальное поощрение социально активного населения; приготовление и раздача пищи в приюте; сбор одежды среди соседей и передача ее местному приюту; сбор комплектов личной гигиены (расчесок, зубных щеток, шампуня и т.д.) для бездомных людей; ремонт местного приюта для бездомных; обработка приусадебного участка для выращивания овощей, которые впоследствии могут быть пожертвованы голодающим; помощь пожилым гражданам в установке замков или детекторов дыма; обучение пользованию компьютером или работы в Интернет; формирование команды добровольцев для обеспечения безопасности территории школы; сбор денег для установления новых детских площадок в парках и во дворах; сбор средств для обеспечения освещения темных улиц и переходов, для пострадавших от наводнений, пожаров и т. п.; сбор денег на книги, написанные по методике Брайля, или книги с увеличенным шрифтом для детей со слабым зрением; сбор игрушек для детей, больных раком, и др.

* Социокультурное (влияние на уровень культуры, организацию досуга): организация дней рождения, поздравлений с праздником; проведение специальных телепередач; оформление праздничных газет; выпуск настенной газеты; подготовка видеофильмов; организация поездок и экскурсий; организация концертов; сбор благотворительных пожертвований; организация конкурсов на лучшего волонтера, помощника социального работника; приобретение билетов в театр, кино, выставочные залы; поддержка и развитие авторской песни; зарубежные поездки, прием зарубежных делегаций, совместные образовательные проекты с зарубежными коллегами и др.

* Трудовое (организация трудовой занятости, профориентационной работы): организация лагерей добровольческого труда по восстановлению памятников архитектуры, экологической очистке территорий; расчистка дорожек от снега; посадка цветов; утепление оконных рам; работа в огороде; сбор картофеля; помощь в выращивании рассады; уход за домашними цветами и животными; проведение генеральной уборки и косметического ремонта; предоставление рабочих мест детям, подросткам и молодежи через создаваемые биржи труда и информационные банки данных; создание педагогических и строительных отрядов; организация молодежного строительства; разработка перспективных моделей электрических и активных колясок для инвалидов; поддержка молодежного предпринимательства; создание центров социальной адаптации инвалидов и «трудных» подростков и др.

* Валеологическое (формирование здорового образа жизни): обучение оказанию первой медицинской помощи; сбор лекарственных трав и ягод; организация массажа и банных процедур; работа фитобара; запись к врачу; посещение больных в лечебных учреждениях; совместные занятия спортом; спортивные соревнования и конкурсы; совместное посещение спортивных мероприятий и секций; поддержка

любительского клубного спортивного движения; организация соревнований «Кожаный мяч», «Чудо-шашки», «Детские старты», проведение туристических слетов, «школ выживания»; проведение «физкультурминутки» с дошкольниками, младшими школьниками и подростками; презентации для одноклассников на тему «Здоровая и полезная пища»; ярмарка здоровья в школе или в другом учреждении; приглашение местных милиционеров для обсуждения проблемы наркомании или безопасности движения и др.

* Социально-правовое (повышение уровня правовой культуры, защита прав человека): организация встреч клиентов с юристами, работниками коммунальных служб; создание специальных судов для несовершеннолетних; организация деловых игр «Выборы», участие в избирательных кампаниях и выборах; включение в работу общественных комиссий, комитетов, организаций, фондов; поддержка подростков и молодежи в местах заключения и др.

* Профилактическое (предотвращение возникновения социально запущенной, маргинальной молодежи): установление «случайных» контактов с молодежными асоциальными группами в периоды их сборов и проведения свободного времени; определение потребностей и особых проблем уличных групп, оказание им соответствующей помощи, как индивидуальной, так и групповой; способствование направлению активности групп в менее агрессивное русло или распаду групп; проведение экскурсий в следственные изоляторы, тюрьмы, дома малютки, наркологические, психоневрологические, кожно-венерологические диспансеры; участие в судебных слушаниях по преступлениям, совершенным молодежью; установка контактов с наркоманами, определение их в лечебные заведения; привлечение подростков к солидарной поддержке своих сверстников, т. е. формирование из их рядов добровольных помощников социального педагога и социального работника; помощь молодым людям, испытывающим трудности в учебе; шефство над младшим классом (организация книжного клуба, спортивной команды и т. п.).

* Лидерское (формирование активной жизненной позиции, развитие инициативы, укрепление и развитие демократических норм жизни): получение знаний по основам управления, психологии, права, бизнеса, педагогики, делопроизводства, социальной работы, журналистики, экологии, валеологии, организаторской работы в коллективе, проведению психологических тренингов, деловых игр, круглых столов; обучение иностранным языкам, компьютерными технологиями; проведение лагерей актива; сотрудничество с неправительственными и государственными организациями; переписка, телефонные переговоры, командировки, реализация совместных программ представителями разных организаций; оказание помощи в программировании и проектировании деятельности детско-молодежных общественных объединений; проведение «Дня Карьеры» с приглашением родителей, чтобы они рассказали о своих достижениях в работе и общественной деятельности; и др.

* Патриотическое (воспитание любви и уважения к Родине, обучение основам взаимопонимания, уважения к своей национальной и другим культурам): походы по местам боевой и трудовой славы, «Вахты Памяти», поисковые экспедиции, летние оборонно-спортивные лагеря, патриотические слеты, военно-патриотические игры «Зарница», «Орленок»; изучение исторического опыта, древних традиций; восстановление разрушенных церквей; ремонт помещений и техники общественно значимых объектов (библиотек, музеев, выставочных залов и т. п.); организация клуба служения; установка контакта с местными избирательными комиссиями; помощь в переписи населения; связь с местными органами власти с целью донесения до них идей по решению проблем молодежи; помощь в обслуживании избирательных участков, в распространении материалов о результатах голосования и др.

* Информационное (пропаганда общественного служения, внедрение новых технологий, обеспечение взаимосвязи между специалистами): поддержка детско-молодежных средств массовой информации; организация работы «Интернет-кафе»; журналистская работа (подготовка заказных материалов и интервью, информирование об основных событиях, фоторепортажи с мест событий; пресс-конференция, информационная встреча, круглый стол, брифинг, регулярная рассылка пресс-релизов, персональная работа с журналистами, личные контакты, комментарии по телефону и электронной почте, размещение рекламы, объявлений, имиджевых сообщений в СМИ и интернете и др.); режиссерская и операторская работа (съемка, монтаж, звукооформление фильмов); кампания рассылки писем и извещений гражданам, факсовые атаки, непосредственная работа с населением и целевыми аудиториями; организация приемной и горячей линии, PR-отдела, участие в специализированных коалициях, советах, справочниках, каталогах, сайтах и изданиях, членство в клубах и профильных организациях, работа в экспертных советах, публичные выступления, обращения, открытые письма, участие в разных мероприятиях, дискуссиях, полемиках, презентациях, выпуск брошюр, бюллетеней, книг, докладов, отчетов и их рассылка, создание электронной новостной рассылки, распространение листовок с информацией и раздаточных материалов в свободном доступе, создание сайтов и обмен ссылками, листинг в Интернет, выпуск и размещение фирменной символики, информация о служении на воздушных шарах, значках, наклейках, выпуск и распространение флаеров, сувениров, рекламных брошюр, постеров, визиток кампании и др.

* Экологическое: уборка территории городского парка; посадка цветов, разбивка клумб, сада или деревьев; создание системы вторичной переработки материалов; шефство над лесным участком; уборка территории набережной; создание подходящей среды обитания для живой дикой природы и др.

* Образовательное: проведение обучающих и просветительских мероприятий, акций; подготовка, переподготовка и повышение квалификации специалистов общественного служения; открытие специа-

лизированных общественных образовательных учреждений и др.

Приведенные примеры демонстрируют возможность общественных объединений и инициативных групп в кратчайшие временные рамки удовлетворить потребности населения той или иной местности, привлечь жителей к общественному служению, обеспечить усвоение молодежью знаний, умений, навыков, позволяющих развиваться в сложных социально-экономических условиях. Это яркая демонстрация эффективного социально-педагогического направления общественного развития. Осознание первоочередности гуманистических целей по отношению к прагматическим предполагает существенное изменение традиционных подходов к социально-педагогической работе с молодежью. При этом конструирование новых технологий требует проведения предварительного исследования потребности личности и социума, непрерывного образования и повышения квалификации специалистов детско-молодежного движения. Принимая на себя новую роль – инициатора, разработчика, организатора проектной деятельности, ребенок, молодой человек открывает у себя наличие особых переживаний, начинает осмысленно ориентироваться в них, благодаря чему у него возникают новые отношения к самому к себе. У ребенка развивается воображение, формируется ориентация на общий смысл и характер человеческих отношений, появляется желание проявлять инициативу и быть востребованным, что позволяет эффективно включиться в коллективную и индивидуальную деятельность. Формирование стремления к общественно полезной и общественно оцениваемой деятельности, компенсация информационной и учебной перегрузки, организация психологического и физиологического отдыха – все эти задачи, заложенные в проектный подход общественного служения, способствуют позитивным изменениям личностной, мотивационной и смысловой сферы молодого человека.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Д. Б. ЭЛЬКОНИНА

Даниил Борисович Эльконин родился 16 (29) февраля 1904 г. в с. Малое Перещепино Полтавской губернии. В 1914 г. поступил в полтавскую гимназию, которую пришлось оставить в 1920 г. в связи с тяжелым материальным положением семьи. Работал делопроизводителем Военно-политических курсов, воспитателем в колонии малолетних правонарушителей. В 1924 г. по командировке Наркомпроса УССР поступил на психолого-рефлексологический факультет Ленинградского института социального воспитания. Будучи студентом, он вел научную работу по физиологии нервной системы, первая печатная работа «Локальное действие постоянного электрического тока на спинномозговую иннервацию мышц» вышла в 1929 г. После окончания в 1927 г. педологического отделения педагогического факультета ЛГПИ им. А. И. Герцена Д. Б. Эльконин работал педологом-педагогом детской профамбулатории Октябрьской железной дороги. С 1929 г. до 1937 г. преподавал на кафедре педологии ЛГПИ им. А. И. Герцена, где с 1932 г. также был заместителем директора по научной работе. В этот период определилась сфера научных интересов Д. Б. Эльконина – детская и педагогическая психология. С 1931 г. под руководством Л. С. Выготского он разрабатывал проблемы психологии игры и проблемы обучения и развития.

В 1936 вышло постановление ЦК РКП(б), осуждавшее педологию – попытку комплексного изучения ребенка с точки зрения социологии, генетики, психологии, физиологии и педагогики. Оно коснулось Д. Б. Эльконина самым непосредственным образом: он был уволен отовсюду. А после того как стало известно, что он отказался каяться, заявив А. А. Жданову (первому секретарю Ленинградского горкома РКП(б)), что «... не привык менять убеждения за 24 часа», его вообще никуда не принимали на работу. С большим трудом удалось устроиться учителем начальных классов в школу, где учились его дочери, – хорошо знавший Даниила Борисовича директор школы пошел на риск. В 1938 г. Д. Б. Эльконин снова становится преподавателем ЛГПИ, совмещая преподавание с работой в школе и в Ленинградском отделении Учпедгиза в качестве методиста-консультанта и автора учебников русского языка для народностей Крайнего Севера.

2 июля 1941 г. Д. Б. Эльконин добровольно вступил в ряды народного ополчения и до конца войны участвовал в обороне и освобождении Ленинграда и Прибалтики в составе войск 42-й армии Ленинградского фронта. В 1942 г. около Кисловодска фашистами были расстреляны его жена и две дочери.

По окончании войны Д. Б. Эльконин не был демобилизован и получил назначение в Московский областной Военно-педагогический институт Советской Армии, где не только преподавал психологию, но и разработал основные принципы построения курса советской военной психологии. Однако в 1952 г. началась новая волна репрессий под видом борьбы с космополитизмом. Заседание комиссии, посвященное «разбору и обсуждению допускаемых подполковником Эльконым ошибок космополитического характера» было назначено на 5 марта 1953 г., но умер Сталин, и оно не состоялось. В сентябре 1953 г. Д. Б. Эльконин стал штатным сотрудником Института психологии АПН РСФСР (ныне Психологический Институт РАО), где и проработал до конца своей жизни.

Характерной личной чертой Даниила Борисовича было очень глубокое и проникновенное отношение к своему Учителю – Л. С. Выготскому. Вся жизнь он перечитывал его работы, делая пометки каждый раз разными по цвету карандашами. В докладе на Ученом Совете НИИ дефектологии АПН СССР, посвященном 50-летию со дня смерти Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконин говорил: «Я уже не первый раз выступаю с докладом о Льве Семеновиче Выготском и должен сказать, что каждый раз, когда я делаю тот или иной доклад о его трудах и о нем самом, то всегда испытываю некоторое волнение, связанное прежде всего с тем, что я в последние годы его жизни работал с ним, так сказать, рядом, очень хорошо его знал, в известном смысле даже дружил с ним, если можно назвать дружбой отношения учителя и ученика. Вместе с тем при чтении и перечитывании работ Льва Семеновича у меня всегда возникает ощущение, что чего-то я в них до конца не понимаю. И я все время стараюсь найти и отчетливо сформулировать ту центральную идею, которая руководила им с самого начала его научной деятельности до самого ее конца».

Такие же отношения его связывали с друзьями – А. Н. Леонтьевым, А. В. Запорожцем, П. Я. Гальпериным, Л. И. Божович. Деятельностная психология была создана ими вместе, при этом каждый из них был абсолютно самостоятелен, своеобразен и продуктивен. Пожалуй, общий им подход к делу Даниил Борисович выразил от своего лица в последнем выступлении на заседании, посвященном его 80-летию: «Честно говоря, я в детской, педагогической психологии, да и вообще в психологии до сих пор остаюсь человеком военным. Я терпеть не могу никаких компромиссов, я терпеть не могу никакой пошлятины в науке, я тер-

петь не могу никакого житейского опыта, я терпеть не могу никакой необоснованности, нелогичности, я терпеть не могу ничего такого, что привносится в науку, кроме ее собственной внутренней логики».

Три фундаментальных принципа проходят через всю работу Д. Б. Эльконина. Первый – это принцип развития и историзма. В уже упоминавшемся выступлении Даниил Борисович говорил: «Существуют только законы изменения, законы возникновения нового. Никаких других законов в человеческом обществе и в человеческой природе нет. И поэтому тот, кому чужды проблемы развития (не только детского, я говорю вообще, в принципе), тот в науке ничего... не получит и не найдет. Поэтому я считаю, что основное, что сделал в своей жизни, – это есть проповедь ... и попытка исторического понимания процессов детского развития». Более того, в 1960 г., редактируя текст «Детской психологии», он записал в своем дневнике афоризм: «Человек является человеком до тех пор, пока он не *стал* человеком; а как только он стал человеком, он перестает им быть». Смысл здесь в том, что лишь развитие, становление является собственно человеческим способом жизни. Изучать человека и ребенка как человека – значит изучать его как развивающегося.

Второй принцип – принцип Деятельности. Деятельность понималась Д. Б. Эльониным как воссоздание имеющихся, построение новых и преодоление ставших форм - и в первую очередь, форм собственного поведения. Лишь в деятельности создается личность и лишь деятельностный тип жизни – личностен. В его научных дневниках написано: «Пролегомены ко всякой будущей теории деятельности: личность – высшая психологическая инстанция организации и управления собственным поведением, заключающаяся в преодолении самого себя!». Деятельностный подход требовал понимания детской жизни как принципиально неадаптивной. Приспособление ребенка к наличным и готовым обстоятельствам – вовсе не существенная черта детского развития, а частный, ограниченный тип социальной и педагогической практики, требующий преодоления.

Третий принцип – понимание детского развития как изменения форм общности детей и взрослых. По сути, развивается не индивид – ребенок, а детско-взрослая взаимность. Приведу цитату из «Детской психологии»: «Всякая новая ступень в развитии самостоятельности, в экспансии от взрослых есть одновременно возникновение новой формы связи ребенка со взрослыми, с обществом. Отношение между тенденцией к самостоятельности и потребностью в общении со взрослыми, в совместной жизни с ними является одним из внутренних противоречий, лежащих в основе развития личности ребенка».

Б. Д. Эльконин

К ПРОБЛЕМЕ ПЕРИОДИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ⁵

Периодизация психического развития в детском возрасте — фундаментальная проблема детской психологии. Ее разработка имеет важное теоретическое значение, поскольку через определение периодов психического развития и через выявление закономерностей переходов от одного периода к другому в конечном счете может быть решена проблема движущих сил психического развития. Можно утверждать, что всякое представление о движущих силах психического развития должно быть прежде всего проверено на «основе» периодизации.

От правильного решения проблемы периодизации во многом зависит стратегия построения системы воспитания и обучения подрастающих поколений. Практическое значение этой проблемы будет нарастать по мере разработки принципов единой общественной системы воспитания, охватывающей весь период детства. Необходимо подчеркнуть, что возможность построения такой системы в соответствии с законами смены периодов детства впервые возникает в социалистическом обществе, так как только такое общество максимально заинтересовано во всестороннем и полном развитии способностей каждого своего члена, а следовательно, в наиболее полном использовании возможностей каждого периода.

В настоящее время в нашей детской психологии используется периодизация, построенная на основе фактически сложившейся системы воспитания и обучения. Процессы психического развития теснейшим образом связаны с обучением и воспитанием ребенка, а само членение воспитательно-образовательной системы основано на громадном практическом опыте. Установленное на педагогических основаниях членение детства относительно близко подходит к истинному, но не совпадает с ним, а главное, не связано с решением вопроса о движущих силах развития ребенка, о закономерностях переходов от одного периода к другому. Изменения, происходящие в системе воспитательно-образовательной работы, вскрывают то обстоятельство, что «педагогическая периодизация» не имеет должных теоретических оснований и не в состоянии ответить на ряд существенных практических вопросов (например, когда надо начинать обучение в школе, в чем заключаются особенности воспитательно-образовательной работы при переходе

⁵ Д. Б. Эльконин. Избранные психологические труды / Под ред. В. В. Давыдова, В. П. Зинченко. – М.: Педагогика. – С. 60-77.

к каждому новому периоду и т. д.). Назревает своеобразный кризис существующей периодизации.

В 30-е гг. вопросам периодизации большое внимание уделяли П. П. Блонский и Л. С. Выготский, заложившие основы развития детской психологии в нашей стране. К сожалению, с того времени у нас не было фундаментальных работ по этой проблеме.

П. П. Блонский указывал на историческую изменчивость процессов психического развития и на возникновение в ходе исторического развития новых периодов детства. Так, он писал: «Современный человек при благоприятных социальных условиях развития развивается дольше и быстрее человека прежних исторических эпох. Таким образом, детство — не вечное неизменное явление: оно — иное на иной стадии развития животного мира, оно — иное и на каждой иной стадии исторического развития человечества. Чем благоприятнее экономические и культурные условия развития, тем быстрее темпы развития» (1934, с. 326). И далее: «В то же время мы видим, что сейчас еще юность, т. е. продолжение роста и развития после полового созревания, является далеко не общим достоянием: у находящихся в неблагоприятных условиях развития народов или общественных групп рост и развитие заканчивается вместе с половым созреванием. Таким образом, юность не есть вечное явление, но составляет позднее, почти на глазах истории происшедшее приобретение человечества» (там же).

П. П. Блонский был противником чисто эволюционистских представлений о ходе детского развития. Он считал, что детское развитие — прежде всего процесс качественных преобразований, сопровождающихся переломами, скачками. Он писал, что эти изменения «могут происходить резко, критически и могут происходить постепенно, литически. Условимся называть эпохами и стадиями времени детской жизни, отделенные друг от друга кризисами, более (эпохи), или менее (стадии) резкими. Условимся также называть фазами времени детской жизни, отграниченные друг от друга литически» (1930, с. 7).

В последние годы жизни Л. С. Выготский работал над большой книгой по детской психологии. Отдельные главы были им написаны, а некоторые только намечены и сохранились в виде стенограмм его лекций. Самим Л. С. Выготским была подготовлена к печати глава «Проблема возраста», в которой дается обобщение и теоретический анализ материалов по проблеме периодизации психического развития в детстве, накопленных к тому времени в советской и зарубежной психологии⁶.

«Каковы же должны быть принципы построения подлинной периодизации? Мы уже знаем,—писал Л. С. Выготский,—где следует искать ее реальное основание: только внутренние изменения самого развития, только переломы и повороты в его течении могут дать надежное основание для определения главных эпох построения личности ребенка, которые мы называем возрастами» (1984, т. 4, с. 247).

Охарактеризовав основные особенности переходных периодов развития, Л. С. Выготский заключает: «Таким образом, перед нами раскрывается закономерная картина. Критические периоды перемежаются стабильными, и они являются переломными, поворотными пунктами в развитии, лишней раз подтверждая, что развитие ребенка есть диалектический процесс, в котором переход от одной ступени к другой совершается не эволюционным, а революционным путем.

Если бы критические возрасты не были открыты чисто эмпирическим путем, понятие о них следовало бы ввести в схему развития на основании теоретического анализа. Сейчас теории остается только осознать и осмысливать то, что уже установлено эмпирическим исследованием» (там же, с. 252).

На наш взгляд, подходы к проблеме периодизации, намеченные П. П. Блонским и Л. С. Выготским, должны быть сохранены и вместе с тем развиты в соответствии с современными знаниями. Это, во-первых, исторический подход к темпам развития и к вопросу о возникновении отдельных периодов детства в ходе исторического развития человечества. Во-вторых, подход к каждому возрастному периоду с точки зрения того места, которое он занимает в общем цикле психического развития ребенка. В-третьих, представление о психическом развитии как о процессе диалектически противоречивом, протекающем не эволюционным путем, а путем перерывов непрерывности, возникновения в ходе развития качественно новых образований. В-четвертых, выявление как обязательных и необходимых переломных, критических точек в психическом развитии — важных объективных показателей переходов от одного периода к другому. В-пятых, выделение неоднородных по своему характеру переходов и в связи с этим различение в психическом развитии эпох, стадий, фаз.

П. П. Блонскому и Л. С. Выготскому не довелось реализовать выдвинутые ими принципы периодизации, так как в их время еще не было условий для решения вопроса о движущих силах психического развития ребенка. Решение этого вопроса вращалось тогда вокруг проблемы факторов развития, относительной роли среды и наследственности в психическом развитии. Хотя оба исследователя искали выход из тупика, создаваемого теорией «факторов развития», видели ее методологические и конкретно научные недостатки, хотя Л. С. Выготский заложил основания для разработки проблемы обучения и развития, тем не менее их теоретические поиски не привели к решению указанного вопроса. Это затрудняло и специ-

⁶ Этот текст опубликован в т. 4 Собрания сочинений Л. С. Выготского (1984).— *Примеч. ред.*
ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2004 (4), № 1.

альное изучение проблемы периодизации.

В конце 1930-х гг. А. Н. Леонтьев и С. Л. Рубинштейн начали рассматривать проблему становления и развития психики и сознания, вводя в нее понятие деятельности. Новый подход кардинально менял как представления о движущих силах психического развития, так и принципы выделения его отдельных стадий. И впервые решение вопроса о движущих силах психического развития непосредственно смыкалось с вопросом о принципах выделения отдельных стадий в психическом развитии детей.

Наиболее развернутую форму это новое представление нашло в работах А. Н. Леонтьева. В изучении развития психики ребенка, считал А. Н. Леонтьев, следует исходить из анализа развития его деятельности так, как она складывается в данных конкретных условиях его жизни. Жизнь или деятельность в целом не складывается, однако, механически из отдельных видов деятельности. Одни виды деятельности являются на данном этапе ведущими и имеют большее значение для дальнейшего развития личности, другие — меньшее. Одни играют главную роль в развитии, другие — подчиненную. Поэтому нужно говорить о зависимости развития психики не от деятельности вообще, а от ведущей деятельности. В соответствии с этим можно сказать, что каждая стадия психического развития характеризуется определенным, ведущим на данном этапе отношением ребенка к действительности, определенным, ведущим типом его деятельности. «Признаком перехода от одной стадии к другой является именно изменение ведущего типа деятельности, ведущего отношения ребенка к действительности» (1983, т. I, с. 285).

В экспериментальных исследованиях А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца и их сотрудников, а также А. А. Смирнова, П. И. Зинченко, сотрудников С. Л. Рубинштейна выявлена зависимость уровня функционирования психических процессов от характера их включенности в ту или иную деятельность, т. е. зависимость психических процессов (от элементарных сенсорно-двигательных до высших интеллектуальных) от мотивов и задач деятельности, от их места в ее структуре (действия, операции). Эти данные имели важное значение для решения ряда методологических проблем психологии. Но, к сожалению, они не привели к разработке соответствующей теории психического развития и его стадийности. Основная причина этого состояла, на наш взгляд, в том, что при поисках психологического содержания деятельности игнорировалась ее содержательно-предметная сторона как якобы не психологическая и основное внимание обращалось лишь на структуру деятельности, на соотношение в ней мотивов и задач, действий и операций. Решение вопроса о стадийности психического развития ограничивалось и тем, что были изучены только два типа деятельности, непосредственно относящиеся к психическому развитию в детстве, — игра и учение. На самом деле процесс психического развития нельзя понять без глубокого исследования содержательно-предметной стороны деятельности, т. е. без выяснения того, с какими сторонами действительности взаимодействует ребенок в той или иной деятельности и, следовательно, какая ориентация в них при этом формируется.

До настоящего времени существенный недостаток рассмотрения психического развития ребенка — разрыв между процессами умственного развития и развития личности. Развитие личности без достаточных оснований сводится при этом к развитию аффективно-потребностной или мотивационно-потребностной сферы.

Еще в 1930-х гг. Л. С. Выготский указывал на необходимость рассмотрения развития аффекта и интеллекта в динамическом единстве. Но до сих пор развитие познавательных сил ребенка и развитие аффективно-потребностной сферы рассматриваются как процессы, имеющие свои, независимые, взаимно не пересекающиеся линии. В педагогической теории и практике это находит выражение в отрыве воспитания от обучения и обучения от воспитания.

Картина развития интеллекта в отрыве от развития аффективно-потребностной сферы наиболее ярко и законченно представлена в концепции Ж. Пиаже. Пиаже выводил всякую последующую ступень в развитии интеллекта непосредственно из предыдущей (впрочем, такое рассмотрение развития интеллекта у детей в разной степени присуще почти всем интеллектуалистическим концепциям). Основной недостаток этой концепции — в невозможности объяснить переходы от одной стадии развития интеллекта к другой. Почему ребенок переходит от дооперациональной стадии к стадии конкретных операций, а затем к стадии формальных операций (по Пиаже)? Почему ребенок переходит от комплексного мышления к предпонятийному, а затем к понятийному (по Л. С. Выготскому)? Почему происходит переход от практически-действенного мышления к образному, а затем к вербально-дискурсивному (по ныне принятой терминологии)? На эти вопросы нет четкого ответа. А при его отсутствии легче всего сослаться или на «созревание», или на какие-либо другие силы, внешние для самого процесса психического развития.

Аналогично рассматривается и развитие аффективно-потребностной сферы, которое, как мы уже указывали, часто отождествляется с развитием личности. Его стадии выстраиваются в линию, независимую от интеллектуального развития. Переходы от одних потребностей и мотивов деятельности к другим остаются при этом необъясненными.

Таким образом, при рассмотрении психического развития имеет место, с одной стороны, своеобразный дуализм, с другой, параллелизм двух основных линий развития: мотивационно-потребностной сферы и интеллектуальных (познавательных) процессов. Без преодоления этого дуализма и параллелизма

нельзя понять психическое развитие ребенка как единый процесс.

В фундаменте подобного дуализма и параллелизма лежит натуралистический подход к психическому развитию ребенка, характерный для большинства зарубежных теорий и, к сожалению, не до конца преодоленный в советской детской психологии. При таком подходе, во-первых, ребенок рассматривается как изолированный индивид, для которого общество представляет лишь своеобразную «среду обитания». Во-вторых, психическое развитие берется лишь как процесс приспособления к условиям жизни в обществе. В-третьих, общество рассматривается как состоящее, с одной стороны, из «мира вещей», с другой — из «мира людей», которые по существу между собою не связаны и выступают двумя изначально данными элементами «среды обитания». В-четвертых, механизмы адаптации к «миру вещей» и к «миру людей», развитие которых и представляет собой содержание психического развития, понимаются как глубоко различные.

Рассмотрение психического развития как развития адаптационных механизмов в системах «ребенок-вещи» и «ребенок-другие люди» как раз и породило представление о двух не связанных линиях психического развития. Из этого же источника родились две теории — интеллекта и интеллектуального развития Ж. Пиаже и аффективно-потребностной сферы и ее развития З. Фрейда и неофрейдистов. Несмотря на различия в конкретном психологическом содержании, эти концепции глубоко родственны по принципиальному истолкованию психического развития как развития адаптационных механизмов поведения. Для Ж. Пиаже интеллект есть механизм адаптации, а его развитие — развитие форм адаптации ребенка к «миру вещей». Для З. Фрейда и неофрейдистов механизмы вытеснения, цензуры, замещения и т. п. выступают как механизм адаптации ребенка к «миру людей».

Необходимо подчеркнуть, что при рассмотрении приспособления ребенка в системе «ребенок-вещи» последние выступают прежде всего как физические объекты с их пространственными и физическими свойствами. При рассмотрении приспособления ребенка в системе «ребенок-другие люди» последние выступают как случайные индивиды со своими чертами характера, темперамента и т. п. Если вещи рассматриваются как физические объекты, а другие люди как случайные индивидуальности, то приспособление ребенка к этим «двум мирам» действительно можно представить как идущее по двум параллельным, в основе самостоятельным линиям⁷.

Преодоление указанного подхода крайне затруднено, и прежде всего потому, что для самого ребенка окружающая его действительность выступает в двух формах. С таким разделением для ребенка действительности на «мир вещей» и «мир людей» мы встретились в одном своем экспериментальном исследовании, посвященном вопросу о природе ролевой игры детей дошкольного возраста. Выясняя сензитивность ролевой игры к двум обсуждаемым сферам действительности, мы в одних случаях знакомили детей с вещами, их свойствами и назначением. Так, во время посещения зоопарка детям рассказывали о зверях, их повадках, внешнем виде и т. п. После экскурсии в детскую комнату вносились звери-игрушки, но ролевая игра не разворачивалась. В других случаях во время такой же экскурсии детей знакомили с людьми, обслуживающими зоопарк, с их функциями и взаимоотношениями — с кассиром и контролером, с экскурсоводом и служащими, кормящими зверей, со «звериным доктором» и т. д. В результате такой информации, как правило, разворачивалась длительная и интересная ролевая игра, в которой дети моделировали задачи деятельности взрослых людей и отношения между ними. Теперь уже находили себе место и приобретали смысл и ранее полученные детьми знания о зверях. Анализируя результаты исследования, мы обнаружили, что ролевая игра сензитивна именно к «миру людей» — в ней в особой форме «моделируются» задачи и мотивы человеческой деятельности и нормы отношений между людьми. Вместе с тем мы экспериментально установили, что для ребенка окружающий мир как бы разделен на две сферы, а между действиями ребенка в них существует тесная связь (правда, особенности этой связи в данном исследовании выяснить не удалось).

Преодоление натуралистического представления о психическом развитии требует радикального изменения взгляда на взаимоотношения ребенка и общества. К этому выводу нас привело специальное исследование исторического возникновения ролевой игры. В противоположность взглядам на ролевую игру как на вечную, внеисторическую особенность детства мы предположили, что ролевая игра возникла на определенном этапе развития общества, в ходе исторического изменения места ребенка в нем. Игра — деятельность социальная по происхождению, и поэтому она социальна по своему содержанию.

Наша гипотеза об историческом происхождении игры подтверждается большим антропологическим и этнографическим материалом, из которого следует, что возникновение ролевой игры определяется изменением места, занимаемого ребенком в обществе. В ходе исторического развития менялось место ребенка в обществе, но везде и всегда дети были его частью. На ранних этапах развития человечества связь ребенка с обществом была прямой и непосредственной — дети с самого раннего возраста жили общей

⁷ В нашу задачу не входит анализ исторических условий возникновения такого дуализма и параллелизма в рассмотрении психического развития. Отметим только, что эти представления являются отражением реально существующего в классовом обществе отчуждения человека от продуктов его деятельности.

жизнью со взрослыми. Развитие ребенка проходило внутри этой целокупной жизни как единый нерасчлененный процесс. Ребенок составлял органическую часть совокупной производительной силы общества, и его участие в ней ограничивалось лишь его физическими возможностями.

По мере усложнения средств производства и общественных отношений связь ребенка с обществом трансформируется, превращаясь из непосредственной в опосредствованную процессом воспитания и обучения. При этом система «ребенок — общество» не изменяется. Она не превращается в систему «ребенок и общество» (союз «и», как известно, имеет не только соединительное, но и противительное значение). Правильнее говорить о системе «ребенок в обществе». В процессе общественного развития функции 'образования и воспитания все больше передаются семье, которая превращается в самостоятельную экономическую единицу, а ее связи с обществом становятся все более опосредствованными. Тем самым система отношений «дети в обществе» вуалируется, закрывается системой отношений «ребенок-семья», а в ней — «ребенок-отдельный взрослый».

При рассмотрении формирования личности в системе «ребенок в обществе» радикально меняется характер связи систем «ребенок — вещь» и «ребенок — отдельный взрослый». Из двух самостоятельных они превращаются в единую систему, вследствие чего существенно изменяется содержание каждой из них. При рассмотрении системы «ребенок - вещь» теперь оказывается, что вещи, обладающие определенными физическими и пространственными свойствами, открываются ребенку как общественные предметы, в них на первый план выступают общественно выработанные способы действий с ними.

Система «ребенок-вещь» в действительности является системой «ребенок-общественный предмет». Общественно выработанные способы действий с предметами не даны непосредственно как некоторые физические характеристики вещей. На предмете не написаны его общественное происхождение, варианты действий с ним, способы и средства его воспроизведения. Поэтому овладение таким предметом невозможно путем адаптации, путем простого «уравновешивания» с его физическими свойствами. Внутренне необходимым становится особый процесс усвоения ребенком общественных способов действий с предметами. При этом физические свойства вещи выступают лишь как ориентиры для действий с нею⁸.

При усвоении общественно выработанных способов действий с предметами происходит формирование ребенка как члена общества включая его интеллектуальные, познавательные и физические силы. Для самого ребенка (как, впрочем, и для взрослых людей, непосредственно не занятых организованным процессом воспитания и обучения) это развитие представлено прежде всего как расширение сферы и повышение уровня овладения действиями с предметами. Именно по этому параметру дети сравнивают свой уровень и возможности с уровнем и возможностями других детей и взрослых. В процессе такого сравнения взрослый открывается ребенку не только как носитель общественных способов действий с предметами, но и как человек, осуществляющий определенные общественные задачи.

Особенности открытия ребенком человеческого смысла предметных действий были показаны в ряде исследований. Так, Ф. И. Фрадкина (1946) описала то, как на определенном этапе овладения предметными действиями маленький ребенок начинает сравнивать свои действия с действиями взрослого человека. Это проявляется в своеобразном двойном назывании себя одновременно собственным именем и именем взрослого человека. Например, изображая действия взрослого человека, читающего газету или что-то пишущего, ребенок говорит: «Миша — папа», а при укладывании куклы в кроватку, заявляет: «Вера — мама». Л. С. Славина (1948) в своем исследовании показала, как ребенок, однажды раскрыв человеческий смысл предметных действий, затем цепко держится за него, придавая его даже простым манипуляциям.

Упомянутые исследования построены на ограниченном материале развития предметных действий у детей раннего возраста. Но они дают основание предполагать, что овладение ребенком способами действий с предметами закономерно подводит его к пониманию взрослого как носителя общественных задач деятельности. Каков психологический механизм этого перехода в каждом конкретном случае и на каждом отдельном этапе развития — проблема дальнейших исследований.

Система «ребенок—взрослый», в свою очередь, также имеет существенно иное содержание. Взрослый прежде всего выступает перед ребенком не со стороны случайных и индивидуальных качеств, а как носитель определенных видов общественной по своей природе деятельности, осуществляющий конкретные задачи, включенный при этом в разнообразные отношения с другими людьми и подчиняющийся выработанным нормам. Но на самой деятельности взрослого человека не указаны ее задачи и мотивы. Внешне она выступает перед ребенком как преобразование предметов и их производство. Осуществление этой деятельности в ее законченной реальной форме и во всей системе общественных отношений, внутри которых только и могут быть раскрыты ее задачи и мотивы, для детей недоступно. Поэтому становится необходимым особый процесс усвоения задачи мотивов человеческой деятельности и тех норм

⁸ Процесс усвоения общественно выработанных способов действий наиболее подробно показан в исследованиях П. Я. Гальперина и его сотрудников (П. Я. Гальперин, 1976; Л. Ф. Обухова, 1972; и др.)

отношений, в которые вступают люди в процессе ее осуществления.

К сожалению, психологические особенности этого процесса исследованы явно недостаточно. Но есть основания полагать, что усвоение детьми задач, мотивов и норм отношений, существующих в деятельности взрослых, осуществляется через воспроизведение или моделирование этих отношений в собственной деятельности детей, в их сообществах, группах и коллективах. Примечательно, что в процессе этого усвоения ребенок сталкивается с необходимостью овладения новыми предметными действиями, без которых нельзя осуществлять деятельность взрослых. Таким образом, взрослый человек выступает перед ребенком как носитель новых и все более сложных способов действий с предметами, общественно выработанных эталонов и мер, необходимых для ориентации в окружающей действительности.

Итак, деятельность ребенка внутри систем «ребенок-общественный предмет» и «ребенок-общественный взрослый» представляет единый процесс, в котором формируется его личность. Но этот единый по своей природе процесс жизни ребенка в обществе в ходе исторического развития раздваивается, расщепляется на два. Расщепление создает предпосылки для гипертрофированного развития любой из сторон. Эту возможность и использует школа классового общества, воспитывая одних детей главным образом как исполнителей операционно-технической стороны трудовой деятельности, а других по преимуществу как носителей задач и мотивов той же деятельности. Такой подход к исторически возникшему расщеплению единого процесса жизни и развития ребенка в обществе присущ лишь классовым формациям.

Изложенные теоретические положения имеют прямое отношение к проблеме периодизации психического развития ребенка. Обратимся к фактическим материалам, накопленным в детской психологии. Из всех многочисленных исследований, проведенных психологами за последние 20—30 лет, мы выберем те, которые обогатили наши знания об основных типах деятельности детей. Рассмотрим кратко главнейшие из них.

1. До самого последнего времени не было ясности относительно предметно-содержательной характеристики деятельности младенцев; в частности в вопросе о том, какая деятельность является в этом возрасте ведущей. Одни исследователи (Л. И. Божович и др.) считали первичной потребность ребенка во внешних раздражителях, а поэтому наиболее важным моментом — развитие у него ориентировочных действий. Другие (Ж. Пиаже и др.) основное внимание обращали на развитие сенсомоторно-манипулятивной деятельности. Третьи (Г. Л. Розенгарт-Пупко и др.) указывали на важнейшее значение общения младенца со взрослыми.

В последние годы исследования М. И. Лисиной и ее сотрудников (1974) убедительно показали существование у младенцев особой деятельности общения, носящего непосредственно-эмоциональную форму. «Комплекс оживления», возникающий на 3-м месяце жизни и ранее рассматривавшийся как простая реакция на взрослого (наиболее яркий и комплексный раздражитель), в действительности является сложным по составу действием, имеющим задачу общения со взрослыми и осуществляемым особыми средствами. Важно отметить, что это действие возникает задолго до того, как ребенок начинает манипулировать с предметами, до формирования акта хватания. После формирования этого акта и манипулятивной деятельности, осуществляемой со взрослыми, действия общения не растворяются в совместной деятельности, не сливаются с практическим взаимодействием со взрослыми, а сохраняют свое особое содержание и средства. Эти и другие исследования показали, что дефицит эмоционального общения (как, вероятно, и его избыток) оказывает решающее влияние на психическое развитие в данный период.

Таким образом, есть основания считать, что непосредственно-эмоциональное общение со взрослым представляет собой ведущую деятельность младенца, на фоне и внутри которой формируются ориентировочные и сенсомоторно-манипулятивные действия.

2. В этих же исследованиях было установлено время перехода ребенка (на границе раннего детства) к собственно предметным действиям, т. е. к овладению общественно выработанными способами действий с предметами. Конечно, овладение этими действиями невозможно без участия взрослых, которые показывают и выполняют их совместно с детьми. Взрослый выступает хотя и главным, но все же лишь элементом ситуации предметного действия. Непосредственное эмоциональное общение со взрослым отходит здесь на второй план, а на первый выступает деловое практическое сотрудничество. Ребенок занят предметом и действием с ним. Эта связанность ребенка полем непосредственного действия, при которой наблюдается своеобразный «предметный фетишизм» — ребенок как бы не замечает взрослого, который «закрыт» предметом и его свойствами, — неоднократно отмечалась исследователями.

Многие советские и зарубежные авторы отмечают, что в этот период происходит интенсивное овладение предметно-орудийными операциями, формируется так называемый практический интеллект. По данным детальных исследований генезиса интеллекта у детей, проведенных Ж. Пиаже и его сотрудниками, именно в этот период происходит развитие сенсомоторного интеллекта, подготавливающего возникновение символической функции.

Ф. И. Фрадкина (1946) считает, что в процессе усвоения действия как бы отделяются от предмета, на котором они были первоначально усвоены: происходит перенос этих действий на другие предметы,

сходные, но не тождественные исходному. На этой основе формируется обобщение действий. Ф. И. Фрадкина экспериментально установила, что именно на основе отделения действий от предмета и их обобщения становится возможным сравнение с действиями взрослых, а благодаря этому и проникновение ребенка в задачи и смысл человеческих действий.

Итак, есть основания полагать, что именно предметно-орудийная деятельность, в процессе которой происходит овладение общественно выработанными способами действий с предметами, является ведущей в раннем детстве.

Данному положению на первый взгляд противоречит факт интенсивного развития в этот период вербальных форм общения ребенка со взрослыми. Из бессловесного существа, пользующегося для общения со взрослыми эмоционально-мимическими средствами, ребенок превращается в говорящего человека, пользующегося относительно богатым лексическим составом и грамматическими формами. Однако анализ речевых контактов ребенка показывает, что речь используется им главным образом для налаживания сотрудничества со взрослыми внутри совместной предметной деятельности. Иными словами, она выступает как средство деловых контактов ребенка со взрослыми. Более того, есть основания думать, что предметные действия, успешность их выполнения становятся для ребенка способом налаживания общения со взрослыми. Само общение опосредуется предметными действиями ребенка. Следовательно, факт интенсивного развития речи как средства налаживания сотрудничества со взрослыми не противоречит положению о том, что ведущей деятельностью в этот период все же является предметная деятельность, внутри которой происходит усвоение общественно выработанных способов действия с предметами.

3. После работ Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева и других в советской детской психологии установлено, что в дошкольном возрасте ведущая деятельность — игра в ее наиболее развернутой форме (ролевая игра). Значение игры для психического развития детей дошкольного возраста многосторонне, а главное состоит в том, что благодаря особым игровым приемам (принятию ребенком на себя роли взрослого и его общественно-трудовых функций, обобщенному изобразительному характеру воспроизведения предметных действий и переносу значений с одного предмета на другой и т. д.) ребенок моделирует в ней отношения между людьми.

На самом предметном действии, взятом изолированно, «не написано», ради чего оно осуществляется, каков его общественный смысл, действительный мотив. Только тогда, когда предметное действие включается в систему человеческих отношений, раскрывается его подлинно общественный смысл, его направленность на других людей. Такое «включение» и происходит в игре. Ролевая игра выступает как деятельность, в которой осуществляется ориентация ребенка в самых общих, в самых фундаментальных смыслах человеческой деятельности. На этой основе у ребенка формируется стремление к общественно значимой и общественно оцениваемой деятельности, которое выступает основным показателем готовности к школьному обучению. В этом заключается основное значение игры для психического развития, в этом заключается ее ведущая функция.

4. Л. С. Выготский в самом начале 1930-х гг. выдвинул положение о ведущем значении обучения для умственного развития детей школьного возраста. Конечно, не всякое обучение так влияет на развитие, а только «хорошее». Качество обучения все более и более начинает оцениваться именно по тому воздействию, которое оно оказывает на интеллектуальное развитие ребенка. По вопросу о том, каким образом обучение влияет на умственное развитие, психологами проведено большое количество исследований. Здесь обозначились различные взгляды, которые невозможно специально рассматривать в данной статье. Отметим лишь, что большинство исследователей, как бы они ни представляли себе внутренний механизм такого влияния, какое бы значение ни приписывали разным сторонам обучения (содержанию, методике, организации), сходятся на признании ведущей роли обучения в умственном развитии детей младшего школьного возраста.

Учебная деятельность детей, т. е. та деятельность, в процессе которой происходит усвоение новых знаний и управление которой составляет основную задачу обучения, является ведущей деятельностью в этот период. При ее осуществлении у ребенка происходит интенсивное формирование интеллектуальных и познавательных сил. Ведущее значение учебной деятельности определяется также и тем, что через нее опосредуется вся система отношений ребенка с окружающими взрослыми, вплоть до личностного общения в семье.

5. Выделение ведущей деятельности подросткового периода представляет большие трудности. Они связаны с тем, что для подростка основной деятельностью остается его учение в школе. Успехи и неудачи на этом поприще продолжают служить основными критериями оценки подростков со стороны взрослых. С переходом в подростковый возраст в нынешних условиях обучения с внешней стороны также не происходит существенных изменений. Однако именно переход к подростковому периоду выделен в психологии как наиболее критический.

Естественно, что при отсутствии каких-либо перемен в общих условиях жизни и деятельности причину перехода к подростковому возрасту искали в изменениях самого организма, в наступающем поло-

вом созревании. Конечно, половое развитие оказывает влияние на формирование личности в этот период, но оно (влияние) не является первичным. Как и другие изменения, связанные с ростом интеллектуальных и физических сил ребенка, половое созревание оказывает свое влияние опосредованно, через отношение ребенка к окружающему миру, через сравнение себя со взрослыми и другими подростками, т. е. только внутри всего комплекса происходящих изменений.

На возникновение в начале этого периода новой сферы жизни указывали многие исследователи. Наиболее ясно эту мысль выразил А. Валлон: «Когда дружба и соперничество больше не основываются на общности или антагонизме выполняемых задач или тех задач, которые предстоит разрешить, когда дружбу и соперничество пытаются объяснить духовной близостью или различием, когда кажется, что они касаются личных сторон и не связаны с сотрудничеством или деловыми конфликтами, значит, уже наступила половая зрелость» (1967, с. 194).

В последние годы в исследованиях, проведенных под руководством Т. В. Драгуновой и Д. Б. Элькониной (Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков, 1967), было установлено, что в подростковом возрасте возникает и развивается особая деятельность, заключающаяся в установлении интимно-личных отношений между подростками. Эта деятельность была названа деятельностью общения. В отличие от других форм взаимоотношений, которые имеют место в деловом сотрудничестве товарищей, в этой деятельности основное ее содержание — другой подросток, как человек с определенными личными качествами. Во всех формах коллективной деятельности подростков наблюдается подчинение отношений своеобразному кодексу товарищества. В личном общении отношения могут строиться и строятся на основе не только взаимного уважения, но и полного доверия и общности внутренней жизни. Данная сфера общей жизни с товарищем занимает в подростковом периоде особо важное место.

Формирование отношений в группе подростков на основе кодекса товарищества и особенно тех личных отношений, в которых этот кодекс дан в наиболее выраженной форме, имеет важное значение для становления личности подростка. Кодекс товарищества по своему объективному содержанию воспроизводит наиболее общие нормы взаимоотношений, существующих между взрослыми людьми в данном обществе.

Деятельность общения выступает здесь своеобразной формой воспроизведения между сверстниками тех отношений, которые существуют среди взрослых людей. В процессе общения происходит углубленная ориентация в нормах этих отношений и их освоение. Таким образом, есть основания полагать, что ведущей деятельностью в этот период развития является деятельность общения, заключающаяся в построении отношений с товарищами на основе определенных морально-этических норм, которые опосредуют поступки подростков.

Дело, однако, не только в этом. Построенное на основе полного доверия и общности внутренней жизни, личное общение становится той деятельностью, внутри которой оформляются свойственные участникам взгляды на жизнь, на отношения между людьми, на свое будущее, — одним словом, формируются личные смыслы жизни; Благодаря этому появляются предпосылки для возникновения новых задач и мотивов дальнейшей собственной деятельности, которая превращается в деятельность, направленную на будущее и приобретающую в связи с этим характер профессионально-учебной.

В кратком обзоре мы могли представить только самые существенные факты, касающиеся содержательно-предметных характеристик ведущих типов деятельности, выделенных к настоящему времени. Эти характеристики позволяют разделить все типы на две большие группы.

В первую группу входят деятельности, внутри которых происходит интенсивная ориентация в основных смыслах человеческой деятельности и освоение задач, мотивов и норм отношений между людьми. Это деятельности в системе *ребенок-общественный взрослый*. Конечно, непосредственно-эмоциональное общение младенца, ролевая игра и интимно-личное общение подростков существенно различаются по своему конкретному содержанию, по глубине проникновения ребенка в сферу задач и мотивов деятельности взрослых, представляя собой своеобразную лестницу последовательного освоения ребенком этой сферы. Вместе с тем они общи по своему основному содержанию. При осуществлении именно этой группы деятельностей у детей развивается преимущественно мотивационно-потребностная сфера.

Вторую группу составляют деятельности, внутри которых происходит усвоение общественно выработанных способов действий с предметами и эталонов, выделяющих в предметах те или иные их стороны. Это деятельности в системе *«ребенок-общественный предмет»*. Конечно, разные виды этой группы существенно отличаются друг от друга. Манипулятивно-предметная деятельность ребенка раннего возраста и учебная деятельность младшего школьника, а тем более учебно-профессиональная деятельность старших подростков внешне мало похожи друг на друга. В самом деле, что общего между овладением предметным действием с ложкой или стаканом и овладением математикой или грамматикой? Но существенно общим в них является то, что все они выступают как элементы человеческой культуры. Они имеют общее происхождение и общее место в жизни общества, представляя собой итог предшествующей истории. На основе усвоения общественно выработанных способов действий с этими предметами происходит

все более глубокая ориентировка ребенка в предметном мире и формирование его интеллектуальных сил, его становление как компонента производительных сил общества.

Необходимо подчеркнуть, что когда мы говорим о ведущей деятельности и ее значении для развития ребенка в тот или иной период, то это вовсе не означает, будто одновременно не осуществляется развитие по другим направлениям. Жизнь ребенка в каждый период многогранна, и деятельности, посредством которых она осуществляется, многообразны. В жизни возникают новые виды деятельности, новые отношения ребенка к действительности. Их возникновение и превращение в ведущие не отменяет прежде существовавших, а лишь меняет их место в общей системе отношений ребенка к действительности, которые становятся все более богатыми.

Если расположить выделенные нами виды деятельности детей по группам в той последовательности, в которой они становятся ведущими, то получится следующий ряд:

непосредственно-эмоциональное общение	- первая группа
предметно-манипулятивная деятельность	- вторая « ,
ролевая игра	- первая « ,
учебная деятельность	- вторая « ,
интимно-личное общение	- первая « ,
учебно-профессиональная деятельность	- вторая « ,

Таким образом, в детском развитии имеют место, с одной стороны, периоды, в которые происходит преимущественное освоение задач, мотивов и норм отношений между людьми и на этой основе — развитие мотивационно-потребностной сферы, с другой стороны, периоды, в которые происходит преимущественное освоение общественно выработанных способов действий с предметами и на этой основе — формирование интеллектуально-познавательных сил детей, их операционно-технических возможностей.

Рассмотрение последовательной смены одних периодов другими позволяет сформулировать гипотезу о периодичности процессов психического развития, заключающейся в закономерно повторяющейся смене одних периодов другими.

В советской и зарубежной детской психологии накоплен значительный материал, дающий основание для выделения двух резких переходов в психическом развитии детей. Прежде всего, переход от раннего детства к дошкольному возрасту, известный в литературе как кризис трех лет, а также переход от младшего школьного возраста к подростковому, — «кризис полового созревания». При сопоставлении симптоматики двух названных переходов между ними обнаруживается большое сходство. В обоих переходах появляется тенденция к самостоятельности и ряд негативных проявлений, связанных с отношениями со взрослыми. При введении указанных переломных точек в схему периодов детского развития мы получим ту общую схему периодизации детства на эпохи, периоды и фазы, которая представлена на рис. 1.

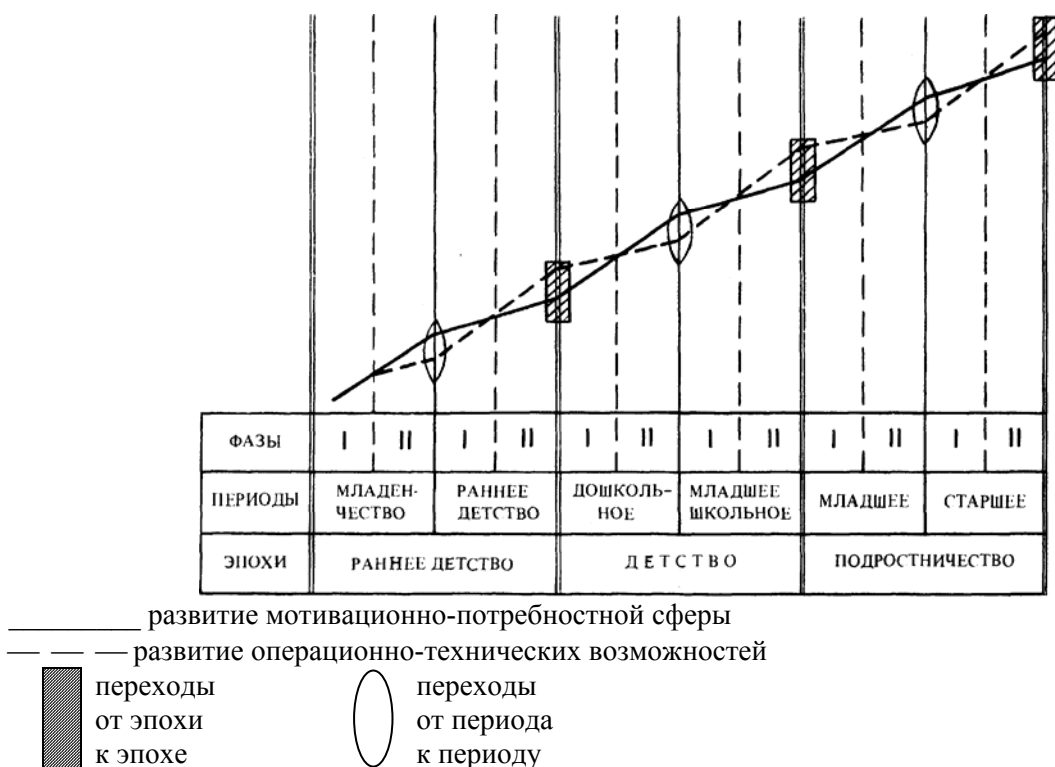


Рис. 1.

Как показывает эта схема, каждая эпоха состоит из закономерно связанных между собой двух периодов. Она открывается периодом, в котором идет преимущественное усвоение задач, мотивов и норм человеческой деятельности и развитие мотивационно-потребностной сферы. Здесь подготавливается переход ко второму периоду, в котором происходит преимущественное усвоение способов действий с предметами и формирование операционно-технических возможностей.

Все три эпохи (раннего детства, детства, подросткового возраста) построены по одному и тому же принципу и состоят из закономерно связанных двух периодов. Переход от одной эпохи к следующей происходит при возникновении несоответствия между операционно-техническими возможностями ребенка и задачами и мотивами деятельности, на основе которых они формировались. Переходы от одного периода к другому и от одной фазы к другой внутри периода изучены в психологии очень слабо.

В чем теоретическое и практическое значение гипотезы о периодичности процессов психического развития и построенной на ее основе схемы периодизации? Во-первых, ее основное теоретическое значение мы видим в том, что она позволяет преодолеть существующий в детской психологии разрыв между развитием мотивационно-потребностной и интеллектуально-познавательной сторон личности, показать противоречивое единство этих сторон развития личности. Во-вторых, эта гипотеза дает возможность рассмотреть процесс психического развития не как линейный, а как идущий по восходящей спирали. В-третьих, она открывает путь к изучению связей, существующих между отдельными периодами, к установлению функционального значения всякого предшествующего периода для наступления последующего. В-четвертых, наша гипотеза направлена на такое расчленение психического развития на эпохи и стадии, которое соответствует внутренним законам этого развития, а не каким-либо внешним по отношению к нему факторам.

Практическое значение гипотезы состоит в том, что она помогает приблизиться к решению вопроса о сензитивности отдельных периодов детского развития к определенному типу воздействий, помогает по-новому подойти к проблеме связи между звеньями существующей системы образовательных учреждений. Согласно требованиям, вытекающим из этой гипотезы, там, где в системе наблюдается разрыв (дошкольные учреждения—школа), должна существовать более органичная связь. Наоборот, там, где ныне существует непрерывность (начальные классы—средние классы), должен быть переход к новой воспитательно-образовательной системе.

Конечно, только дальнейшие исследования покажут, насколько в нашей гипотезе правильно отражена действительность психического развития детей.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И. В. Макаров

О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УВЛЕЧЕНИЯХ И ФАНТАЗИЯХ ПРИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург).

Количество клинических вариантов шизофрении у детей достаточно велико и описывалось в различные возрастные периоды неоднократно. Выделяемые варианты не являются обязательно статичными и могут переходить один в другой или представляют собой смешанные группы.

Целью данной работы был клинико-психопатологический анализ больных с детским типом шизофрении, находившихся в стационаре, когда в клинической картине на первый план выступали явления патологического фантазирования и патологических увлечений.

Материалом исследования стали 60 детей 5-13 л. (48 мальчиков, 12 девочек), лечившиеся в детском психиатрическом стационаре с 1992 г. по 2001 г., у которых окончательными клиническими диагнозами были «шизофрения, детский тип» или «ранняя детская шизофрения». По МКБ-10 коды диагноза соответствовали рубрикам F20.8063, F20.8143, F20.8263, F20.8963. Средний возраст начала заболевания составил 5,5+/-0,9 г. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 5.0.

Для данного варианта детского типа шизофрении характерно наличие в клинической картине заболевания различных увлечений (хобби), которые полностью овладевают больным, требуя значительных затрат сил и времени. Как правило, подобные увлечения оказываются оторваны от реальности, не приводят к каким-либо школьным или иным успехам, а, наоборот, ведут к ухудшению успеваемости и снижению продуктивности в других видах деятельности. Такие больные могут часами и днями вычерчивать схемы городов, маршрутов транспорта, составлять географические карты, атласы, различные меню или расписания предстоящих театральных премьер. «Хобби» сопровождаются массивным фантазированием, поглощающим почти все помыслы больного. Одновременно с этим, как и при других вариантах детского типа шизофрении, с той или иной частотой в клинической картине заболевания наблюдаются дурашливость, отдельные отрывочные обманы восприятия, приступы психомоторного возбуждения. Нарастают эмоционально-волевые расстройства, аутистические проявления. Ниже приведен типичный пример описываемого варианта шизофрении.

Дима О., 9,5 л. Поступил в стационар в 4 раз в связи с неуправляемым поведением. Проживает с матерью, которая страдает параноидной шизофренией. Отец ушел из семьи много лет назад, был «странным».

Мальчик от 1-й беременности. Роды на 33 нед. путем кесарева сечения в связи с преэклампсией. Отмечена асфиксия в родах. С рождения был гиперактивным, наблюдался невропатологом. Развивался с опережением. Был капризен при кормлении.

В 5 лет появилась двигательная расторможенность, стал утрачивать интерес к играм и чтению, собирал различные цепочки, никому их не отдавал, ложился с ними спать. Тогда же впервые госпитализирован в детскую психиатрическую больницу, откуда выписан с диагнозом «задержки темпа психического развития» и рекомендацией наблюдения участковым психиатром. В течение года (с 6 до 7 л.) находился в детском доме, т. к. мать мальчика лечилась в психиатрическом стационаре. За время пребывания в детдоме еще дважды госпитализировался в связи с двигательной расторможенностью, попытками побега.

С 7 л. вновь проживает с матерью. Пошел в школу в 8 л. по программе для детей с ЗПР. В школе подолгу отказывался входить в класс, во время уроков рисовал странные схемы, неожиданно выкрикивал фразы о продуктах питания. Все свободное время проводил, составляя меню и списки продуктов питания, которые он ест.

В отделении: дурашлив, избегает общения с детьми, раздражителен. Учиться в классе не смог - вскакивал из-за парты, выкрикивал различные фразы о туалетах, чем срывал занятия. При беседе с врачом демонстрирует придуманные им классификации и списки продуктов питания, перечисляет многочисленные продукты, которые он ест. Говорит об этом с увлечением, подолгу. Составляя списки продуктов, отказывается писать «длинные буквы» — «ж» и «ш» без объяснения причин. Во время беседы иногда встает и начинает бегать по кругу, тут же вновь садится. Рассказал, что никогда не будет есть сардельки, т. к. «они пропитывают язык и вызывают заикание». Охотно повторяет слово «туалет», говорит о том, что туалеты ему снятся ночами, он «увлекается туалетами». Со смехом заявил, что сочинил прекрасные стихи: «умывалка прожила не столько лет, а за ней встречался туалет». В другой раз сказал, что эти стихи ему в свое время «прошептал голос». Перед тем как ответить, затыкает уши руками — «это помогает ответу». Интеллектуально на уровне пограничной умственной отсталости. На фоне терапии нейролептиками стал значительно упорядоченней, пошел во 2 класс. Сохранились увлечения продуктами питания,

фантазии «на тему туалетов». Был выписан через 2,5 мес. под наблюдение диспансера.

Катамнез через 1 г. Лекарства принимает нерегулярно. Учится в 3 классе школы на дому. Все свободное время занимается составлением меню и списков продуктов питания. С детьми не общается.

Заключение. Как правило, указанные патологические увлечения и фантазии имеют сверхценный характер. В ряде случаев можно говорить о бреподобном характере увлечений такого ребенка, т. к. наряду с полным отсутствием критики, охваченностью (одержимостью) увлечением, поведение становится подчиненным преобладающей идее, а само увлечение отличается нелепостью, заметной для всех окружающих. Данный вариант детского типа шизофрении имеет склонность к затяжному (хроническому) течению.

С. С. Носов

НЕКОТОРЫЕ ЗАМЕТКИ О ПОДРОСТКОВОЙ ШИЗОФРЕНИИ ЭП МГОПУ им. М. А. Шолохова (г. Электросталь Московской обл.).

Социальный статус родителей и развитие шизофрении у детей.

Имеются убедительные данные о том, что частота заболевания шизофренией выше у низших социальных слоев [1]. По сведениям английских исследователей [7], распространенность шизофрении среди рабочих в 5 раз выше, чем у представителей других социальных групп.

Однако, нами были получены несколько иные данные. Мы проанализировали 50 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ЦПБ ФУ «Медбиоэкстрем» г. Электросталь с диагнозом шизофрении. Критерием отбора являлось наличие манифестации заболевания в подростковом возрасте. По полученным данным, 88% больных подростков являются выходцами из обеспеченных семей, родители которых имеют хороший образовательный уровень (наличие высшего образования у 80% матерей). Примечательно, что большинство матерей доминировало в семье, имело стеничный характер и проявляло сверхконтроль в отношении сыновей. Это совпадает с положениями некоторых психоаналитических теорий, которые объясняют заболевание событиями детства: воздействием шизофреногенной, эмоционально холодной и жестокой матери, ситуацией эмоциональной диссоциации в семье, фиксацией или регрессией на нарциссизм или скрытой гомосексуальностью. Э. Г. Эйдемиллер [6] указывает на то, что в качестве основных причин «шизофренических реакций» являются неправильные отношения в семье подростка, недостатки воспитания, хроническая психическая травматизация. Часто воспитание в семье проходит по типу доминирующей гиперпротекции в ригидной псевдосолидарной семье с особо регламентированными отношениями. А. Е. Личко [5, с. 291] считал, что «Лидируют в таких семьях обычно женщины, получившие среди психиатров эпитет «типичная мать шизофреника», - с особыми чертами характера, сходными с паранойальной акцентуацией, - не критичные к состоянию своих больных детей, предъявляющие врачам необоснованные и невыполнимые требования, подозрительные, вязкие, не способные при госпитализации сына перенести хотя бы короткую разлуку с ним. Они настолько доминируют в семье, что роль отца бывает сведена на нет» [5].

Интересен тот факт, что большинство больных подростков имело высокий интеллектуальный уровень и обнаруживало отличную успеваемость в точных науках: математике, физике, астрономии (60%) и тяготело к техническим специальностям. В доманифестационном периоде у 74% пациентов отмечалось увлечение темами философского, астрального, магического характера. Метафизический аспект в последующем нашел свое отражение галлюцинаторно-бредовых синдромах. В манифестационном периоде агрессию к матери обнаружили 96% больных.

«Метафизический аспект» в картине шизофрении.

Синдром метафизической (философической) интоксикации в отечественной психиатрии рассматривается в рамках подростковых психопатологических синдромов. Термин ввел Th. Ziehen (1924), однако еще в 1834 г. русский психиатр П. А. Бутковский сходные явления у юношей называл «суемудрием» (цит. по [4]). А. Е. Личко [5] отмечал, что под метафизической интоксикацией подразумевается однообразная абстрактная интеллектуальная активность, направленная на самостоятельное решение путем обдумывания «вечных проблем» - о смысле жизни, о предназначении человечества, поиск философских истин, создание своих мировоззренческих систем, своих теоретических концепций перестройки общества, своих эстетических взглядов. Л. Б. Дубницкий [2] расширил понятие синдрома метафизической интоксикации, включив в него идеи изобретательства. Такие проявления могут носить транзиторный характер и редуцироваться с возрастом, не мешая социальной адаптации. Нас же интересует метафизическая интоксикация в рамках шизофрении. А. Е. Личко пишет, что в этом случае «философские идеи» отличаются вычурностью, а зачастую и противоречивостью. Интеллектуальная деятельность здесь бывает совершенно непродуктивна. Иногда особый интерес обнаруживается к «таинственным проблемам» - телепатии, парапсихологии, оккультизму, космосу и т. п. [5]. На основании повышенного внимания шизофреников к «таинственным проблемам» можно более точно дифференцировать шизофренический бред от иных видов бреда: «Тема-

тика нешизофренического бреда обычно *бывает свободна* от специфической окрашенности метафизическими проблемами» [3]. Метафизическую тематику шизофренического мира польские исследователи делят на три направления: онтологическое, эсхатологическое и харизматическое.

Онтологическое направление касается сущности бытия, концепции человека и вселенной (onta – действительность, реальное бытие). Главной чертой шизофренической космологии являются фантастика и магия. Мир больного наполняют таинственные энергии, лучи, добрые и злые силы, волны, проникающие в мысли и управляющие человеком. В восприятии больного все наполнено божеской или дьявольской субстанцией. Мир становится полем битвы дьявола с богом, политических сил или мафии.

Эсхатологическое направление охватывает конец света, цель человека и т. п. Разрушение собственной структуры отражается на образе окружающего мира. Вместе с больным изменяется его мир. Изменение бывает постепенным или внезапным в зависимости от характера процесса. Картина конца света может носить апокалиптический характер либо ограничиваться малым кругом (семья, страна), либо охватывать весь земной шар и вселенную.

Харизматическое направление включает в себя существенный смысл человеческой жизни, ее истинное предназначение (charisma – любовь). Больной стоит в центре апокалиптических событий. Он может чувствовать себя вечным, нематериальным, всемогущим богом или дьяволом. Ему являются Бог, святые, великие предки, души, которые поручают ему миссию. Больным могут управлять злые силы, ему открывается истинный смысл жизни – великая миссия, героические деяния, мученичество, святость, сатанизм. Вся его жизнь замыкается под знаком Харизмы [3].

Представленный здесь метафизический аспект шизофренического мира, несмотря на изменчивость деталей, зависящих от культурных влияний, в основной схеме остается одним и тем же. Его можно обнаружить в анамнезе болезни.

Приведем несколько примеров:

Случай № 1. Больной Х-в, 1974 г. р. Диагноз: шизофрения параноидная; приступообразно-прогредиентное течение с выраженными изменениями личности.

«...С восьмого класса стал непослушным, не ходил в школу, т. к. заявил, что ему ничего не интересно, кроме математики. В девятом классе был переведен в физико-математический класс, где хорошо успевал, однако слыл странным, замкнутым, противоречивым. С 15 лет увлекся чтением П. Глобы. После этого стал испытывать на себе «космическое воздействие», пропускал уроки, читал литературу по астрологии. Стал ощущать в себе способности читать мысли окружающих. Головные боли объяснял «переизбытком космизма». В 18 лет было состояние возбуждения, когда говорил, что выходит в открытый космос, отмечались голоса внутри головы...»

Случай № 2. Больной К-в, 1976 г. р.

«...Посещал религиозные собрания в секте. После окончания девятого класса около восьми месяцев занимался неквалифицированным трудом. Работу прекратил без видимых причин – «просто наступила депрессия». В 1995 отмечены две попытки суицида смесью лекарственных препаратов. В реанимации со слов больного: «Почувствовал, как Бог вошел в сердце, а потом оставил». Высказывает идеи отношения, греховности и одержимости: «Все это произошло потому, что меня оставил Бог, сейчас в моем сердце сидит бес, и у меня в голове все помертвело». Отмечаются явления моторного автоматизма: «Если я вспоминаю про беса, то он начинает двигать моими руками». Высказывает идеи религиозного содержания: «Дух может руководить тьмой, только если я ему это разрешаю...».

Темы «магизма», вовлеченности «тайных сил» прослеживаются практически во всех проанализированных нами историях болезни. Это дает возможность если не утверждать, то хотя бы с уверенностью предположить, что явления такой «метафизики» весьма характерны для шизофренических проявлений у подростков. Наличие метафизической тематики в картине заболевания несет в себе определенную значимость, т. к. позволяет более точно (с нозологической точки зрения) дифференцировать и классифицировать бредовые образования. Поглощенность больных астральными, религиозными, космическими темами дает основу для разработки новых, особых тестовых процедур.

Анализируя анамнезы больных, выясняем, что интерес к «метафизике» часто пробуждается еще до манифестации заболевания, задолго до острого психоза. Этот момент важен, т. к. раннее выявление заболевания или склонности к нему дает возможность более эффективно взаимодействовать с пациентом и избежать многих нежелательных последствий заболевания (агрессивных или аутоагрессивных действий в остром периоде). «Метафизический аспект» можно закладывать в основу разработки тестовых процедур. Например, можно сконструировать тест по аналогии с ТАТ, только плохо структурированные сюжетные изображения сделать с учетом «магических» тем, так актуальных для больных. Примерно такой тест в совокупности с клинической беседой, по нашему мнению, может дать определенный эффект, т. к. вероятность, что больной шизофренией (часто недоступный в плане своих переживаний) раскроет свой внутренний мир на основе волнующих его тем, несомненно увеличивается.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Безменов П. В., Безменова Р. И., Ланцева Г. М. Социальная принадлежность родителей и риск развития шизофрении у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2002, 3. - С. 86.
2. Дубницкий Л.Б. Клиническая типология состояний метафизической интоксикации в юношеском возрасте // Журнал невропатологии и психиатрии, 1977, вып. 3. - С. 432-439.
3. Кемпинский А. Психология шизофрении. - СПб.: Ювента, 1998. - С. 12-13, 134-139.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. - М.: Медицина, 1985. - 416 с.
6. Эйдемиллер Э. Г. Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. - Л., 1981. - С. 78-82.
7. Argle M. The psychology of social class. London: Routledge, 1994.

Н. Е. Кравченко

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

Продолжающийся в течение последних десятилетий социально-экономический кризис обусловил рост заболеваемости и смертности населения нашей страны. Наибольшие негативные тенденции выявлены среди подростков. Так, по данным Минздрава РФ, за период 1991-2001 г. г. их общая заболеваемость увеличилась в 1,66 раза (в 3,5 раза больше по сравнению со взрослыми). Анализ динамики заболеваемости психическими расстройствами у подростков 15-17 лет по данным обращаемости на 1 тыс. человек обнаружил увеличение этого показателя в 1,2 раза [2]. Исследование психического здоровья студентов выявило почти у четверти из них пограничные психические расстройства, в том числе невротические и психопатические, степень выраженности которых ограничивалась донозологическим уровнем [4].

В нашей работе изучалась распространенность субклинических расстройств нервно-психической деятельности в общей популяции подростков. С этой целью проводилось невыборочное обследование всех юношей и девушек, проходивших диспансеризацию при передаче их из детской общесоматической сети во взрослую. В связи со сложностью организации одномоментного клинического осмотра большого числа лиц использовалась методика определения общего уровня невротизации и психопатизации, составленная и апробированная в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (опросник УНП) и рекомендованная для экспресс-диагностики пограничной психической патологии у лиц 14-18 лет [5]. Методика сохраняет свою психодиагностическую эффективность и в настоящее время [6]. Опросник имеет две независимые шкалы (невротизации – Н и психопатизации – П), каждая из которых содержит по 40 пунктов, образованных группой диагностически информативных вопросов, отражающих ведущие признаки невротических и психопатических состояний, а также шкалу неискренности, используемую для определения достоверности ответов. Каждое утверждение имеет свой диагностический коэффициент, обозначающий его диагностическую значимость. Отрицательная величина коэффициента свидетельствует в пользу патологии, положительная – против. Итоговая оценка по каждой шкале, представляющая собой алгебраическую сумму всех диагностических коэффициентов ответов конкретного испытуемого, может быть положительной или отрицательной, что позволяет принимать соответствующее диагностическое решение.

Всего с помощью личностной анкетной методики УНП было обследовано 674 пятнадцатилетних подростка, проходивших диспансеризацию в 1998-2001 г. г. при переводе их из детских общесоматических поликлиник г. Москвы во взрослую. 49 (7,3%) протоколов обследования оказались недействительными: в 40 случаях показатели по шкале неискренности превышали допустимые, а 9 анкет были испорчены. Из 625 подростков, ответы которых анализировались, 308 (49,3%) составили юноши, 317 (50,7%) – девушки. Все обследованные, в зависимости от величины и знака итоговой суммы по каждой диагностической шкале, были разделены на четыре «группы здоровья» (по аналогии с практикой подростковых терапевтов): 1 – подростки без психической патологии (с высокими положительными значениями итоговой суммы по шкалам Н и П), 2 – подростки, по результатам анкетирования попавшие в «область неоднозначности» (с невысокими, но положительными значениями суммы числовой оценки по шкалам), 3 – лица с высокими отрицательными итоговыми оценками по шкалам, свидетельствующими о патологии, 4 – подростки, по значениям итоговой суммы находящиеся в «зоне диагностической неопределенности» - с невысокими отрицательными оценками по шкалам, указывающими на возможный субклинический уровень расстройств или тенденцию к их формированию. Распределение по «группам здоровья» представлено в табл. 1 и на диаграмме (№ ряда диаграммы соответствует № группы таблицы).

Как видно из таблицы и диаграммы, доля лиц с проявлениями, указывающими на невротические и психопатические состояния, несколько увеличивается в поколениях, младших по году рождения. Обрат-

ные соотношения наблюдаются в первой «группе здоровья». Тенденция к увеличению в последующих поколениях доли подростков с психическими девиациями выявляется как среди юношей, так и среди девушек (см. табл. 2).

Таблица 1.

Распределение подростков по группам «здоровья».

№ группы	1983		1984		1985		1986		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	22	31,0	60	28,2	41	20,2	33	24,0	156	24,9
2	15	21,1	43	20,2	43	21,2	26	18,8	127	20,4
3	22	31,0	70	32,9	76	37,4	56	40,6	224	35,8
4	12	16,9	40	18,7	43	21,2	23	16,6	118	18,9
Итого	71	100	213	100	203	100	138	100	625	100

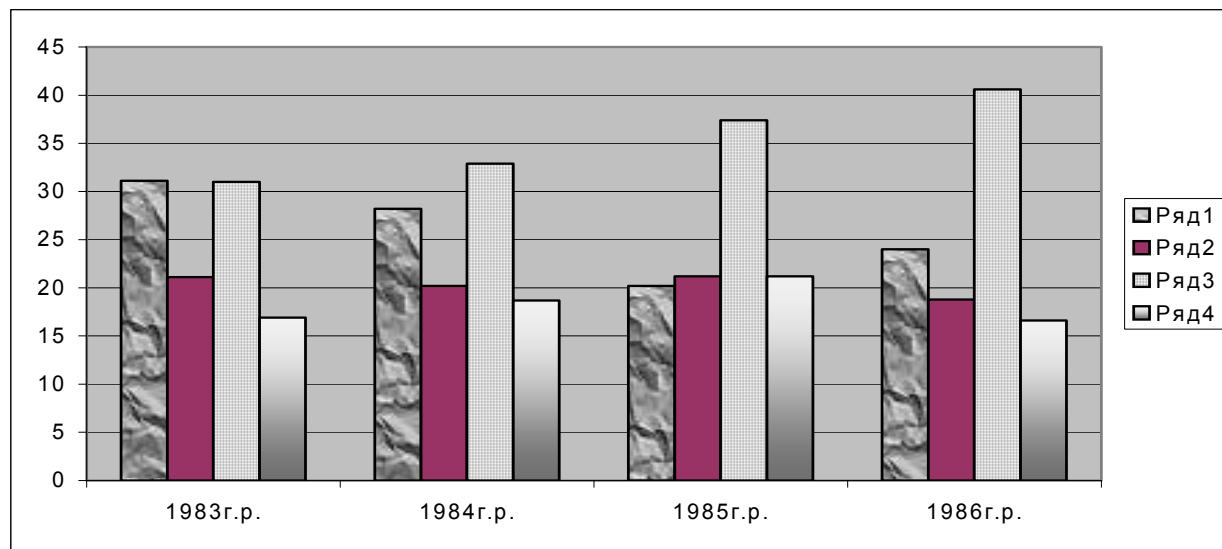


Таблица 2.

Распределение подростков с психическими девиациями (3 и 4 групп) в зависимости от пола и года рождения.

Год рождения	среди всех юношей		среди всех девушек		итого		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1983	18	51,4	16	44,4	34	47,9	71	100
1984	59	54,6	51	48,6	110	51,6	213	100
1985	54	58,7	65	58,6	119	58,6	203	100
1986	43	58,9	36	55,4	79	57,2	138	100
Итого	174	56,4	168	52,9	342	54,7	625	100

Среди обследованных пятнадцатилетних юношей и девушек более чем у половины (у 342 чел. - 54,7%) имели место расстройства психопатического и невротического круга, обуславливающие отрицательные итоговые оценки по шкалам Н и П. Однако, основной массив 3 и 4 групп (85,7%) формировали лица с нарушениями поведения и психопатическими проявлениями (фиксируемыми шкалой П), их доля увеличивалась в поколениях, младших по году рождения (табл. 3).

Таблица 3.

Доля подростков с психопатическими проявлениями в зависимости от года рождения.*

Подростки с психопатизацией	1983		1984		1985		1986		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	34	40,8	89	41,7	107	52,7	68	49,7	293	46,8
Всего	71	100	213	100	203	100	138	100	625	100

* (По критерию Стьюдента, достоверны различия между показателями лишь у подростков 1984 и 1985 г. р.).

Феномены психопатического регистра, для идентификации которых предназначена шкала П, проявлялись в акцентуации таких свойственных пубертатному периоду особенностей, как повышенная само-

уверенность, неконформизм, выражались в игнорировании общепринятых правил поведения, безразличии к принципам долга и морали, определялись в эмоциональной возбудимости и эксплозивных реакциях, агрессивных способах самоутверждения, алкогольных эксцессах, пренебрежении последствиями своих действий с прогулами уроков, озорством, плохими отметками за поведение. Подростков с признаками невротических состояний было значительно меньше (табл. 4).

Таблица 4.

Подростки 3 и 4 групп с отрицательными значениями по шкалам Н и П.

Шкалы	юноши		девушки		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
П	125	20,0	143	22,9	268	42,9
Н	34	5,4	15	2,4	49	7,8
Н и П	15	2,4	10	1,6	25	4,0
Итого	174	56,5	168	52,9	342	54,7

Хотя в целом, среди всех обследованных, количество юношей с психическими девиациями незначительно превышало число девушек, доля последних в группе с психопатическими расстройствами была несколько больше, тогда как невротические проявления чаще отмечались среди юношей. Наши данные согласуются с некоторыми исследованиями, указывающими на взаимосвязь процессов полоролевой идентификации в пубертате с пиком эмоциональной неустойчивости, сопровождающимся у девушек девиантным поведением [1,3].

Отчетливые невротические проявления были обнаружены лишь у 11,8% (74 чел.) обследованных, но отдельные симптомы астенического, невротического, и аффективного круга (фиксируемые шкалой Н) выявлялись почти у всех подростков. Методика УНП позволяет определить лишь суммарную оценку уровня невротизации. Для сопоставления представленности невротической симптоматики в группах «здоровья», были проанализированы 5520 ответов, включенных в шкалу невротизации, у 138 подростков 1986 г. р. При этом подсчитывалось число ответов с отрицательным значением диагностического коэффициента (отрицательная величина свидетельствует о невротическом признаке), затем вычислялась доля невротических симптомов в процентах в каждой группе. В 3-й и 4-й группах отмечено учащение невротических симптомов по сравнению с 1-й и 2-й группами (37,3% ; 33,6% и 27,4%; 26,0% соответственно), которое, по-видимому, указывает на то, что у подростков с нарушениями поведения и психопатизацией остаются скрытыми расстройства, характерные для невротических состояний (тревога, напряженность, снижение настроения, наличие страхов и неуверенности в себе). По своей выраженности и представленности в клинической картине не являясь доминирующими, эти проявления не служат основанием для обращения к врачу, оказываясь завуалированными выступающими на передний план феноменами психопатического регистра.

Выступая вне нозологического контекста эта синдромально незавершенная неспецифическая симптоматика астенического, аффективного и невротического круга, обнаруживающаяся у большинства обследованных, участвует в формировании континуума доболезненных состояний, большая часть из которых, по-видимому, обратима и обусловлена психологическими проблемами созревания, другая же – оказывается начальными проявлениями психопатологии у «аборигенов пограничной полосы» (П. Б. Ганнушкин). «Всплеск» личностных девиаций и нарушений поведения, отмеченный более чем у половины подростков обследованной когорты пятнадцатилетних, также может быть связан, с одной стороны, с пубертатной динамикой развития личности и иметь отчасти обратимый характер, с другой – знаменовать собой исходные проявления личностной патологии, окончательное становление которой еще продолжается (шкала П улавливает не только преходящие состояния, но и устойчивые свойства личности). Согласно Л. С. Выготскому, формирование самосознания «составляет квинтэссенцию и главный итог переходного возраста», но в период резких социальных изменений, когда представители старшего поколения теряют возможность служить адекватными ролевыми моделями для подростков, последним особенно трудно найти приемлемую для себя идентичность. Отмеченное в поколениях младших по году рождения увеличение доли подростков с признаками личностных девиаций, по-видимому, указывает на существование некоей подспудной тенденции, обозначенной в социологических исследованиях [2] как «деформация психологического портрета современного подростка», когда для сравнительно недавнего времени нетипичный, выходящий за рамки обычного стиль поведения становится обыденным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дозорцева Е. Г., Терехина С. А., Морозова Е. И., Каткова Е. Б. Ценностные ориентации у девочек-подростков с девиантным поведением и у их социально адаптированных сверстниц / Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. М., 1998, 115-116.

2. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002.
3. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. Минск: Беларусь, 1988.
4. Лебедев М. В. Предболезненные пограничные состояния у лиц молодого возраста / Основные направления научных исследований психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. Сб. научных трудов под ред. Н. М. Жарикова Н. А. Тювиной. М. 2000, 113-115.
5. Сухотина Н. К., Асанова Н. К.. Опыт использования личностной анкетной методики по определению уровня невротизации и психопатизации среди подростков / Психиатрические аспекты девиантного поведения у подростков. М: МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. 1989, 39-43.
6. Червинская К. Р. Компьютерная психодиагностика. СПб, 2003.

И. В. Сошина

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ДЕТСКИЙ САД - ЭТО «НАШ ДОМ»

ГОО «Детский сад комбинированного вида» № 1465 (Москва).

«С детством, полным любви,
можно вынести всю жизнь».

И. Г. Песталоцци

Наш детский сад официально называется Государственное образовательное учреждение «Детский сад комбинированного вида» № 1465. Но нам всем по душе другое неофициальное, но родное и теплое, название - «Наш дом». Каждый год 2 декабря мы празднуем день рождения «Нашего дома», и нам уже целых семь лет. Начиналось все в 1994 г., когда в Москве, в Центре лечебной педагогики, появилась идея создать интегративный детский сад, куда бы наравне с обычными детьми ходили бы и «особые» дети, получившие первичную реабилитацию в Центре, готовые к социализации и интеграции в среду своих сверстников. Такой детский сад открылся в Юго-Западном округе г. Москвы. Идея подобного интегративного детского сада в Москве, да и в России, в то время была абсолютной новацией. Интеграция детей-инвалидов, «детей с особыми потребностями» в детский социум на условиях «полного включения» в то время была пугающей и непривычной идеей даже для специалистов. По воспоминаниям участников того первого эксперимента, на их долю выпало столько всевозможных проверок, объяснений и недоразумений, что тот детский сад долго не просуществовал. Однако прецедент состоялся! И первый опыт наших предшественников, их достижения, идеи, практические наработки и даже их ошибки были поистине бесценны для нас. Именно благодаря им, с их помощью и родился «Наш дом».

В декабре 1996 г. в Центральном административном округе г. Москвы в пустовавшем уже 10 лет здании был открыт детский сад комбинированного вида № 1465: первые две группы для 30 детей, из которых пятеро детей с синдромом Дауна, а остальные - дети из микрорайона. На базе нашего детского сада была открыта городская экспериментальная площадка, целью которой была апробация интегративной модели дошкольного образовательного учреждения. Перед коллективом детского сада стояли конкретные экспериментальные задачи:

- интеграция детей с генетическими нарушениями (в частности, с синдромом Дауна) в детский коллектив;
- гармоничное развитие всех воспитанников детского сада в соответствии с их возрастным и личностным потенциалом;
- психолого-педагогическая поддержка семьи ребенка-инвалида;
- апробация и разработка эффективных в интегративной среде психолого-педагогических методик и технологий;

В нашем детском саду три возрастные группы детей от 4 до 8 лет. В каждой группе не более 15 детей, из которых 20% - дети с синдромом Дауна, 20% - дети с другими, менее выраженными проблемами развития (речевая патология, нарушения эмоционально-волевой сферы, задержки психического развития и другие атипичности развития). Остальной состав детской группы – массовый. Самым важным принципом при формировании интегративной группы мы считаем принцип максимальной психологической комфортности для всех ее участников (и детей, и взрослых). Этому мы стараемся добиться и правильной организацией жизненного пространства каждой группы (для всех любимых детских дел и забав есть свои уголки и специальный игровой материал), и грамотным подбором состава интегративной группы (имеются в виду личностные особенности и наклонности детей и педагогов, которые мы стараемся учитывать по принципу совместимости), и составлением адекватного режима дня и расписания занятий детей (с учетом пожеланий родителей и реальных возможностей ребенка).

Все дети одной группы живут, играют и занимаются все вместе.

На первом году посещения детского сада большая часть занятий у детей проходит по подгруппам и микрогруппам (в зависимости от их возможностей и уровня развития), потом число подгрупповых заня-

тий уменьшается, заменяясь на традиционные групповые. Есть занятия, которые мы всегда проводим в интегративной групповой форме (это наши «Круги», музыкальные и физкультурные занятия, рисование). В силу интегративного состава детей в нашем детском саду мы опираемся в своей работе как на традиционную программу воспитания и обучения в детском саду РФ, так и на специальные программы (для детей с умственной отсталостью, с общим недоразвитием речи, с задержкой психического развития). Наши специалисты и сами разрабатывают новые программы и технологии, приемлемые как для интегративной дошкольной образовательной системы, так и для других личностно ориентированных педагогических систем. В частности, у нас в детском саду нашими психологами разработан и эффективно применяется цикл занятий по игротерапии. Очень результативным и адекватным нашим целям стало применение методов арттерапии в коррекционной работе с «особыми детьми». В настоящее время специалисты «Нашего дома» активно применяют и разрабатывают так называемые телесно-ориентированные методы коррекционной работы (психомоторная коррекция по теории замещающего онтогенеза). Масштаб этой статьи не позволяет остановиться подробнее на содержательной стороне этих авторских разработок, но сам факт применения, апробации и разработки подобных инновационных психолого-педагогических технологий говорит о творческой атмосфере, которая присуща нашим специалистам.

Интегративный детский сад предполагает слаженную, скоординированную работу команды специалистов: педагогов (воспитателей, дефектологов, логопедов), психологов (нейропсихолога консультанта, психолога-игротерапевта, семейного психолога), медиков (детского психиатра, педиатра, массажиста).

Каждый из наших специалистов, признавая важность и обязательность коррекционной работы в ее традиционной форме, считает интеграцию не только целью реабилитации, но и ее очень действенным способом. Всю свою профессиональную деятельность наши специалисты строят именно с учетом задач интеграции и для их решения. Поэтому в нашем детском саду преобладает и поддерживается партнерский тип взаимоотношений между специалистами и всем педагогическим коллективом «Нашего дома». Для этого мы устраиваем совместные консилиумы, обсуждения сложных детей, их динамики развития. Все вместе - педагоги, психологи, медики - составляем индивидуальные программы развития детей с учетом приоритетных направлений в его развитии, отслеживаем эффективность этой работы, корректируем ее в случае необходимости. В процессе такой совместной работы происходит взаимообогащение, обмен опытом и осуществляется междисциплинарный подход к коррекционной работе. Вообще, надо признать, что работа в интегративном детском саду требует от любого его специалиста определенной универсализации и при этом высокого профессионализма, знания сугубо профессиональных методик и владения достаточно широким набором смежных технологий, т. е. расширения своего профессионального горизонта. Для всего воспитательно-образовательного процесса в интегративном детском саду характерна его определенная психологизация, преобладание самоценности каждого момента жизни любого ребенка, важности его чувств и душевного состояния. В «Нашем доме» сами дети и с детьми много играют, у нас не приветствуется ранняя интеллектуализация детей, а наоборот, приветствуются и применяются игровые методы обучения всему, даже математике.

Наверное, благодаря такому уважительному отношению взрослых к играм и затеям самих детей, благодаря полному и безоговорочному принятию каждого ребенка таким, какой он есть, в «Нашем доме» уютно всем детям - и с «особыми потребностями», и обычным. Не удивительно, что в детский сад уже образовалась очередь из детей с различными проблемами (таких детей, к сожалению, по-прежнему берут в разные дошкольные учреждения с большими ограничениями и оговорками, а чаще, честно сказать, не берут, ссылаясь на всевозможные нормативные документы), но вот уже пять лет к нам в детский сад записывается все большее и большее количество обычных детей. Нас это радует! С одной стороны, это явное признание профессионализма наших педагогов, а с другой стороны - это своеобразный барометр изменения общественного мнения о положении детей-инвалидов.

Наш семилетний опыт работы показал, что интегративный детский сад - это не только интеграция детей, но и интеграция специалистов и родителей. Отношение к самой идее интеграции в обществе меняется. Все большее количество родителей понимает, что проблемный, «особый ребенок» - такой же ребенок, он имеет право на свою полноценную детскую жизнь среди других детей. Играя, живя все вместе, дети учатся у нас, взрослых, принимать друг друга и находить приемлемые способы взаимодействия. Нам очень важно, чтобы к нам в детский сад приходили родители-единомышленники. Без принятия ими нашей концепции никакой интеграции не состоится. Поэтому мы стараемся быть максимально честными, открытыми и «прозрачными» для всех, проходящих к нам в дом. Максимум достоверной информации, возможность еще до зачисления в детский сад на практике узнать, что такое интегративная группа детей (присутствие на прогулках детей, на праздниках, на некоторых занятиях), беседы с родителями - все это позволяет нам находить все большее число приверженцев идеи интеграции в дошкольном образовании среди родителей детей как с проблемами в развитии, так и без них. После зачисления детей в интегративные группы детского сада мы стараемся развивать партнерские отношения с родителями на-

ших детей. Различные родительские группы, которые ведут наши психологи, помогают родителям построить между собой неформальные отношения, подружиться, а это в свою очередь помогает подружиться и детям. Родительско-детские группы, наши совместные праздники, экскурсии – все это помогает нам всем чаще чувствовать «мы - вместе!». Для одних – это просто поддержка, своеобразная психотерапия, а для других - школа действенного милосердия, не назидательного или умозрительного, а вполне конкретного и реального.

В заключение немного статистики. За эти годы мы выпустили 72 ребенка. Из них - 20 детей с синдромом Дауна, 4 - с ранним детским аутизмом, 18 детей при поступлении в детский сад имели общее недоразвитие речи. Все «даунята», как называем мы детей с синдромом Дауна, хорошо и отлично учатся во вспомогательных школах (школы 8 типа). Один ребенок с РДА успешно социализировался и учится в массовой школе, остальные дети с такими диагнозами сейчас учатся в интегративной школе «Ковчег», а один мальчик в школе 8 типа. Все остальные наши дети успешно учатся в массовых школах или гимназиях. За этими цифрами - судьбы детей, семей и большая радость, что все-таки интеграция живет и реализуется.

Хочется еще сказать о наших партнерах, без помощи и поддержки которых наша работа была бы не такой результативной. Во-первых, это Центр лечебной педагогики, который поддерживает нашу научно-методическую базу новой специальной литературой, приглашениями на разнообразные семинары и тренинги, стажирова наших молодых специалистов, консультируя наших детей у опытных специалистов Центра и присылая к нам детей для интеграции их в детском коллективе. Во-вторых, это благотворительная организация «Даун сайд ап», которая оказывает раннюю психолого-педагогическую помощь семьям детей с Даун-синдромом и направляет этих детей к нам в детский сад. Раннюю помощь любому проблемному ребенку и поддержку всей семьи трудно переоценить, мы же как специалисты, занимающиеся социализацией детей с синдромом Дауна, можем только подтвердить бесспорную значимость как можно более ранней помощи такому ребенку и всей его семье именно для успешной его реабилитации и социализации. Сотрудники этого центра также снабжают нас специальной литературой, мы совместно проводим разные семинары, участвуем в конференциях и других мероприятиях, посвященных вопросам реабилитации и социализации людей с Даун-синдромом. Третьим нашим партнером с недавних пор стал диагностико-коррекционный центр «Тверской», через который происходит официальное зачисление детей с проблемами развития в «Наш дом». В этом же центре в случае необходимости наши дети всегда могут получить консультацию и рекомендации по любым интересующим их родителей вопросам (у педиатра, невропатолога, гомеопата, детского психиатра). Именно в сотрудничестве с этим центром мы начали работу по распространению своего опыта, изданию своих разработок и технологий.

Мы достаточно реалистично смотрим на процесс распространения интеграции в системе дошкольного образования. Он зависит не только от желания и возможностей специалистов, родителей, администрации, но и от государства и общества в целом. И все-таки каждому гостю и посетителю «Нашего дома» мы говорим: «Присоединяйтесь к нам, не пожалеете!». И у нас уже есть последователи, первые стажеры и планы. Значит, у интеграции будет продолжение.

И. И. Фришман

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИГРОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ДЕТСКИХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ

Научно-практический центр Международного союза детских общественных объединений (Москва).

Игра как форма социальной активности подрастающего поколения выступает основанием творческого взаимодействия субъектов, условием демократизации воспитательных отношений. Применение специфических средств игрового взаимодействия создает высокий эмоциональный тонус, атмосферу доверительного отношения между самими детьми, подростками и взрослыми.

Развитие детских общественных объединений нового типа, разнообразие подходов к организации их жизнедеятельности, с одной стороны, и поэтапное усложнение социальных задач решаемых членами детских общественных объединений, с другой, обусловили необходимость разработки основ педагогического обеспечения игрового взаимодействия участников детских общественных объединений.

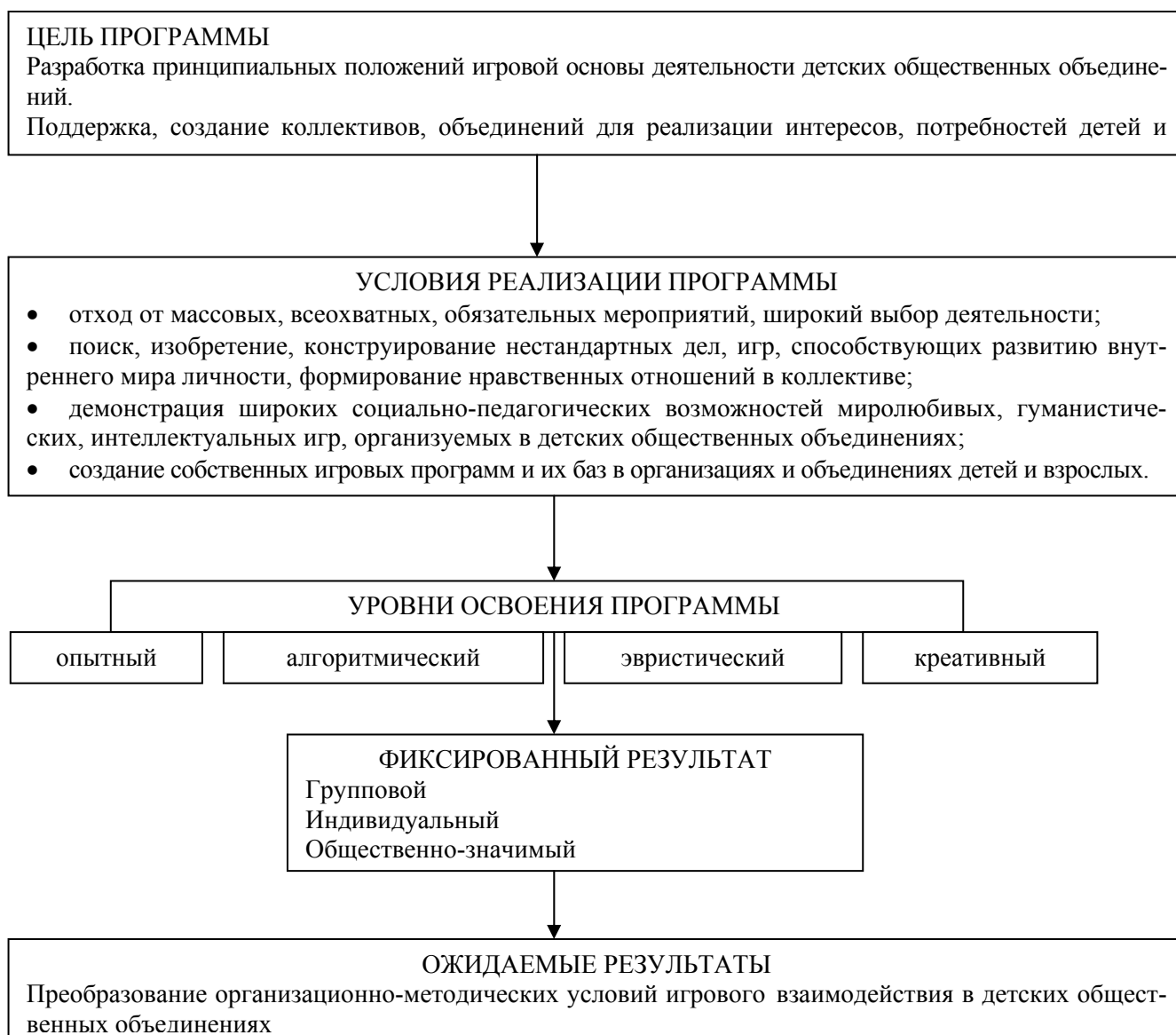
Сама идея «взаимодействие в игре ребенка и взрослого» не может быть рассмотрена тривиально как некий всем известный факт, потому что взаимодействие – важнейшее, но лишь средство решения задач, стоящих перед участниками игры. Игровое взаимодействие – сложный социально-психологический феномен уже потому, что не только отражает явления, связанные с возрастом субъекта взаимодействия, но и фиксирует личностные изменения, влияет на развитие индивидуальных черт, становления характера. Именно поэтому, взаимодействие с ребенком требует от педагога применения активной, творческой методики, а без игровой инструментности многие творческие методики весьма уязвимы. Педагоги-практики

сегодня, как никогда, нуждаются в научно-обоснованных подходах, предназначенных обеспечить взаимодействие ребенка с окружающим миром. Ученые-исследователи констатируют - далеко не все педагогические ресурсы в должной мере используются в сфере жизнедеятельности различных детских объединений. При этом проблема педагогического обеспечения и организации игр с детьми и подростками напрямую связывается лишь с недостаточностью методик или информации о новых современных игровых формах и зачастую не связывается с задачами педагогического обеспечения процесса игрового взаимодействия. Говоря словами Б. Д. Эльконина, «воспитательная неуверенность, агрессия, стереотипы – все это симптомы потери взрослыми представления о своей посреднической позиции».

Для преодоления сложившихся проблем НПЦ Международного союза детских общественных объединений СПО-ФДО была разработана организационная модель педагогического обеспечения организации игрового взаимодействия детских общественных объединений. Для ее апробации была предложена комплексная исследовательская программа «Игра – дело серьезное» (см. схему № 1). Данная модель – эта система свободных, не организуемых жестко игровых пространств, система, в центре которой находится ребенок, ориентирующая педагога на максимально внимательное отношение к его интересам и потребностям, представляющая ему возможность заниматься самостоятельными поисками и добиваться положительных результатов. В предлагаемой модели основной акцент делается на планирование ребенком своего времени, осуществление выбора и формы занятий в соответствии со своими интересами, влияющими на его социальное развитие.

Схема № 1

АЛГОРИТМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СПО-ФДО «ИГРА – ДЕЛО СЕРЬЕЗНОЕ»



Задачи педагогического обеспечения игрового взаимодействия, таким образом, можно подразделить на ведущие (воспитательные) и вспомогательные (организационно-практические). Под ведущими (вос-

питательным) понимаются задачи, связанные с изменением в характере и качествах личности, влияющие на социальное становление ребенка. Данные задачи предполагают поиск мотивов взаимодействия и фиксируют в его результате ответы на вопросы, что необходимо формировать, развивать, о становлении чего заботиться, чему учить, а также, что преодолевать, добиваться. Под вспомогательными понимаются задачи, связанные с изменением в характере игровой деятельности его субъектов и достижением практических результатов. Они отвечают на вопросы, что обеспечить (сделать возможным), что использовать, на это опираться, что организовывать, чего не допускать. Каждая воспитательная задача обеспечения игрового взаимодействия может иметь одну или несколько отвечающих ей организационно-практических. В свою очередь, выдвигая организационно-практическую задачу, можно содействовать решению воспитательных задач в ходе организации процесса игрового взаимодействия.

Рассматривая участие взрослых в игре можно сделать вывод, что обеспечение игрового взаимодействия связано с гибкостью смены их педагогической позиции. Взрослый прежде всего – посредник. Само содержание посредничества противоречиво: с одной стороны, педагог принадлежит к миру взрослых и в этом смысле несет качества и установки взрослого мира, а с другой стороны, он должен «обнаружить» детскую инициативу, не всегда совпадающую с привычной очевидностью взрослого. От педагога требуется особое умение представить детскую инициативу как социально и культурно значимую. Педагог может выступать и в роли консультанта, отвечающего на возникающие у детей вопросы. В некоторых ситуациях педагог выступает инструктором, передавая жизненно важные навыки и правила самоорганизации (например, при подготовке массовых праздничных действий). Также при подготовке празднично-игровых действий педагог может стать мастером или тренером. Однако, отличительной особенностью этих позиций при педагогическом обеспечении игровых действий является то, что педагог занимает эту позицию:

а) как равный в совместной деятельности, не более опытный;

б) только в том случае, если учебная или образовательная ситуация будет востребована самими детьми, возникает по их инициативе.

В разновозрастных объединениях зачастую педагог переадресует эти позиции старшим подросткам.

Следовательно, процесс игрового взаимодействия – естественный фон, основа, среда детской самоорганизации – выступает естественным регулятором полноты и реализованности как ребенка, так и взрослого в социуме. При этом эффективность применения различных игровых форм взаимодействия подтверждена многочисленными исследованиями и не требует зачастую особых обоснований. Разработка же функций педагогического обеспечения игрового взаимодействия в детских общественных объединениях очевидна.

Функции педагогического обеспечения включают в себя диагностику, стимулирование ребенка к расширению круга своих интересов и исследованию новых для себя направлений деятельности. В связи с этим важное качество педагога, являющегося субъектом игрового взаимодействия, – умение пробудить в участниках потребность в самореализации в общественной деятельности. Ни в коем случае не следует оказывать давление на ребенка, вовлекая его в ту или иную деятельность. Ребенку необходима, прежде всего, поддержка для того, чтобы завершить начатое дело и проявить изобретательность при выполнении того или иного игрового задания. Взрослым необходимо помочь ребенку развить реалистическую оценку своих сил и практичность его общественных навыков.

Процесс педагогического обеспечения игрового взаимодействия подразумевает реализацию следующих этапов:

1. Создание комплекса педагогических условий, стимулирующих проявления поведенческой и деятельной активности в ходе решения групповых и индивидуальных игровых задач.
2. Обеспечение обратной связи о результатах социального развития ребенка в ходе игрового взаимодействия.
3. Рефлексия результатов взаимодействия.
4. Коррекция целей и содержания основ дальнейшего игрового взаимодействия.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. Ф. Кремнёва, Н. В. Римашевская СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ (ВТОРОЕ СООБЩЕНИЕ)⁹

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Последние десятилетия XX века ознаменовались большим интересом исследователей к изучению психической патологии детей раннего возраста [51, 52, 53, 54 и др.]. Разрабатывая теоретические проблемы первичной профилактики психических расстройств в раннем детском возрасте, Г. В. Козловская и О. В. Баженова [9, 10, 51, 52, 53] указывают, что она возможна лишь с опорой на протекторы [53, 130], т. е. факторы антириска для стимуляции психической активности [27], эмоционального резонанса [90], компетентности [141, 158] ребенка. При изучении интрапсихических структур у младенцев, которые определяют развитие компетентности, остановились на феномене «мотивации эффекта действия» [термин предложен R. White в 1959 г., цит. по 9]. Этот феномен проявляется в любопытстве и исследовательской активности в процессе взаимодействия младенца с внешним миром. Причем, в зависимости от социальных условий развития, младенцы проявляют различную исследовательскую деятельность, разную ориентировку, различное любопытство [8, 9].

Согласно L. A. Bond [L. A. Bond, I. M. Joffe, 1982, цит. по 9], целью первичной психопрофилактики является обеспечение максимально позитивного, развивающего влияния среды, т. е. речь идет о стимуляции стремления ребенка к освоению внешнего мира. Однако авторы подчеркивают [9], что теоретический подход к психопрофилактике строится на признании того факта, что младенец составляет лишь динамический компонент многоуровневой системы. Его компетенция практически во всех ситуациях, возникающих в процессе развития, самым тесным образом связана с особенностями диады «мать-дитя» в целом. Ребенок не способен инициировать контакт со взрослым бесконечное число раз, если не получает ответной реакции [8, 151], следовательно «ключ» к компетентности ребенка лежит в руках матери, а точнее - в эмоциональном климате, который создается чувством матери к ребенку. Ее любовь и нежность превращают его в объект неисчерпаемого интереса [151], а ребенок, в свою очередь, аффективно реагирует на аффект матери [13, 151]. Т. к. мать находится под воздействием множества факторов, то в идеальном варианте психопрофилактические программы должны развивать чувство компетенции на всех уровнях [9], т. е. и у матери, и у младенца.

Родительская (материнская) некомпетентность проявляется на трех уровнях: мотивационном, когнитивном и поведенческом (в разных вариациях) [10, 53]. Описывая подходы к психокоррекционной работе, Г. В. Козловская [25] подчеркивает, что начинать работу следует с психологической диагностики личности матери, квалификации типа нарушения функционирования системы «мать-дитя», диагностики семьи в целом и только потом проводить психокоррекционные мероприятия в виде индивидуальной работы с матерью, в т. ч. с помощью коррекции ее личностных установок. Коррекция ее способов взаимодействия с ребенком должна проводиться в последнюю очередь. Так, в случае проведения психопрофилактической работы с «шизофреногенной матерью» [54], в первую очередь необходима нормализация ее психического состояния (например, разрешение личностных проблем, устранение аффективных нарушений и т. д.), затем выявление и, по возможности, устранение материнской некомпетентности на трех уровнях: мотивационном, когнитивном и поведенческом (возможно, на всех сразу или в разных сочетаниях) и только потом коррекция поведения матери в направлении создания адекватных и естественных форм взаимодействия с ребенком, «очеловечивание среды» [53] - улыбающееся лицо матери, нежные прикосновения, интимность и т. д. Для этого должен быть проведен специальный тренинг матери. Такая последовательность является принципиальной. Если же она будет нарушена, то исчезнет аутентичность [62, 65] поведения матери, что повлечет за собой еще более глубокое ухудшение психического состояния ребенка.

Примером могут послужить усилия некоторых матерей скрыть свое плохое настроение или отрицательное отношение к ребенку под улыбкой, но младенца невозможно обмануть относительно своих эмоций [13, 147], ибо тогда к нему поступают два противоречивых сигнала (феномен «двойной связи» [96]) и возникает сшибка, что чревато впоследствии возникновением трудностей приспособления к среде [34, 79, 96, 151]. Это относится к проявлениям любой фальши, любой «игры» во взаимоотношениях с ребенком [147], тем более что, как пишет К. Юнг, «самые сильные воздействия на детей исходят, как правило, не от сознательных состояний родителей, а от их бессознательного фона» [цит. по 2]; и только идя на-

⁹ Начало в 2003 (3), № 2.

встречу собственным проблемам, решая, а не загоняя их в бессознательное, мы тем самым решаем проблемы своих детей [2]. Кроме того, при изучении взаимодействия и привязанности матерей и младенцев групп риска [75] выявлено, что чрезмерная активность матери с неотзывчивым или избегающим ребенком – контрпродуктивна, т. к. ребенок вынужден подстраиваться под стимуляцию, предпочитаемую матерью и тогда система «мать-дитя» функционирует не на основании партнерства и приоритетов ребенка, а исходя из приоритетов матери [75, 81]. В процессе такого взаимодействия с матерью повышенная частота сердечных сокращений свидетельствует о переживаемом младенцем стрессе, отражает повышение возбуждения вследствие информационной перегрузки, чрезмерной стимуляции, когда мать не способна прочесть сигналы своего ребенка и обеспечить оптимальную стимуляцию. Стимулирующее поведение матери может быть определено как перестимулирующее и передоминирующее, если оно ведет к неуловимым или сильным сигналам отрицания взаимодействия у младенца. И тогда нарушается процесс предоставления младенцу сенсорно-перцептивного опыта [69], что является не только социальной депривацией, но и сенсорным дефицитом, не только риском отставания в социально-эмоциональном развитии, но и риском нарушения психического здоровья [75, 77]. Таким образом, значение такого феномена как «обоюдная компетентность» во взаимодействии матери и младенца трудно переоценить [132, 141, 152].

Резюмируя сказанное, можно отметить, что к области малоизученного относится четкое выделение факторов риска нарушений материнского поведения еще на этапе беременности, не ведется работа целенаправленно с ними, а психотерапевтическая работа с беременными женщинами в основном имеет своей целью подготовку к родам. Нужны новые коррекционные и психотерапевтические подходы, направленные на изменение материнского поведения. Мало изучена взаимосвязь психических особенностей матери, ее воспитательных подходов с развитием детей, наличием или отсутствием психических отклонений у них. Анализ генеза уже выделенных факторов риска [55, 106] нарушений материнского поведения приводит к выводу о том, что их первопричиной является полное отсутствие ценности ребенка или отсутствие ребенка в числе приоритетных ценностей в системе ценностных ориентаций женщины и, как следствие, «внешняя мотивация» [45] его рождения. Главным направлением в работе с женщинами, начиная с этапа беременности, является рассмотрение их ценностно-смысловой и мотивационной сфер. Представляется целесообразным не дискредитировать ценности матери, «мешающие» материнству, а придать ценность (увеличить ее) будущему ребенку. В контексте проблемы развития новых ценностей и мотивов чрезвычайно важным является то, что способы удовлетворения потребности автономизируются и сами становятся потребностями [Олпорт, 1938; К. Обуховский, 1972; А. Леонтьев, 1975, цит. по 46, 15]. Операция, которая раньше была средством удовлетворения потребности, сама становится самостоятельной потребностью. По аналогии, в случае беременности, когда женщина уготовливает будущему ребенку определенную роль (например, укрепление семьи), можно предложить будущей матери сначала мысленно, а потом вслух проговаривать определенные тексты позитивного программирования (идеи Г. Н. Сытина, а также Е. С. Жарикова [39], Б. З. Драпкина [36]), в которых отражается ее отношение к плоду и будущему ребенку (тексты сначала относительно индифферентного содержания, потом все более эмоционально насыщаются). Эти тексты должны произноситься на фоне эмоционального подъема, в состоянии легкого транса. При этом срабатывает механизм внушения и механизм «сдвига на средство», т. к. эмоционально положительно насыщается «средство» (т. е. будущий ребенок). Срабатывает и один из механизмов возникновения симпатии [15, 46]: чем больше вложений, материальных или духовных, делает человек, тем возникающее чувство симпатии более выражено.

Механизм развития новых мотивов и потребностей (в нашем случае формирование положительного отношения к будущему ребенку) можно представить также в виде смещения позитивных эмоциональных переживаний с результата на процесс, на средство. Например, нарисовать женщине картину далекого будущего, каким станет ее еще не рожденный ребенок; затем очень сильно положительно эмоционально зарядить эту картину, после чего указать, что залог такого прекрасного будущего находится в ее поведении и ее чувствах по отношению к будущему ребенку в настоящее время. В данном случае срабатывает и механизм мотивационного переключения: для получения хорошего результата нужно измениться в определенную сторону. Последний вариант применим только в случаях крайне негативного отношения к беременности, т. к. он воспитывает «обусловленное принятие», т. е. может рассматриваться лишь как промежуточный этап работы с женщиной. Мы полагаем, что очень полезно организовать наблюдение (еще лучше, контактирование) беременными женщинами маленьких детей, особенно если таких контактов у них не было в детстве и отрочестве.

Г. В. Козловская и О. В. Баженова [9] указывают, что первичная психопрофилактика психопатологических расстройств в детстве (в рамках психогигиенических задач) предполагает относительное психическое здоровье ребенка, который может стать объектом психопрофилактических мероприятий. В то же время, проблематично согласие семьи (матери) на участие в психотерапевтическом процессе при условии восприятия семьей ребенка как здорового. Следовательно, разработка индивидуальных программ

первичной профилактики психических расстройств для условно здоровых детей раннего возраста представляется практически трудно решаемой, или даже невозможной задачей [9]. В этой связи хотелось бы отметить, что когда родители начинают предъявлять жалобы на состояние здоровья ребенка (т. е. когда речь идет уже о вторичной профилактике), то за помощью обычно обращаются к педиатрам, которые, не зная патологии, возникающей вследствие нарушенного материнского поведения, упускают много времени. И когда мать, убедившись в бессилии интернистов, попадает наконец с ребенком к психиатру или психоневрологу, речь идет о далеко запущенных случаях. В то же время мы убедились, что первичная профилактика в принципе возможна, если ее проведение начинается еще на этапе беременности. Тогда, благодаря тесному эмоциональному контакту с матерью, сформированному на этапе беременности, психопрофилактическая работа может быть продолжена, при необходимости, и после рождения ребенка.

Что касается детей первого года жизни и на протяжении всего раннего детства, впервые попадающих в поле зрения психоневролога с жалобами матерей, свидетельствующими о нарушении в системе «мать-дитя», то обязательным элементом работы с ними должно стать обсуждение воспитательных стратегий с их коррекцией, имеющей целью сделать воспитание ребенка личностно ориентированным [66, 94, 106, 125].

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Н. Н., Мещерякова С. Ю. Вы и младенец: у истоков общения. – М.: Педагогика, 1991. – 159 с.
2. Аверин В. А. Психология раннего детства. Конспект лекций. – СПб.: Издательство Михайлова В. А., 2000. – 59 с.
3. Айвазян Е. Б., Аронова Л. Е., Урядницкая Н. А. Некоторые аспекты психологического изучения беременности: от анализа практики к проектированию исследования // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 122-127.
4. Антонов А. И., Сорокин С. А. Судьба семьи в России XXI века. – М., 2000. – 415 с.
5. Ахмадеева Э. Н. Влияние перинатальных факторов риска на формирование личности и интеллектуальный потенциал ребенка // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. Москва, 25-28 сентября 2001г. – С. 25-26.
6. Ахмадеева Э. Н., Ямалетдинов Х. М., Утяшева Р. А. и др. Новорожденный – младенец с особыми нуждами // Там же. – С. 23-24.
7. Ахмерова Ф. Г., Пушина Ф. Г. Дородовая педагогика в условиях работы детских поликлиник // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М., 1999. – С. 87-89.
8. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. – М.: Изд-во Московского университета, 1986. – 92 с.
9. Баженова О. В., Козловская Г. В. Теоретические проблемы первичной профилактики психических расстройств в раннем детском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия, 1992, № 2. – С. 70-74.
10. Баженова О. В., Козловская Г. В. О профилактике психической патологии в раннем возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1993, № 3. – С. 35-37.
11. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Российское психологическое общество. Ежегодник. Психология сегодня. – М., 1996, т. 2, вып. 4. – С. 69-70.
12. Батуев А. С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований // Психологический журнал, 2000, № 6. – С. 51-56.
13. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. /пер. с англ./ – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
14. Бойко В. В. Малодетная семья. Социально-психологический аспект. – М.: Мысль, 1988. – 239 с.
15. Большакова В. В. М. М. Троицкий о мотивации деятельности человека как основном законе его самосохранения // Психологический журнал, 1995, № 4. – С. 123-132.
16. Брехман Г. И., Лапочкина Н. П. Эмоционально-психологическая характеристика женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания в I-м триместре беременности по данным цветовых выборов // Журнал практического психолога, 1996, № 5. – С. 16-19.
17. Брутман В. И., Ениколопов С. Н., Северный А. А., Панкратова М. Г. Профилактика раннего социального сиротства // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. – М., 1994. – С. 16-17.
18. Брутман В. И., Ениколопов С. Н., Северный А. А., Панкратова М. Г. Медико-социальные проблемы организации службы предупреждения отказов от материнства // Там же. – С. 17-18.
19. Брутман В. И. Некоторые результаты психиатрического исследования случаев отказов матерей от новорожденных // Психосоциальные и биологические факторы в возникновении нервно-психических заболеваний. Тезисы докладов V съезда психиатров и наркологов Пермской области (май 1994 г.). – С. 51-53.
20. Брутман В. И., Варга А. Я., Радионова М. С. Особенности семейного воспитания и личностные характеристики женщин, бросающих своих детей // Российское психологическое общество. Ежегодник. Психология сегодня. – М., 1996, т. 2, вып. 4. – С. 69-70.
21. Брутман В. И., Ениколопов С. Н., Миледина Л. В. Материнская агрессия, отказ от ребенка и ре-

продукция циклов семейного насилия // Там же. - С. 153-154.

22. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии, 1997, № 6. - С. 38-47.

23. Брутман В. И. Психические нарушения и личностные расстройства у женщин, бросающих своих детей // Сироты России: право ребенка на семью. - М., 2001. - С. 80-82.

24. Васильева В. В., Орлов В. И., Сагамонова К. Ю., Черноситов А. В. Психоэмоциональные и характерологические особенности женщин при нормальном и осложненном течении беременности // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 157-159.

25. Васильева О. С., Могилевская Е. В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал, 2001, № 1. - С. 82-89.

26. Васина А. Н. Внутренняя картина беременности у разных типов личности // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 98-100.

27. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. - М., 1960.

28. Гаврилова Л. В. Современные подходы к внедрению новых перинатальных технологий в деятельность родовспомогательных учреждений // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. - М., 1999. - С. 7-9.

29. Гаврилова Л. В. О совершенствовании медицинской помощи женщинам в амбулаторно-поликлинических условиях // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 7-11.

30. Гитальсон Н. А., Коваленко Т. В. Петербургский проект // Там же. - С. 37-41.

31. Гордеев М. Н. Подготовка клинических психологов для учреждений, специализирующихся в области перинатальной психологии // Там же. - С. 28-30.

32. Гроф С. За пределами мозга. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.

33. Данилов С. А., Лапочкина Н. П. Течение и исход беременности при угрозе прерывания беременности в I-ом триместре в зависимости от психологических особенностей женщин // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 159-164.

34. Десмонд Моррис. Голая обезьяна. Человек с точки зрения зоолога. /пер. с англ./ - СПб.: Амфора/Эврика, 2001. - 269 с.

35. Добряков И. В., Ледина В. Ю., Савальева С. О., Червова Е. И. Насилие над новорожденными в России // Дети России: насилие и защита. - М., 1997. - С. 39-41.

36. Драпкин Б. З. Материнская суггестия — терапия материнской любовью (Новый метод психотерапии детей дошкольного и младшего школьного возраста) // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. - М., 25-28 сентября, 2001 г. - С. 244.

37. Дробот Ольга. Любить друг друга — значит смотреть не на друг друга, а в одну сторону // Семья и школа, 1999 г., № 10. - С. 10-14.

38. Ершова Т. И., Микиртумов Б. Е. Формирование биосоциальной системы «мать-дитя» и ее функционирование в раннем детстве. Обзор // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева, 1995, № 1. - С. 55-63.

39. Жариков Е. С. Психология успеха. Психологические средства стрессоустойчивости. - М., 1990. - 30 с.

40. Жаркин Н. А., Подобед Н. Д. Повышение эффективности внедрения современных перинатальных технологий // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 83-85.

41. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - М.: Медицина, 1982. - 205 с.

42. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. - М.: Медицина, 1988. - 247 с.

43. Захаров А. И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. - СПб.: Союз, 1998. - 133 с.

44. Захарова Е. И. Проблема содержания психологической подготовки к родам. Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 89-93.

45. Захарова Е. И., Левашева А. В. Характер личностных изменений женщины в период беременности // Там же. - С. 105-108.

46. Занюк С. С. Психология мотивации. Теория и практика мотивирования. Мотивационный тренинг. - Киев, 2001. - 351 с.

47. Калинина Юлия. Мнение эксперта // Московский комсомолец от 14.06.02 г., № 127 /23013/.

48. Кедрова Н. Б. «Здесь и теперь» в контакте матери и ребенка (как быть плохой матерью) // Мос-

ковский психотерапевтический журнал, 1994, № 3. - С.187-193.

49. Кирюшин В. В. О влиянии различных искусств на развитие, воспитание и образование ребенка, находящегося в пренатальном состоянии // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. - М., 1999. - С. 17-27.

50. Ковалев А. И., Воронкова Л. Б. Острое стрессовое воздействие на беременных женщин как фактор, приводящий к возникновению предрасположенности нервно-психических расстройств у их детей // Конгресс по детской психиатрии. Материалы конгресса. - М., 25-28 сентября, 2001 г. - С. 37-38.

51. Козловская Г. В. Нарушение психического развития у детей раннего возраста в условиях шизофренической семьи // Социокогнитивное развитие ребенка в раннем детстве. Российско-германский семинар. Сборник тезисов. - М., 18-20 апреля, 1995 г. - С. 9-12.

52. Козловская Г. В., Баженова О. В. Микрopsихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1995, № 5. - С. 48-51.

53. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста. (клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации). Дисс. доктора мед. наук. - М., 1995.

54. Колоскова М. В., Баженова О. В. Поиск ранних предикторов шизофрении: современное состояние проблемы (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1990, № 9. - С. 120-125.

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

56. Кон И. С. Ребенок и общество. - М., 1998.

57. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. Развитие ребенка от рождения до 17 лет. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - 177 с.

58. Кулева Л. В., Чибирев А. А., Недопекина Л. А. Опыт работы женской консультации № 1 и роддома № 1 по проблемам дородовой педагогики. Г. Набережные Челны, Татарстан // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. - М. 1999. - С. 30-31.

59. Курек Н. С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте // СПб.: Алетейя, 2001. - 219 с.

60. Лазарев М. Л. Новые технологии восстановительной медицины // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. - М., 1999. - С. 27-30.

61. Лазарев М. Л. Анализ данных катamnестического исследования по программам «Бэйби+» и «Сонатал» // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. - М., 2001. - С. 85-88.

62. Леонтьев Д. А. Психология смысла. - М.: Смысл, 1999. - 486 с.

63. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986.

64. Ломовских В. Е., Бердикова Т. К., Голубев А. Н., Овчинников В. С. Пути снижения младенческой смертности // Современные проблемы педиатрии. Материалы VIII съезда педиатров России. М., 24-26 февраля 1998 г. - С. 26-27.

65. Макаров В.В. Психотерапия каждого дня и всей жизни. Per se. - М.: Профессиональная психотерапевтическая лига, 2001. - 189 с.

66. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет. / Под ред. Е. О. Смирновой. - М.—Воронеж, 2001. - 239 с.

67. Меннинг О. Поведение животных. Вводный курс. /пер. с англ./ - М.: МИР, 1982. - 360 с.

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

69. Мид М. Культура и мир детства. /пер. с англ./ - М.: Наука, 1988.

70. Микиртумов Б. Е., Кошавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. - СПб.: Питер, 2001. - 252 с.

71. Миронова М. Н. О сопряженной доминанте как основе механизма симбиотической связи // Вопросы психологии, 1998, № 6. - С. 58-64.

72. Муравьева О. С. Как воспитывали русского дворянина // Нева, 2001. - 222 с.

73. Мухамедрахимов Р. Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопросы психологии, 1994, № 6. - С. 16-25.

74. Мухамедрахимов Р. Ж. Программа развития, центрированная на взаимодействии матери и младенца // Социокогнитивное развитие ребенка в раннем детстве. Российско-германский семинар, М., 18-20 апреля 1995 г. - С. 10-11.

75. Мухамедрахимов Р. Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска // Вопросы психологии, 1998, № 2. - С. 18-33.

76. Наумов А. В. Психологические проблемы беременности и перинатального периода // Журнал прикладной психологии, 2000, № 6. - С. 17-19.

77. Обухов Я. Л. Значение первого года жизни для последующего развития ребенка (обзор концепции Д. Винникотта). – М., 1997. – 24 с.
78. Одоевцева Станислава. Роды в эфире // Московский комсомолец от 14.09.02., № 206 /23092/.
79. Перес Ловелле Р., Рыбьянов М. Книга психологических интервью // Журнал прикладной психологии, 2001, № 5. – С. 35–46.
80. Перинатальная психология в родовспоможении. Сб. материалов конференции. СПб., 1997.
81. Печникова Л. С. Особенности взаимодействия матери с ребенком, больным ранним детским аутизмом (РДА) // Материалы конференции памяти К. С. Лебединской. – М., 1995. – С. 100-102.
82. Попов А. А. Аборты в России // Человек, 1995, № 1. – С. 113-118.
83. Психика и роды / Под ред. Э.К. Айламазяна. Изд-во «Яблочко СО», 1996 – 116 с.
84. Психологический словарь. – М.: Педагогика–Пресс, 1999.
85. Попцова Е. В. Качества матери, необходимые для психического развития ребенка раннего возраста. Автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1995. – 17 с.
86. Равич Рената. Мы ждем тебя, малыш! – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 61 с.
87. Райгородский Д. Я. Психология личности. Т. I. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1999. – 448 с.
88. Равич Рената. Как родить здорового ребенка. – М.: Семья и школа, 1996. – 208 с.
89. Свечникова М. Роды без травм. – СПб.: Пионер, М.: Астрель—АСТ, 2001 г.
90. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. – М.: Наука, 1981. – 216 с.
91. Синельников В. Жизнь до рождения: современная наука о пренатальном онтогенезе // Дошкольное воспитание, 1993, № 8. – С. 82-83.
92. Скобло Г. В., Дубовик О. Ю. Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия, 1992, № 2. – С. 75-78.
93. Смирнова Е. О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии, 1995, № 3. – С. 139-150.
94. Смирнова Е. О. Психология дошкольника – ч. 2. Младенчество (первый год жизни). – Абакан, 1997. – 57 с.
95. Соболева М. В. Имитационное поведение в раннем онтогенезе: опыт исследования // Вопросы психологии, 1995, № 4. – С. 108-115.
96. Столин В. В. Самосознание личности. – М.: Изд-во Московского Университета, 1983. – 285 с.
97. Тюлюкина Л. И., Рожманов С. Г. О методике подготовки беременных к родам в роддоме № 1 г. Липецка // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М., 1999. – С. 59-60.
98. Тетелютина Ф. К., Сушенцова Т. В., Ильина Н. А. и др. Подготовка беременных, страдающих пороками сердца, и их семей к партнерским родам // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 165-167.
99. Тыцкая Э. И., Гасников В. К., Чертова Т. Л. и др. Медико-демографическая ситуация и здоровье детей Удмуртии // Современные проблемы педиатрии. Материалы VIII съезда педиатров России. М., 24-26 февраля 1998 г. – С. 33.
100. Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать-дитя». – М.: Агар, 2000. – 183 с.
101. Филиппова Г. Г. Дифференциация мотивационных основ материнского и полового поведения в подростковом возрасте // Мат-лы конф. памяти К. С. Лебединской. – М., 1995. – С. 112-115.
102. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. – М., 1999.
103. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Концептуальная модель. – М.: Институт молодежи, 1999. – 285 с.
104. Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии, 2001, № 2. – С. 22-36.
105. Филиппова Г. Г., Брутман В. И., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Медико- психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 94-98.
106. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Учебное пособие. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 239 с.
107. Хамитова И. Ю. Семейные аспекты переживаний беременности и родов // Медико-психологические аспекты современной пернатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 127-131.
108. Хуторская Н. Н., Повалеева Е. С., Чиж О. И. Обоснование необходимости личностно–ориентированной психотерапии в акушерской практике // Там же. – С. 114-116.

109. Цареградская Ж. В. Перинатальная психология: учебное пособие для среднего персонала учреждений родовспоможения и детства. – М., 1999. – 21 с.
110. Цуркан С. В., Линева О. И., Грачева О. Н. Экотоксиканты и патология перинатального периода // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно–практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 180–184.
111. Шалимова М. А. Новые направления подготовки акушерок // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. – М., 1999. – С. 82–84.
112. Шевченко Ю. С., Шагинян Н. Ю., Бармин В. В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребенка // Социальная и клиническая психиатрия, 2001, № 3. – С. 94–105.
113. Уитвелл Жизель Э. Роль музыки в пренатальном и перинатальном развитии // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно–практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 64–80.
114. Чемберлен Дэвид Б. Пренатальная психика: новые перспективы // Там же. – С. 44–51.
115. Чижов А. Я. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия в акушерстве, педиатрии и широкой медицинской практике // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. – М., 1999. – С. 37–45.
116. Чичерина Н. А., Стрелков Р. Б. Система оздоровления беременных женщин с применением нормобарической гипокситерапии в процессе подготовки к родам // Там же. – С. 32–37.
117. Чичерина Н. А. Пренатальное воспитание и его интегративные функции // Медико–психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно–практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 17–20.
118. Щеглова С. Н. Права детей и дети о правах (социологический анализ). – М., 1998. – 85 с.
119. Adamson L. B. Communication development during infancy. Dubuque. La Brown and Benchmark, 1995.
120. Affonso D. D., De A. K., Korenbrot C. C., Mayberry L. J. Cognitive adaptation: a women's health perspective for reducing stress during childbearing // J-Womens-Health-Gend-Based-Med, 1999, Dec.; 8 /10/. – 1285-94.
121. Ainsworth M. D. S. Patterns of infant-mother attachment as related to maternal care // Magnusson D., Allen V. /eds/. Human development: An interactional perspective. – N.Y.: Academic Press, 1983.
122. Barker D. J. P. Mothers, Babies, and Disease in Later Life. – London, 1994.
123. Blomberg S. Influence of Maternal Distress during Pregnancy on Postnatal Development // Acta Psychiatr. Skand., 1980, 62, 5. – 405-417.
124. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. I. – London: Penguin, 1969, 1981.
125. Bretherton I. Attachment theory: Retrospect and prospect // Bretherton I., Waters /eds/. Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development. 50 /1-2 Serial, № 209/. – N.Y., 1991.
126. Bruschiweiler–Stern N. Early emotional care for mothers and infants // Pediatrics, 1998, Nov; 102 /5 Suppl E/. – 1278-81.
127. /Dalle Cure Materne All'interpretazione/. Мать, дитя, клиницист // Новое в психоаналитической терапии. Под ред. Вицелло Г. Ф., Штерн Д. Н. /пер. с итальянского/ – М.: Росс. Психоанал. Ассоциация, 1994. – 295 с.
128. /Erikson Erik H./ Эриксон Э. Детство и общество. /пер. с англ./– СПб.: ЗАО ИТД «Летний сад», 2000. – 415 с.
129. Fogel A. Temporal organization in mother-infant face-to-face interaction // Schaffer H. R. /ed/. Studies in mother-infant interaction. L.: Acad Press, 1977. – 89-117.
130. Garnezy N. // J.of Child Psychology and Psychiatry. Book supplement, 1984, 4. – 213-233.
131. Hao T. Y., Li Y. H., Yao S.F. Clinical study on short-terming the birth process using psychological suggestion therapy // Zhonghua-Hu-Li-Za-Zhi, 1999, Oct.; 32 /10/. – 568-70.
132. Hartman H., Molz G. Modern Perspectives in the Psychiatry of Infancy. – N. Y., 1979. – 378-388.
133. Hepper P. G., Shahidullah S. Newborn and Fetal Response to Maternal Voice. // J. of Reproduction and Infant Psychology, 1993, v. 11. – 147-153.
134. Humphrey T. Functions of the Nervous System During Prenatal Life // Physiology of the Perinatal Period /Ed. Uwe Stave.- N.Y.: Applton – Century – Crofts, 1970, v.2. – 754-789.
135. Le Doux G. E. Emotion, Memory and the Brain // Scientific American, 1994, June. – 50-57.
136. Leidermann P. H. Human mother – infant social bonding: is there a sensitive period // Behavioral development. – Cambridge, 1981.
137. Maldonado-Duran J. M., Lartigue T., Feintuch M. Perinatal psychiatry: infant mental health interventions during Pregnancy // Bull-Menninger-Clin., 2000, Summer; 64 /3/. – 317-43.
138. Marshall H. K., Phillis H. K. The amazing newborn. – N.Y., 1989, v. 4. – 145-156.

139. McEwen B. C., Schmeck H. M. The Hostage Brain. - N.Y.: The Rockefeller University Press, 1994.
140. Meltroff K. Infant-Mother Bonding. - N.Y., 1983.
141. Norton D. Y. Zero to Three. - 1990, vol. X, 4. - 1-8.
142. Norwood Ch. A. Highest Risk: Environmental Hazards to Young and Unborn Children. - N.Y.: Mc. Grow-Hill, 1980.
143. Polverini-Rey R. A. Intrauterin Musical Learning. The Soothing Effect on Newborns of a Lullaby Learned Prenatally: Doctoral thesis. - Los Angeles: California School of Professional Psychology, 1992.
144. Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation // P. M. Shereshefsky and L. J. Yarrow eds. - N.Y.: Raven Press. Publ., 1973.
145. Rutter M. // Maternal Subject, 1973. - 159-175.
146. Schauble P. G.; Werner W. E.; Rai S. H.; Martin A. Childbirth Preparation through Hypnosis; the Hypno-Reflexogenous Protocol // Am. J-Clin-Hypn., 1998 Apr; 40 /4/. - 273-83.
147. /Sears William, Sears Martha/. Уильям и Марта Серз. Воспитание ребенка от рождения до 10 лет. /пер. с англ./. - М.: Крон- Пресс, 1988. - 461 с.
148. Shaffer D. R. Developmental Psychology. Childhood and Adolescence. - N-Y-L. ITP: An. Intern. Thomson Publ. Comp., 1996.
149. Siddigui A., Hagglof B. Does Maternal Prenatal Attachment Predict Postnatal Mother-Infant Interaction? // Early-Hum-Dev., 2000, Jul; 59/1/. - 13-25.
150. Sjogren B., Thomassen P. Obstetric Outcome in 100 Women with Severe Anxiety over Childbirth // Acta-Obstet-Gynecol-Scand., 1997, Nov; 76/10/. - 948-52.
151. /Spitz Rene A., Cobliner Godfrey W./ Шпиц Рене А., Коблинер Годфри В. Первый год жизни. Психоаналитическое исследование нормального и отклоняющегося развития объектных отношений. /пер. с англ./. - М.: Герпус, 2000. - 384 с.
152. Stern N., Beebe B. Study on Mother-Infant Interaction. - N. Y., 1975. - 177-202.
153. The Development of Attachment and Affiliative Systems / Ed. by R. N. Emde at all. - N.Y.L.: Plenum Press. Cop., 1982-XX.
154. The Different Faces of Motherhood. - N.Y.L.: Plenum Press Cop., 1988..
155. Verny T. Pre- and Perinatal Psychology: an Introduction. - N.Y.: Hum. Scien. Press., 1987.
156. Verny T., Weintraub P. The Inner Work of Pregnancy // Klimek R. /ed/. Pre-perinatal Psycho-Medicine. - Cracow, 1992. - 293-320.
157. Vihman M. M. Phonological Development: the Original of Language in the Child. - Oxford UK: Beackwell, 1966.
158. White R. W. // Psychological Review, 1959, v. 66. - 297-333.
159. /Winnicott Donald Woods/ Винникотт Дональд Вудс. Маленькие дети и их матери. /пер. с англ./. - М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - 79 с.

В. В. Красавина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНОГО НЕЙРОЛЕПТИКА СЕРОКВЕЛЯ В ОБЩЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Клиническая психиатрическая больница № 15 (Москва).

Введение

Антипсихотические средства являются основой лечения многих психических расстройств. Прием нейролептиков зачастую связан с рядом осложнений, наиболее серьезными из которых являются экстрапирамидные симптомы. В последние годы на рынке появилось новое поколение антипсихотиков – атипичные нейролептики, под которыми понимают препараты, не вызывающие или практически не вызывающие экстрапирамидных побочных эффектов, а также купирующие наряду с позитивной психопатологической симптоматикой негативные симптомы [6]. Одним из представителей группы атипичных нейролептиков является препарат сероквель (кветиапин), который в настоящее время одобрен более чем в 70 странах мира для лечения психозов. В Российской Федерации препарат разрешен к применению с 1999 г.

Химическая структура и спектр рецепторной активности

По химической структуре кветиапин является производным дибензотиазеина. Препарат обладает широким терапевтическим спектром благодаря способности взаимодействовать с большим числом нейрорецепторов. Сила нейрорецепторного взаимодействия для кветиапина выглядит следующим образом – $H_1 > \alpha_1 > 5\text{-HT}_{2A} > \alpha_2 > D_2 > 5\text{-HT}_{1A} > D_1 > M_1$ (рис. 1) [44]. Из предложенной схемы нейрорецепторного профиля связывания кветиапина следует, что препарат обладает неспецифическим седативным эффектом (за счет блокады H_1 -рецепторов), устраняет возбуждение и тревожный аффект (блокада α_1 - и α_2 -рецепторов),

антинегативный эффект обусловлен влиянием на 5-HT_{2a} рецепторы, слабое сродство к D₂-рецепторам обуславливает невыраженные экстрапирамидные эффекты и отсутствие гиперпролактинемии [3].

Рис. 1



Опыт применения кветиапина в общей психиатрической практике

За последние 5 лет накопилось достаточно данных в отношении применения сероквеля в общей психиатрии. Хотя препарат был представлен как атипичный антипсихотик для лечения шизофрении, его также с успехом применяли для лечения аффективных расстройств, тревожных состояний, обсессивно-компульсивных расстройств, для купирования агрессии и враждебности, расстройств поведения и др.

Так, показано, что продолжительная терапия сероквелом оказывает выраженное влияние на редукцию позитивной и негативной симптоматики у больных шизофренией, что проявляется уменьшением аутистических явлений, увеличением общей активности, способствует существенному улучшению социальной адаптации пациентов при отсутствии возникновения экстрапирамидных расстройств и гиперпролактинемии. [6, 7, 10, 18]. Многие исследователи отмечают прямой положительный эффект кветиапина на когнитивную функцию у больных шизофренией. К. Р. Good и соавт. отмечают статистически значимое улучшение функции внимания после 3 мес. приема препарата, а также улучшение вербальной продуктивности и исполнительной функции через 6-12 мес. лечения (средняя доза – 517, 9 мг/сутки) [23]. Сравнительное исследование сероквеля и традиционных нейролептиков показало выраженное превосходство влияния кветиапина на познавательные процессы у больных, страдающих шизофренией [47].

Большое количество публикаций демонстрирует высокую эффективность кветиапина в терапии шизофрении, включая симптомы депрессивного спектра. [1, 3, 5, 6, 7, 10, 18]. R. A. Emsley и соавт. в своем сравнительном исследовании отметили, что сероквель не только вызывает выраженную редукцию депрессивной симптоматики по сравнению с галоперидолом (-1.60 против -0.54; $p=0.006$), но и обладает прямым антидепрессивным действием, что, возможно, связано с особенностями его рецепторного профиля – большой аффинитет к 5-HT_{2a} рецепторам [18]. В работе Г. Э. Мазо и соавт. была отмечена высокая эффективность сероквеля в отношении тревоги, причем анксиолитический эффект препарата значительно опережал антидепрессивный. Таким образом, представленные выше результаты позволяют рассматривать кветиапин как препарат выбора при лечении больных шизофренией с депрессивной симптоматикой и тревожными расстройствами [5].

По данным современной литературы, около 50% пациентов, страдающих аффективными расстройствами, дают лишь частичный ответ на монотерапию антидепрессантами, что приводит к хронификации заболевания и увеличению риска возникновения рецидивов [31]. Дополнительное назначение атипичных нейролептиков в качестве вспомогательной терапии аффективных расстройств (особенно при наличии психотических включений) дает возможность получения лучших клинических результатов в терапии данных расстройств.

Существует ряд работ, описывающих антиманиакальный эффект кветиапина. А. Ertugrul и др. отмечают преимущества использования сероквеля для уменьшения психотических симптомов, ажитации и агрессии при острой мании как в качестве монотерапии, так и в комбинации с нормотимиками [19]. А. С. Altamira и др. отмечают, что длительный прием кветиапина при биполярных расстройствах предпочтителен ввиду хорошей переносимости, положительного влияния на когнитивную функцию, минимального риска экстрапирамидных побочных эффектов, поздних дискинезий, гиперпролактинемии и возможного уменьшения риска суицидов [8]. С. U. Rae и соавт. также отметили выраженный антиманиакальный эффект

фект сероквеля у 18 пациентов, которые ранее демонстрировали непереносимость терапии рисперидоном и в комбинации с нормотимиками [42].

В последнее время часто встречаются случаи обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), резистентные к терапии, в связи с чем предпринимаются попытки найти наиболее эффективный принцип их лечения. Однако, при применении сероквеля в лечении ОКР данные оказались неоднозначными. L. Sevincok и соавт. показали, что низкая доза кветиапина (150 мг/сутки) не может быть эффективна в качестве монотерапии ОКР у пациентов, устойчивых к терапии кломипрамином и антидепрессантами-селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС). По результатам исследования, только 2 из 8 пациентов являлись частичными респондерами со снижением обсессивной симптоматики по шкале Йель-Брауна на 28% и 29% [46]. Ряд авторов, напротив, отмечает успешное применение сероквеля в комбинированной терапии с СИОЗС [11, 39]. По результатам 8-недельного исследования, M. Atmаса и соавт. отметили у 9 из 14 пациентов (64, 4%), получавших в качестве терапии сероквель и препарат из группы СИОЗС, значительное улучшение (на 60% и более) и у 1 пациента (7.1%) - частичное улучшение (на 30% и более) по шкале Y-BOCS. Таким образом, авторы делают заключение, что комбинация сероквеля с СИОЗС достаточно эффективна и может применяться в качестве терапии ОКР, устойчивых к СИОЗС [12].

Имеются единичные данные о попытке применения сероквеля в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). M. B. Hamner и соавт. в течение 6 недель проводили лечение 18 ветеранов войны с психическими расстройствами, соответствующими критериям ПТСР по DSM-IV. В качестве терапии был назначен сероквель в дозе 25–300 мг в сутки. На фоне проведенной терапии наблюдалось значительное улучшение по шкале CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) от 89.8+/-15.7 до 67.5+/-21.0 ($t=4.863$, $df=18$, $p<0.005$). Общие психопатологические (PANSS) и депрессивные симптомы (HRSD) также значительно редуцировались к концу 6-й недели. Не было зарегистрировано никаких клинических изменений со стороны внутренних органов и неврологических показателей. Авторы указывают на необходимость проведения более широких исследований для более точного определения места кветиапина в лечении ПТСР [24].

В последнее время сероквель с успехом применяется в гериатрической психиатрии. Существует ряд работ, поддерживающих идею в отношении предпочтительного применения кветиапина у пожилых пациентов с паркинсонизмом и психотическими симптомами. В своих исследованиях авторы отмечают выраженный антипсихотический эффект кветиапина, его положительное влияние на общие моторные функции, поведенческие расстройства, расстройства сна, а также улучшение качества жизни пожилых пациентов. Кроме того, не было отмечено нарушений со стороны экстрапирамидной системы на фоне приема кветиапина. Авторы обращают внимание на то, что лечение кветиапином должно начинаться с минимальных дозировок (25 мг в сутки), во время приема которых уже наблюдается положительный эффект. При необходимости дозу препарата наращивают постепенно для минимизации побочных эффектов [20, 22, 32, 34, 40, 50]. Н. Takahashi и соавт. в своей работе описывают результаты лечения кветиапином пациентов с болезнью Альцгеймера (вариант с тельцами Леви). Авторы отмечают существенную редукцию психотической симптоматики и агрессивного поведения при приеме кветиапин в дозе 25-75 мг/сутки [51]. Однако, описан случай возникновения судорожных припадков на фоне приема высоких доз кветиапина – 500 мг в сутки (несмотря на прием карбамазепина в дозе 200 мг/сутки) у 75-летнего больного с болезнью Альцгеймера [17].

Единичные работы демонстрируют успешное применение кветиапина для лечения психических заболеваний, осложненных алкоголизмом и наркоманией. R. L. Weisman описывает случай успешного лечения кветиапином пациента, страдающего шизофренией, осложненной алкоголизмом и злоупотреблением кокаина. Ранее этот пациент в качестве терапии получал оланзапин, на фоне приема которого у больного развился приапизм, что потребовало смены терапии [49].

Кветиапин в детской и подростковой психиатрии

Количество литературных данных, касающихся опыта применения сероквеля в подростковой психиатрии, сравнительно невелико. Тем не менее, имеются данные, освещающие особенности его использования. В связи с хорошей переносимостью, безопасностью применения, мягким профилем побочных эффектов и благотворным влиянием на достаточно широкий спектр психопатологической симптоматики возникают предпосылки для более активного использования сероквеля в детской и подростковой психиатрии [21]. И. А. Козлова и соавт. применяли сероквель для лечения шизофрении у детей и подростков, диапазон доз составил 100-800 мг/сутки. Было показано, что уже в течение 6 недель кветиапин вызывает статистически достоверное снижение как продуктивных, так и негативных симптомов шизофрении, воздействует на симптоматику аффективного и невротоподобного регистров уже к 3-й неделе терапии, уменьшает проявления враждебности и гиперактивности. Побочные эффекты, развивавшиеся на фоне приема кветиапина, были слабо и умеренно выражены, носили транзиторный характер; ни в одном слу-

чае не было отмечено экстрапирамидных и эндокринных побочных эффектов, характерных для большинства классических нейролептиков и некоторых атипичных антипсихотиков, а также увеличения массы тела во всем диапазоне доз. Неврологических нарушений в виде мышечной ригидности, дистонических симптомов, акатизии, связанных с приемом препарата, за время исследования не установлено. В 3 случаях (14,3%) развился транзиторный слабо выраженный тремор (при дозе 400 мг/сутки), который не потребовал назначения корректирующих препаратов и купировался изменением дозы. Относительно часто отмечались слабо выраженные вегетативные нарушения в виде сухости слизистой оболочки рта (23,3%), нарушения экскреции в носовой полости (9,5%), запора (9,5%), тошноты (9,5%). Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечены в 2 случаях на 2-й неделе терапии в виде преходящих явлений гипотензии и головокружения. На ЭКГ за 6 недель терапии отклонений не выявлено. Такой распространенный побочный эффект атипичных нейролептиков, как повышение аппетита и увеличение массы тела, на протяжении лечения не установлен. Таким образом, авторы считают сероквель достаточно безопасным для применения у детей и подростков при лечении шизофрении [4].

F. Hayden описывает случай успешного длительного лечения 14-летней девочки, страдающей шизофренией. В течение первых месяцев значительно редуцировались проявления позитивной психотической симптоматики, а на фоне дальнейшего приема сероквеля отмечалась также редукция негативной психопатологической симптоматики. В течение 28 месяцев терапии сероквелем не было зарегистрировано никаких неблагоприятных эффектов [26].

Ряд работ демонстрирует успешное применение сероквеля в широком диапазоне доз (25-800 мг/сутки) у подростков с шизоаффективными и биполярными расстройствами. В. McConville и соавт. отмечали статистически значимую редукцию психотической симптоматики, аффективных расстройств и значительное улучшение показателей по шкалам BPRS, CGI и SANS ($p < 0.05$) у подростков с шизоаффективными расстройствами. Авторы подчеркивают, что не было зарегистрировано ни одного случая экстрапирамидных побочных эффектов и значительной прибавки массы тела. Их исследование подтвердило, что кветиапин является безопасным и достаточно эффективным препаратом для коррекции психотических расстройств у подростков [37].

Влияние кветиапина на расстройства поведения описано в нескольких исследованиях. Так, С. Walker и соавт. приводят случаи лечения кветиапином 4 пациентов с психопатией и антисоциальным поведением. Препарат в дозировке 600-800 мг/сутки демонстрировал эффективность в отношении уменьшения раздражительности, импульсивности, враждебности, агрессивности, реакций гнева, делал пациентов более упорядоченными, послушными [48]. E. Hilger и соавт. приводят случаи успешного влияния кветиапина на поведение с тяжелым членовредительством у 2 пациенток с пограничным расстройством личности. У обеих больных лечение хорошо переносилось и привело к значительному редуцированию проявлений импульсивности, а со временем и повышению уровня функционирования [27]. Эффект кветиапина при аффективных симптомах, а также при проявлении агрессивного и враждебного поведения у подростков, больных шизофренией, был установлен в исследованиях Л. М. Барденштейна [2].

Описаны и результаты исследований, посвященных оценке эффективности и безопасности применения кветиапина у детей и подростков с психотическими нарушениями. Так, J. A. Shaw и др. отмечают, что прием кветиапина в дозе 300-800 мг/сутки значительно улучшил показатели по шкалам BPRS, PANSS, YMRS и CGI и, кроме того, не вызвал существенных изменений лабораторных показателей мочи и крови; уровень пролактина и холестерина остался неизменным; не было отмечено выраженных изменений на ЭКГ и ЭЭГ. Среди побочных эффектов отмечались сонливость, беспокойство, головная боль, а также обнаружена тенденция к снижению гормона Т4 и увеличению ТТГ [45].

В исследованиях, посвященных оценке терапии генерализованных тиков и синдрома Жили де ла Туретта, показана высокая эффективность кветиапина в коррекции расстройств данного спектра [36, 43]. N. M. Mukaddes и соавт. в исследованиях детей с синдромом Жили де ла Туретта отмечают статистически значимое уменьшение тикоидных расстройств в пределах 30-100% при приеме кветиапина в дозе 50-100 мг в сутки [41]. Z. Matur и соавт. описывают пациента, страдающего синдромом Жили де ла Туретта и обсессивно-компульсивным расстройством в течение 13 лет и реагировавшего маниакальным возбуждением на лечение кломипрамином. После назначения кветиапина в дозе 600 мг/сутки заметно редуцировались проявления мании, выровнялось настроение, уменьшились тики, снизились порог тревожности и проявления обсессивно-компульсивной симптоматики [36].

В литературе было описано несколько случаев передозировки кветиапина: у 15-летней девочки, которая приняла 1250 мг кветиапина (21.6 мг/кг) при попытке самоубийства, у 11-летней девочки, которая приняла кветиапин в дозе 1300 мг (22.2 мг/кг). У обеих пациенток развился ряд нарушений (тахикардия, ажитация, гипотензия и коллапс). Кардиотоксических эффектов и резких изменений лабораторных показателей обнаружено не было, что предполагает относительно мягкий клинический характер передозировки кветиапина [14, 28].

Побочные эффекты

В последнее время проводится подробное изучение как клинического спектра действия атипичных антипсихотиков, так и побочных эффектов, которые они могут вызывать. Так, среди значимых нежелательных явлений, которые могут быть следствием приема атипичных нейролептиков, можно отметить экстрапирамидные расстройства, гиперпролактинемия, увеличение массы тела.

Как было сказано выше, экстрапирамидные расстройства при приеме кветиапина развиваются достаточно редко, что дало возможность успешно применять этот препарат в гериатрической и подростковой психиатрии в связи с тем, что пациенты таких возрастных групп наиболее склонны к побочным эффектам.

При изучении воздействия атипичных антипсихотиков на обменные процессы в организме человека полученные данные оказались неоднозначными. Так, R. S. McIntyre и соавт. в процессе сравнительного исследования обнаружили, что при приеме кветиапина прибавка в весе в среднем составила 7.55 кг, оланзапина - 3.72 кг и рисперидона - 1.62 кг. Относительная прибавка в весе (более 7% массы тела) наблюдалась у 55.6% пациентов, получавших кветиапин, по сравнению с 24.1% пациентов, получавших оланзапин, и 23.7% пациентов, принимавших рисполепт [38]. Однако, по данным других авторов, на фоне приема кветиапина прибавка в весе была минимальной по сравнению с другими атипичными антипсихотиками, более того, пациенты, набравшие вес во время лечения традиционными нейролептиками, после смены терапии на кветиапин теряли в весе [35, 12].

Гиперпролактинемия – достаточно серьезный побочный эффект нейролептической терапии вследствие блокады D2-рецепторов в tuberoinfundibularной системе, проявляющийся такими нарушениями, как аменорея, галакторея, гинекомастия, сексуальная дисфункция, остеопороз. В последнее время имеются данные о том, что сероквель практически не вызывает увеличения уровня пролактина в крови, что, по-видимому, объясняется тем фактом, что он обладает наименьшим сродством к дофаминовым рецепторам по сравнению с другими как классическими, так и атипичными нейролептиками [15, 24, 29, 30]. Так, R. Knegtering и соавт. в 6-недельном рандомизированном исследовании 49 пациентов, страдающих шизофренией, показали, что сексуальная дисфункция менее выражена у больных, которым проводилось лечение кветиапином. 25 пациентов получали в качестве терапии сероквель, 24 – рисперидон. Средняя суточная доза составила 580 +/-224 мг/сутки для кветиапина и 3.2 +/-1.3 мг/сутки для рисперидона. 6 пациентов (11.7%; 4 на рисперидоне, 2 на кветиапине) обращались с жалобами на сексуальную дисфункцию. У 4 из 25 пациентов (16%), получавших кветиапин, и у 12 из 24 больных (50%), получавших рисперидон, наблюдалась сексуальная дисфункция по опроснику ASFG ($\chi^2=6.4$; $df=1$; $p=0.006$). Средний уровень пролактина в крови у пациентов, получавших кветиапин и рисперидон, составил 13.8 +/-17.9 и 57.7 +/-39.7 нг/мл соответственно [33]. J. Bobes и соавт. также описывают наименьший процент случаев возникновения сексуальной дисфункции при приеме кветиапина (18.2%) в сравнении с другими антипсихотиками: галоперидол - 38.1%, оланзапин - 35.3% и рисперидон - 43.2%. Кроме того, отмечают, что кветиапин нивелирует сексуальные нарушения, вызванные приемом других нейролептиков [13].

Следует отметить ряд работ, посвященных исследованию влияния сероквеля на сердечно-сосудистую систему и электрофизиологическую деятельность головного мозга. В отношении кардиотоксического эффекта атипичных нейролептиков показано, что все эти препараты в высоких дозах (в том числе и кветиапин в дозе 750 мг/сутки) не изменяют интервала QT и, таким образом, не влияют на внутрисердечную проводимость и не являются кардиотоксичными препаратами [25]. Показаны статистически значимые различия изменений ЭЭГ при приеме кветиапина, оланзапина и галоперидола. У 1 пациента (5% от группы), получавшего кветиапин, 13 (35%), получавших оланзапин, и 5 (23%), принимавших галоперидол, обнаруживались нарушения фоновой ЭЭГ, и у 4 пациентов из группы оланзапина отмечалась эпилептиформная активность. Данными авторами было высказано предположение, что кветиапин наименьшим образом влияет на электрофизиологическую деятельность головного мозга [9].

Таким образом, опыт применения сероквеля в мировой психиатрической практике показал его выраженное терапевтическое влияние на позитивную и негативную симптоматику у больных шизофренией, аффективную и биполярную шизоаффективную симптоматику, обсессивно-компульсивные, когнитивные расстройства, а также широкий спектр других психопатологических расстройств при отсутствии серьезных побочных явлений и осложнений терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А. С., Спасова С. А., Файзуллоев А. Ф. Опыт применения сероквеля у больных вялотекущей шизофренией с преобладанием тревожных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003, т. 5, № 2.
2. Барденштейн Л. М., Якимова Т. П., Демин А. А. и др. Опыт применения атипичного нейролептика сероквеля для лечения первого психотического эпизода шизофрении у подростков // Точка зрения, 2001, т. 3, № 6.

3. Калинин В. В. Сероквель – атипичный нейролептик: особенности психотропного эффекта и показаний // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, т. 3, № 5.
4. Козлова И. А., Масихина С. Н., Савостьянова О. Л. Опыт применения препарата «Сероквель» (кветиапин) в лечении шизофрении детского возраста // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003, т. 5, № 2.
5. Мазо Г. Э. Влияние терапии сероквелом на депрессивную симптоматику в структуре шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003, т. 5, № 6.
6. Мосолов С. Н. Александровский Ю. А., Вовин Р. Я. и др. Новый атипичный антипсихотик Сероквель (результаты российских клинических испытаний) // Психиатрия и психофармакотерапия, 2003, т. 5, № 2.
7. Чахава В. О. Опыт применения препарата «Сероквель» при лечении шизофрении // Ж. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000, № 9.
8. Altamura AC, Salvadori D, Madaro D, a.o. Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of bipolar disorder: preliminary evidence from a 12-month open-label study // J Affect Disord. 2003 Sep; 76(1-3): 267-71.
9. Amann BL, Pogarell O, Mergl R, Juckel G, Grunze H, Muler C, Hegerl U. EEG abnormalities associated with antipsychotics: a comparison of quetiapine, olanzapine, haloperidol and healthy subjects. Hum Psychopharmacol. 2003 Dec; 18(8): 641-6.
10. Arvantis LA, Miller BG. The Seroquel trials 13 study group // Biol Psychiatry 1997; 47: 223–46.
11. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O. Quetiapine augmentation in patients with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: a single-blind, placebo-controlled study // Int Clin Psychopharmacol. 2002 May; 17(3): 115-9.
12. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B. Serum leptin and triglyceride levels in patients on treatment with atypical antipsychotics // J Clin Psychiatry. 2003 May; 64(5): 598-604.
13. Bobes J, Garc A-Portilla MP, Rejas J, a. o. A. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study // J Sex Marital Ther. 2003 Mar-Apr; 29(2): 125-47.
14. Catalano G, Catalano MC, Agustines RE, a. o. Pediatric quetiapine overdose: a case report and literature review // J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002 Winter; 12(4): 355-61.
15. Compton MT, Miller AH. Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and sexual dysfunction // Psychopharmacol Bull. 2002 Winter; 36(1): 143-64.
16. Dawn I. Velligan, Alexander L., Miller, M.D. Когнитивная дисфункция при шизофрении и ее важность для клинического исхода: место атипичных антипсихотических средств в лечении.
17. Dogu O, Sevim S, Kaleagasi HS. Seizures associated with quetiapine treatment // Ann Pharmacother. 2003 Sep; 37(9): 1224-7.
18. Emsley RA, Buckley P, Jones AM, Greenwood M.R. Differential effect of quetiapine on depressive symptoms in patients with partially responsive schizophrenia // J Psychopharmacol. 2003 Jun; 17(2): 210-5.
19. Ertugrul A, Meltzer HY. Antipsychotic drugs in bipolar disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2003 Sep; 6(3): 277-84.
20. Fernandez HH, Trieschmann ME, Burke MA, a. o. Long-term outcome of quetiapine use for psychosis among Parkinsonian patients. Mov Disord. 2003 May; 18(5): 510-4.
21. Findling RL. Use of quetiapine in children and adolescents // J Clin Psychiatry. 2002; 63 Suppl 13: 27-31
22. Gimenez-Roldan S, Navarro E, Mateo D. Effects of quetiapine at low doses on psychosis motor disability and stress of the caregiver in patients with Parkinson's disease // Rev Neurol. 2003 Mar 1-15; 36(5): 401-4.
23. Good KP, Kiss I, Buiteman C, a. o. Improvement in cognitive functioning in patients with first-episode psychosis during treatment with quetiapine: an interim analysis // J Psychiatry Suppl. 2002 Sep; 43: 45-9
24. Hamner M. The effects of atypical antipsychotics on serum prolactin levels // Ann Clin Psychiatry. 2002 Sep; 14(3): 163-73.
25. Harrigan EP, Miceli JJ, Anziano R, a. o. A Randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition // J Clin Psychopharmacol. 2004 Feb; 24(1): 62-9.
26. Hayden F. Long-term remission of schizophrenia in an adolescent treated with quetiapine // J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001 Fall; 11(3): 289-93
27. Hilger E, Barnas C, Kasper S. Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder // World J Biol Psychiatry. 2003 Jan; 4(1): 42-4.
28. Juhl GA, Benitez JG, McFarland S. Acute quetiapine overdose in an eleven-year-old girl // Vet Hum Toxicol. 2002 Jun; 44(3): 163-4
29. Kaneda Y, Ohmori T. Effects of quetiapine on gonadal axis hormones in male patients with schizophrenia: a preliminary, open study // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2003 Aug; 27(5): 875-8.
30. Kasper S, Stamenkovic M, Letmaier M, Schreinzer D. // Int Clin Psychopharmacol. 2002 Aug; 17 Suppl 3: S1-10.
31. Kennedy SH, Lam RW. Enhancing outcomes in the management of treatment resistant depression: a fo-

cus on atypical antipsychotics // *Bipolar Disord.* 2003; 5 Suppl 2: 36-47.

32. Kim KY, Bader GM, Kotlyar V, Gropper D. Treatment of delirium in older adults with quetiapine // *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2003 Mar; 16(1): 29-31.

33. Knegtering R, Castelein S, Bous H, a. o. A randomized open-label study of the impact of quetiapine versus risperidone on sexual functioning // *J Clin Psychopharmacol.* 2004 Feb; 24(1): 56-61.

34. Kodama R, Morita S, Miwa H, Kondo T. Three patients with Parkinson's disease whose therapeutic levels were successfully improved after administration of quetiapine for suppression of psychosis // *No To Shinkei.* 2003 May; 55(5): 413-7.

35. Koponen H, Larmo I. Reversal of antipsychotic-induced weight gain during quetiapine treatment // *Int Clin Psychopharmacol.* 2003 Nov; 18(6): 355-6.

36. Matur Z, Ucock A. Quetiapine treatment in a patient with Tourette's syndrome, obsessive-compulsive disorder and drug-induced mania // *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2003; 40(2): 150-2.

37. McConville B, Carrero L, Sweitzer D, a. o. Long-term safety, tolerability, and clinical efficacy of quetiapine in adolescents: an open-label extension trial // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003 Spring; 13(1): 75-82.

38. McIntyre RS, Trakas K, Lin D, a. o. Risk of weight gain associated with antipsychotic treatment: results from the Canadian National Outcomes Measurement Study in Schizophrenia // *Can J Psychiatry.* 2003 Nov; 48(10): 689-94.

39. Mohr N, Vythilingum B, Emsley RA, Stein DJ. Quetiapine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder // *Int Clin Psychopharmacol.* 2002 Jan; 17(1): 37-40.

40. Motsinger CD, Perron GA, Lacy TJ. Use of atypical antipsychotic drugs in patients with dementia // *Am Fam Physician.* 2003 Jun 1; 67(11): 2335-40.

41. Mukaddes NM, Abali O. Quetiapine treatment of children and adolescents with Tourette's disorder // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003 Fall; 13(3): 295-9.

42. Pae CU, Lee KU, Kim JJ, a. o. Switching to quetiapine in patients with acute mania who were intolerant to risperidone // *Hum Psychopharmacol.* 2004 Jan; 19(1): 47-51.

43. Parraga MI, Woodward RL, Fenning PA. Quetiapine treatment of children with Tourette's syndrome // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2001 Summer; 11(2): 187-91

44. Saller и Salama (цит. [3])

45. Shaw JA, Lewis JE, Pascal S, a. o. A study of quetiapine: efficacy and tolerability in psychotic adolescents // *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2001 Winter; 11(4).

46. Sevincok L, Topuz A. Lack of efficacy of low doses of quetiapine addition in refractory obsessive-compulsive disorder // *J Clin Psychopharmacol.* 2003 Oct; 23(5): 448-50.

47. Velligan DI, Prihoda TJ, Sui D, a. o. The effectiveness of quetiapine versus conventional antipsychotics in improving cognitive and functional outcomes in standard treatment settings // *J Clin Psychiatry.* 2003 May; 64(5): 524-31

48. Walker C, Thomas J, Allen TS. Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine // *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2003 Oct; 47(5): 556-67.

49. Weisman RL. Quetiapine in the successful treatment of schizophrenia with comorbid alcohol and drug dependence: a case report // *Int J Psychiatry Med.* 2003; 33(1): 85-9.

50. Wijnen HH, van der Heijden FM, van Schendel FM, Tuinier S, Verhoeven WM. Quetiapine in the elderly with parkinsonism and psychosis // *Eur Psychiatry.* 2003 Nov; 18(7): 372-3.

51. Takahashi H, Yoshida K, Sugita T, Higuchi H, Shimizu T. Quetiapine treatment of psychotic symptoms and aggressive behavior in patients with dementia with Lewy bodies: a case series // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2003 May; 27(3): 549-53.

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ

Е. О. СМIRНОВОЙ, Л. Н. ГАЛИГУЗОВОЙ, Т. В. ЕРМОЛОВОЙ, С. Ю. МЕЩЕРЯКОВОЙ
«ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ».
 – М.: МГППУ, 2002.

Рецензируемая книга представляет собой методическое пособие для практических психологов. Авторы – высококвалифицированные специалисты психологи (доктор и три кандидата психологических наук), совмещающие в своей деятельности исследовательский научный подход и сугубо практическую направленность работы. Каждая из авторов известна в психологическом сообществе как ученый, последовательно реализующий интерес к тематике раннего и дошкольного детства в течение ряда лет.

Пособие построено удобно для пользователя всех уровней – студента-психолога, практикующего специалиста возрастного психолога, специалистов-смежников (врачей и педагогов) и даже для родителей. В каждой его части есть небольшое теоретическое введение с основными характеристиками данного возрастного периода (новообразования, тип ведущей деятельности и т. д.), и только потом подробно излагается методика диагностики со всеми необходимыми компонентами (направленность диагностики, описание диагностических ситуаций, карта обследования и подробные шкалы для оценки). Всего выделено четыре возрастных периода, которым посвящены соответствующие разделы пособия (младенческий возраст разделен на первое и второе полугодия жизни, а ранний возраст – на второй и третий год жизни ребенка).

Авторы убедительно обосновывают свой возрастной выбор и его периодизацию, опираясь на классические работы отечественных психологов Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, М. И. Лисиной. В последние годы в научно-методической литературе встречается не так много изданий, где бы столь подробно и последовательно описывалась работа по диагностике психического развития детей от рождения до 3 лет; данное издание очень квалифицированно восполняет потребность в такой литературе. Самое удивительное в этом пособии – убежденность авторов в существовании нормального, обычного, здорового типа психического развития ребенка.

Проводимая диагностика может выявить и отклонения, и «нормативно» протекающее психическое развитие ребенка как в отношении развития деятельности общения, так и в отношении развития познавательной деятельности. Сами названия соответствующих разделов пособия позволяют специалистам квалифицированно и точно ориентироваться в параметрах диагностики психического развития в разные возрастные периоды. Например, для первого полугодия жизни важной, наряду с типом общения ребенка с взрослым, является диагностика познавательной активности ребенка, тогда как для второго полугодия – это уже диагностика предметно-манипулятивной деятельности. Появление речи (третий год жизни) требует диагностики развития общения и речи, что также отражено в пособии.

Все разделы пособия выстроены единообразно: небольшое теоретическое введение, описание мишеней диагностики, специфики процедурных вопросов, протокола регистрации параметров обследования, в конце всегда приводится образец написания заключения специалиста по материалам работы (иногда с иллюстрацией – примером обследования конкретного ребенка). Авторы справедливо считают, что данные заключения могут использовать в своей работе все заинтересованные в такой оценке специалисты – и педиатры, и педагоги. Для полновесной роли данного заключения необходимо, чтобы используемая авторами балльная шкала оценок стала более популярной среди множества оценочных шкал разных специалистов.

Можно с удовлетворением констатировать появление нового, удобного для работы, четко и понятно написанного методического пособия по диагностической оценке психического развития детей в возрасте от 0 до 3 лет, которое, безусловно, найдет своих читателей и благодарных пользователей среди специалистов.

Н. В. Зверева

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ

Е. О. СМIRНОВОЙ И В. М. ХОЛМОГОРОВОЙ
«МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ. ДИАГНОСТИКА, ПРОБЛЕМЫ, КОРРЕКЦИЯ». – М.: ГУМАНИТАРНЫЙ ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР «ВЛАДОС», 2003.

Рецензируемая книга издана в серии «Психология для всех», адресована в первую очередь практическим психологам, но привлечет внимание и других специалистов (дошкольных педагогов, воспитателей и методистов), родителей и студентов, обучающихся любой специальности, связанной с работой с детьми дошкольного возраста. Издание представляет собой методическое пособие для практических психологов. Авторы ставят перед собой задачу – дать теоретические и практические ориентиры всем, кто

работает с детьми дошкольного возраста, в такой сложной для анализа области как межличностные отношения. Теоретические ориентиры даны прежде всего во введении, а практические преимущественно в остальных разделах пособия.

Книга состоит из трех достаточно самостоятельных частей, примерно равных по объему, название каждой из которых обозначено в подзаголовке. В первой части «Диагностика межличностных отношений дошкольников» читатель имеет возможность ознакомиться с различными методами работы: социометрия, наблюдение, метод проблемных ситуаций, экспериментальное исследование, применение готовых тестов. Авторы справедливо полагают, что использование всего блока предложенных средств диагностики поможет выявлению «проблемных» с точки зрения становления межличностных отношений детей, определению дальнейших мишеней коррекционной и воспитательной работы. В пособии приводятся как авторские варианты известных методических приемов – например, социометрия в группе детского сада, новые экспериментальные и рисуночные методики («Картинки» и т. п.), так и уже давно зарекомендовавшие себя в этой области методики, направленные на изучение отношения детей к родителям и сверстникам: тест Рене Жиля, тест Розенцвейга, САТ. Методики даны в подробном изложении, сопровождаются необходимыми материалами по процедуре проведения, оценке, в приложении к пособию дан также стимульный материал. В известной мере это издание дополняет и продолжает предыдущее пособие, выпущенное авторским коллективом во главе с Е. О. Смирновой¹⁰. Завершается данная часть методическими рекомендациями по проведению диагностики межличностных отношений, а также списком вопросов и заданий, которые могут быть использованы в учебном процессе.

Вторая часть пособия «Проблемные формы межличностных отношений дошкольников» представляет собой набор характеристик различных форм возрастных вариантов межличностных отношений у дошкольников и их особых типов. Авторы одновременно описывают нормативные варианты развития межличностного общения дошкольников и подробно анализируют отклоняющиеся или заостренные формы. К сожалению, в этой очень интересной части книги не всегда выдержана единая логика изложения. Проблемность включает в себя совершенно различные характеристики: от более или менее акцентированной личностной черты или особенности характера (агрессивность, застенчивость и др.), до социальных условий развития ребенка (дети без семьи и т. п.). Возможно, более рафинированный анализ будет предложен авторами в их следующей совместной работе по этой теме. Так же как и в первой части, в конце имеются квалифицированные вопросы и задания для обучающихся.

Третья часть пособия «Система игр, направленных на формирование доброжелательного отношения у дошкольников» посвящена изложению коррекционно-развивающей программы воспитания межличностных отношений в дошкольном возрасте. Здесь подробно представлены методические принципы педагогической и коррекционной работы по формированию взаимоотношений и развитию самооценки в дошкольном возрасте, а также основные методические средства (разнообразные игры). Эта часть пособия со всей очевидностью также будет востребована специалистами-практиками. Наиболее интересными, наряду с собственно описанием коррекционно-развивающих игр, являются обоснование выделенных 7 этапов работы (общение без слов; внимание к другому; согласованность действий, общие переживания; взаимопомощь в игре; добрые слова и пожелания; помощь в совместной деятельности), а также методические рекомендации по проведению игр. Формат методического пособия не позволяет авторам более подробно остановиться на результатах собственной как экспериментально-психологической, так и коррекционной развивающей работы, качественно и количественно подтвердив ее диагностическую значимость и коррекционную эффективность. Остается довериться в этом отношении авторам, весьма искушенным в научно-исследовательской деятельности.

Настоящее пособие может быть рекомендовано широкому кругу читателей как новое издание, содержащее краткий теоретический анализ и достойное методическое обеспечение сравнительно малоизученной области детской психологии – межличностных отношений в дошкольном возрасте.

Н. В. Зверева

¹⁰ Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. – М.: МГППУ, 2002.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 19 февраля 2004 г. на кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования. Присутствовали 67 человек (курсанты кафедры, психологи, психиатры, коррекционные педагоги, студенты Московского городского психолого-педагогического университета) из Москвы, Подмосковья, Санкт-Петербурга, Томска, Омска, Тюмени.

Ведет консилиум кандидат медицинских наук А. А. Северный.

История болезни представлена В. В. Красиной, врачом 22 (подросткового, санаторного) отделения Московской городской клинической психиатрической больницы № 15.

Больной X, 17 лет, ученик 11 класса школы «Ковчег».

Стационарирован в 22 отд. Московской городской клинической психиатрической больницы № 15 для прохождения военно-медицинской экспертизы с основными жалобами на энурез и энкопрез.

Наследственность

Линия отца.

Дед всегда отличался «крутым» характером, был властным, резким, жестким человеком, в последние годы жизни злоупотреблял алкоголем, умер в 70 лет от инфаркта миокарда.

Бабка - эмоциональная, заботливая, целеустремленная, с детства страдала энурезом и заикалась, всегда была многоречивой, с приподнятым настроением.

Отец, 49 лет, образование среднее специальное, работает главным инженером в медико-санитарной части, по характеру спокойный, уравновешенный, заботливый, в последнее время иногда бывает вспыльчивым.

Линия матери

Дед, 72 лет, коммуникабельный, уравновешенный, доброжелательный, страдает бронхиальной астмой (после опоясывающего лишая).

Бабка, 73 лет, страдает гипертонией, всегда была склонна к фантазированию; тревожная, мнительная, очень эмоциональная, «сильно переживает за всех».

Мать, 47 лет, образование высшее, работает переводчиком на фирме. Эмоциональная, тревожная, боязливая, компаниям предпочитает уединение. Во время беседы часто плачет, обвиняет себя в заболевании сына, интересуется прогнозом, боится, что из-за болезни сын «будет страдать бесплодием».

Проживают втроем – наш подросток с родителями. Отношения в семье теплые, спокойные. Мальчик больше привязан к матери, достаточно откровенен с ней. Мать говорит, что ей «очень повезло с сыном», характеризует его ласковым, внимательным, любящим, сопереживающим, а также ранимым, чувствительным. С отцом отношения также доверительные, спокойные. Сам подросток характеризует отца как понимающего, внимательного, оказывающего поддержку, готового в любой момент прийти на помощь. Отец активно интересуется жизнью мальчика, помогает ему; «когда устает на работе, может вспылить, но быстро отходит».

Анамнез (сводный).

Подросток от 2 беременности (первая беременность закончилась медицинским абортом). Беременность поздняя, в 30 лет, протекала с легким токсикозом первой половины. Роды в срок, без патологии. Родился с массой 3.150 г, ростом 51 см. Закричал сразу. Из роддома выписаны на 5 сутки. В первые несколько месяцев часто плакал, в дальнейшем рос спокойным, хорошо ел и спал. Психомоторное развитие с некоторым опережением: встал в 6 мес., пошел – в 8,5 мес., первые слова - к году, фразовая речь – к двум годам. Из заболеваний перенес: краснуху в 11 лет, иерсиниоз в 13 лет, частые ОРВИ, ангины, бронхиты. С раннего возраста от любых соков возникала аллергическая сыпь. Когда мальчику было 8 мес., впервые выявлен функциональный систолический шум.

В 1 год перенес тяжелую ОРВИ с кишечным синдромом (частый пенистый жидкий стул, рвота) и ложным крупом, был стационарирован в Русаковскую больницу. Матери в госпитализации вместе с сыном было отказано (мать до сих пор обвиняет себя в том, что «оставила ребенка одного в больнице»). Мать отмечает, что «забрала из больницы совершенно другого ребенка». Мальчик изменился в поведении: стал нервным, боязливым, возбудимым, перестал проситься на горшок. В течение последующего года засыпал только на руках у матери, при попытке переложить его в кроватку просыпался, плакал и «цеплялся» за мать. Во сне часто кричал (не просыпаясь), мать подходила к нему, гладила его по голове, утешала, и мальчик успокаивался. Тогда же отмечались сновидения. Наблюдался невропатологом по поводу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, принимал успокоительные микстуры, пипольфен. После болезни стал плохо ходить, «заваливался» в правую сторону; по консультации невропатолога, данных за гемипарез нет. С раннего детства на фоне высокой температуры отмечались рвоты с «судорогами» (в течение нескольких минут возникало мышечное напряжение, «замирал», но сознания при этом не терял, непроизвольных мочеиспускания и дефекации не отмечалось). Рвота при высокой температуре

отмечается до настоящего времени. С 2,5 лет страдает энурезом, который носил раньше постоянный характер, наблюдался и в ночное, и в дневное время. Со слов матери и подростка, в последние два года энуреза может не быть 1-3 месяца, но в дальнейшем, как правило, после эмоционального или физического перенапряжения энурез беспокоит до 3 раз в неделю, преимущественно ночью. В связи с этим консультирован психиатром впервые в 1990 г. (4 года ребенку), даны рекомендации (формулы внушения, тренировка сфинктера), но положительного эффекта при соблюдении этих правил не отмечалось.

Детский сад посещал с 3 лет, ходил «с обреченностью», без особого интереса. Однако достаточно легко адаптировался в коллективе, общался со сверстниками. Рос «очень серьезным», вдумчивым, тревожным. С детства отмечались страхи темноты, одиночества, высоты (последний не исчез до настоящего времени). Временами становился чрезмерно подвижным, непоседливым, «бегал и скакал по квартире». В 6 лет, когда находился в гостях у бабушки по л/м, стал прыгать на диване, размахивать руками и во время «своей игры» задел большие часы, висящие на стене, которые упали и ударили мальчика по спине и голове. Обращались за помощью в травмопункт. Данных за сотрясение не было, однако сам мальчик помнит, что на короткое время потерял сознание, в дальнейшем отмечались тошнота и головокружение. Мать и бабушка подробностей не помнят. С 6 лет (после травмы) стали возникать приступы «дурноты» – сильная головная боль и тошнота, во время таких эпизодов становится раздражительным, избегает шума, просит «отставить его в покое», говорит «сквозь зубы», может резко ответить и даже наругать. Стал восприимчивым к перепадам атмосферного давления, плохо переносит поездки в транспорте. Тогда же стал отмечаться энкопрез, ежедневно, с полным опорожнением кишечника. Со слов матери, мальчик якобы не замечал этого, поэтому ему приходилось указывать на то, что от него «плохо пахнет», просить сменить белье. Сам ребенок относился к происходящему не критично, улыбался, говорил, что «ничего не произошло», но в дальнейшем выполнял просьбы матери. По поводу энуреза и энкопреза неоднократно обращались к педиатрам, невропатологам, проходили курс лечения в стационарах, обращались за помощью в Центр китайской медицины, без положительного эффекта.

По данным медицинской документации: в феврале 1993 г. (7 лет) проходил лечение в отделении функциональной патологии Института педиатрии РАМН с диагнозом «хронические запоры, вторичное недержание кала, недержание мочи»; в апреле 1993 г. находился на лечении в ДКБ № 13 с диагнозом «миелодисплазия, недержание мочи и кала, неадаптированный гипертрофированный мочевой пузырь, гипотония наружного сфинктера уретры», получал физиотерапию, ЛФК, массаж передней брюшной стенки; в октябре 1998 г. осмотрен невропатологом в Федеральном НИИ медицинских проблем формирования здоровья, диагноз «церебрастенический синдром, ВСД с ангиоспазмами (кризовое течение), остеохондропатия, миелопатия как следствие нейроинфекции (?) в годовалом возрасте, дневное и ночное недержание мочи (тяжелое течение), энкопрез», рекомендован прием фенибута, сонапакса, мелипрамина, витаминов и дегидратационная терапия. В 2001 г. (15 лет) в ходе диспансеризации обнаружено продольно-поперечное плоскостопие III степени обеих стоп, остеохондропатия T12–L2, правосторонний грудно-поясничный сколиоз.

В школу пошел с 7 лет. До 5 класса учился хорошо, уверенно держался с одноклассниками, был веселым, говорливым, коммуникабельным, с завышенной самооценкой. Мать отмечает, что ребенок хорошо себя чувствовал среди сверстников только потому, что у некоторых ребят также отмечались явления энуреза. В 5 классе перешел в параллельный класс. Здесь со сверстниками отношения не сложились, т. к. они подсмеивались над тем, что у мальчика во время уроков отмечался энурез и энкопрез. С 5 класса (11 лет) стали отмечаться колебания настроения. Часто возникали кратковременные эпизоды (1-2 дня) пониженного настроения, когда школу посещал без желания («потому так надо»), на уроках был рассеян, невнимателен, погружен в свои переживания. Стал замыкаться, с родными был малооткровенен, отмалчивался, «зачитывался» книгами в стиле «фэнтези». Старался самостоятельно справиться с проблемами, урегулировать отношения со сверстниками, шел первым на примирение. Иногда подростку удавалось на время наладить отношения со одноклассниками, тогда «настроение становилось хорошим», но когда с их стороны снова повторялись насмешки, «настроение портилось». Становился ранимым, обидчивым, боялся, что его снова могут обидеть, старался этого не допускать. Кроме того, со слов подростка, одна учительница не отпускала его с уроков в туалет, мальчику приходилось сдерживать позывы на дефекацию, что не всегда удавалось, и периодически возникал энкопрез с полным опорожнением кишечника. Успеваемость снижалась, начал прогуливать школу, из-за прогулов имел много «2». Учитывая способности мальчика в прошлом, некоторые преподаватели шли навстречу, разрешали по несколько раз пересдавать предметы. С одноклассниками часто конфликтовал, дрался. Сам мальчик говорит, что «терпел обиды до последнего», и только когда «терпению приходил конец», вступал в драку. Так продолжалось до конца 6 класса. Родителям о своих проблемах старался не сообщать, однако, когда они стали замечать, что с сыном «что-то происходит», рассказал, что его «периодически плохое настроение» и плохая успеваемость связаны с непониманием со стороны одноклассников и преподавателей, постоянными издевками. В этой

школе окончил 6 классов, с 7 по 9 классы обучался в другой школе в связи с возникшими трудностями в коллективе. Там также «терпел» обиды и насмешки со стороны сверстников. Однако в классе познакомился с 2 мальчиками, с которыми сложились приятельские отношения, поэтому «было не так тяжело». С учителями отношения были неоднозначными – полагал, что они к нему предвзято относятся, занижают оценки, особенно директор, потому что «родители не дали ей взятку». Со слов родителей, мальчик учился хорошо только по тем предметам, которые были ему интересны (литература, русский, английский языки и особенно информатика), точные науки давались хуже. Продолжал читать фантастику, перечитал все имеющиеся в домашней библиотеке книги этого направления. За 3 месяца до окончания 9 класса «без особой на то причины» резко снизилось настроение, был подавлен, «ничего не мог делать», жаловался матери на плохое самочувствие, часто анализировал свою жизнь, пытался разобраться, «почему именно у него проблемы с одноклассниками», не мог воспринимать информацию, говорил, что «ничего не понимает». Мать успокаивала сына, просила «потерпеть еще немного», мотивируя это тем, что необходимо получить хотя бы неполное среднее образование, чтобы в дальнейшем работать.

Окончил 9 классов, летом чувствовал себя удовлетворительно, отдыхал с родителями, настроение было хорошим. Осенью поступил на платный факультет в техникум по специализации «информатика». Мать решила записать мальчика на платный факультет, полагая, что «там меньше будут придираются». В техникуме первые полгода успевал удовлетворительно, с некоторыми ребятами имел поверхностные приятельские отношения. Зимой 2002 г. (16 лет мальчику) настроение снизилось, стал испытывать «резкий упадок сил», «леность», не хотел ничего делать, отмечался плохой сон. Стал прогуливать занятия. В течение месяца не появлялся в техникуме; говоря родителям, что едет на учебу, возвращался домой и играл на компьютере. За неуспеваемость (связанную с прогулами) был отчислен. Сам подросток говорит, что самостоятельно ушел из техникума, когда узнал, что родители платят за его обучение «очень большую сумму денег». С 10 класса обучается в школе «Ковчег», успевает хорошо, ладит со сверстниками. Появились друзья, с которыми достаточно откровенен, делится некоторыми переживаниями личного характера.

В КПБ № 15 направлен на экспертизу районным военкоматом.

Характеристика из школы «Ковчег»: ведет себя очень активно, берется за много дел сразу, однако длительно и систематически выполнять общественные нагрузки не способен. Учителя отмечают отсутствие навыка к систематической работе, мальчик предпочитает заниматься тем, что ему интересно, избегая волевых усилий. Начиная с энтузиазмом работать, быстро теряет интерес к предмету. При психологическом обследовании обнаруживается выраженная психическая истощаемость гиперстенического типа, повышенная отвлекаемость и неустойчивость внимания, нарушение его концентрации. При мнестико-интеллектуальной сохранности можно отметить общее снижение продуктивности, субъективизм мышления, некоторую его расплывчатость. Эмоционально-личностная сфера характеризуется повышенной активностью, определенным инфантилизмом, раздражительностью, склонностью к протестным реакциям, снижением контроля за поведением и эмоциями. В аффекте возможны непродуманные импульсивные действия деструктивного характера. Если при поступлении в нашу школу фиксировался значительный уровень невротизации и социальной дизадаптации, то через полгода в условиях личностно-ориентированного обучения и доброжелательной атмосферы в классе отмечается определенная положительная динамика».

Результаты обследования:

Соматический статус: невысокого роста, пониженного питания, кожные покровы и слизистые бледноватые, чистые, периферические лимфоузлы не увеличены, по внутренним органам – без особенностей.

Заключение терапевта: вегетососудистая дистония, дискинезия желчевыводящих путей.

Неврологический статус: зрачки равномерные, фотореакции удовлетворительные, лицо при оскале симметрично, язык по средней линии, рефлекторно-двигательная сфера без патологии. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальных знаков нет. Чувствительность не нарушена.

Заключение невропатолога: последствия перинатальной энцефалопатии, нейроинфекции, церебрально-стенический, неврозоподобный синдром, фебрильный судорожный синдром в анамнезе.

Данные обследований: без патологии

ЭКГ: Ритм синусовый. Нарушение в/желудочковой проводимости. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭЭГ (КПБ № 15): на фоновой ЭЭГ умеренно дезорганизованные устойчивые ритмы, преимущественно альфа- и меньше бета-диапазона, форма волн слегка заостренная. Зональные различия четкие. На 5-минутной гипервентиляции в центрально-передних и затылочных отделах редкие вспышки одиночных нечетких эпилептиформных знаков в виде билатерально синхронных заостренных тета-волн, нечетких комплексов амплитудой 100-120 мкВ.

По ЭЭГ-данным имеются изменения по дезорганизованному типу с легким ирритативным оттенком и признаками негрубого снижения порога пароксизмальной готовности головного мозга посттравматиче-

ского генеза.

ЭЭГ (кандидат мед. наук В. В. Грачев): ЭЭГ несколько синхронизирована. В затылочных отведениях регистрируется регулярный, хорошо организованный альфа-ритм, в структуре которого резко преобладают колебания частотой 9,5-10 Гц. Вершины альфа-волн заострены, колебания альфа-ритма часто распространяются на теменные отведения. Периоды альфа-ритма перемежаются небольшим количеством медленных волн, не превышающих по амплитуде основную активность, и непродолжительными фрагментами низкоамплитудной поличастотной активности. Низкоамплитудные медленные волны в незначительном количестве регистрируются во всех отведениях. Индекс колебаний бета-диапазона существенно не увеличен. В течение записи в лобно-центральных и теменных отведениях отмечаются частые билатеральные вспышки альфа-подобных колебаний (частотой 10 Гц) и тета-волн. Амплитудный максимум этих вспышек приходится на лобные отведения. Прерывистая фотостимуляция существенно не меняет картину ЭЭГ, можно отметить лишь некоторую десинхронизацию, более выраженную на низких частотах стимуляции. Гипервентиляционная проба приводит к легкому нарастанию индекса медленных волн, значительно усиливаются также отмеченные в фоновой записи вспышки альфа-подобных и тета-колебаний. Более отчетливым становится их акцент в лобных отведениях. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняются вызванные гипервентиляцией изменения.

Заключение: на фоне некоторого снижения тонуса функциональной активности коры головного мозга (в первую очередь лобных долей) выявляются признаки достаточно выраженной ирритации подкорковых и диэнцефальных структур. Изменения по органическому типу не выражены, эпилептической активности не зарегистрировано.

Заключение психолога 22 отд. КПБ № 15: в исследовании обнаруживаются признаки органического симптомокомплекса в виде некоторой неравномерности умственных достижений, связанной с эпизодической утерей целенаправленности мыслительной деятельности, снижение продуктивности и качества выполнения заданий в условиях регламентированной деятельности, а также трудности распределения внимания и сужение его объема у подростка с чертами лабильности, недостаточным контролем над аффективной сферой с тенденцией к протестным реакциям, а также акцентированностью тревожно-сензитивных черт и признаками инфантильности личностных проявлений.

Психический статус.

Ориентирован правильно. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Носит длинные до плеч волосы. Бледный, пониженного питания, выглядит моложе своего возраста. В контакт вступает охотно, беседует оживленно, говорлив, активно жестикулирует, эмоциональные реакции яркие, адекватные ситуации. Отвечает подробно, обстоятельно, часто приводит в пример какую-либо ситуацию из жизни, несколько приукрашивает высказывания. В разных беседах по-разному описывает свое состояние. Внушаем, зачастую присваивает себе те ощущения, которых не было. Жалуется на интенсивные головные боли в височной и затылочной областях сдавливающего характера с частотой 1-2 раза в неделю, головокружения (ортостатического характера), повышенную утомляемость. В последние два года отмечает, что стал несколько раздражительным, вспыльчивым, «особенно, когда болит голова». Охотно и без особого стеснения беседует на достаточно деликатные темы – энуреза и энкопреза. Отмечает, что явления энкопреза значительно уменьшились, старается перед выходом в школу заставить себя сходить в туалет, однако 2-3 раза в неделю все же отмечается энкопрез с частичным опорожнением кишечника. Энурез в последние 2 года возникает только после эмоционально-физического напряжения и носит в основном ночной характер. «Энуреза может не быть вовсе в течение 1-3 месяцев, а потом после стресса или утомления может наблюдаться до 3 раз в неделю». На момент осмотра - настроение приподнятое, говорлив, много жестикулирует, держится свободно, уверенно, временами без чувства дистанции. Суицидальные мысли отрицает. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляется. Рассказал, что в последние два года изменился по характеру: стал более уверенным в себе, общительным, легче стало контактировать со сверстниками, связывает это с благоприятной и доброжелательной обстановкой в школе, где обучается с 10 класса. До 9 класса был «забитым», боязливым, тревожным, необщительным. Связывает это с тем, что «очень комплексовал по поводу своих проблем». По окончании школы планирует поступать на факультет информатики в МГППУ, т. к. «у школы имеется договоренность с этим ВУЗом». Свободное время проводит за компьютером, чтением литературы в стиле «фэнтези». Раньше был участником ролевых игр. Имеет друзей старше своего возраста. Отмечает, что ему с ними интересней, чем со сверстниками, «есть о чем поговорить». С большей частью друзей познакомился в интернете, где проводит достаточно много времени. Однако все же предпочитает общение «в реале», поэтому часто встречается с ними.

В отделении адаптировался легко, охотно общается с подростками, контакты носят поверхностный характер. Держится с ребятами раскованно, но на расстоянии. В беседе с врачом достаточно откровенен, не держит дистанции. Речь засорена словами-паразитами и слэнговыми выражениями, иногда позволяет

себе употребление нецензурных выражений. Неусидчив, постоянно что-то теребит в руках – блокнот, плеер, ручку. Критика к состоянию снижена. На беседу приходит с плеером, разговаривает, не снимая наушников. В отделении постоянно слушает плеер. Придает большое значение музыке в своей жизни, говорит, что с ее помощью он «поднимает» себе настроение и некомфортно чувствует себя без плеера. С утра жалуется на головную боль, слабость, вял. Во второй половине дня становится более активным, подвижным. К вечеру начинает жаловаться на скуку – «настроение никакое», тяготеет обстановкой стационара. Интересуется сроками военной экспертизы, назойлив с вопросом о выписке, раздражается, когда ответ его не удовлетворяет. Рассказал, что не хочет служить в армии, потому что является «пацифистом», не может стрелять в людей. Говорит, что когда в его жизни возникают конфликтные ситуации, старается урегулировать их мирным путем, а если не получается, то «лучше убежать и не вступать в драку, потому что боится драться». Испытывает трудности при засыпании, подолгу не может заснуть. После ЭЭГ стал жаловаться на резкую слабость, головокружение.

В первое время энуреза не отмечалось. В дальнейшем подросток рассказал, что не может заснуть, потому что «караулит свой энурез», т. к. стесняется проснуться «мокрым», «будет стыдно перед ребятами». В дальнейшем отмечались однократно ночной энурез и один раз дневной энкопрез (по записям мед. персонала).

Вопросы к лечащему врачу:

А. А. Северный: Можно ли сказать, что у больного никогда не было полностью сформированных навыков опрятности?

В. В. Красавина: Нет, никогда не было. До года, правда, кряхтел перед актом дефекации.

Кандидат мед. наук Л. Ю. Данилова: Еще раз хотелось бы услышать о динамике энуреза и энкопреза.

В. В. Красавина: Энурез днем и ночью отмечался с 1 года до 15 лет. В последние 2 года энурез наблюдается только ночью. Энкопрез – с 6-летнего возраста, но в последние 2 года старается вызвать дефекацию утром, чтобы избежать энкопреза вне дома. Страдает запорами. Если днем чувствует позыв к дефекации, не может удержаться. Сезонных колебаний в проявлениях энуреза и энкопреза не отмечается.

Доктор мед. наук А. В. Горюнова: Как мальчик учился?

В. В. Красавина: До 5 класса – на «4» и «5». После появлений колебаний настроения, успеваемость значительно снизилась.

Профессор Ю. С. Шевченко: Был ли у мальчика дневной энурез?

В. В. Красавина: Нет, только ночной.

Л. Ю. Данилова: Что было расценено как «нейроинфекция»?

В. В. Красавина: В возрасте 1 года попал в больницу с жидким стулом и ложным крупом. В последующем это заболевание расценивали как подозрительное на нейроинфекцию.

Кандидат психол. наук М. М. Семаго: Подросток левша или правша? Каковы отношения в семье больного?

В. В. Красавина: Правша. Судя по нашим наблюдениям, семейные отношения достаточно гармоничные, мягкие, без разногласий.

Психический статус подростка при осмотре.

Высокого роста, пониженного питания, очень бледен, выглядит моложе своего паспортного возраста. В начале беседы держится настороженно, отвечает лаконично, но в процессе консультации становится все более оживленным, говорливым, многословным, все более яркими, выразительными, театральными становятся мимика и жестикуляция. Речь избилует штампами. Мышление – с выраженными признаками резонерства. Часто дает противоречивые или даже взаимоисключающие характеристики. Основной жалобой считает головную боль, которая появляется из-за умственной или физической перегрузки или «ниоткуда». При чрезмерной нагрузке появляется острая пульсирующая головная боль в лобной и височной частях головы; головная боль без причины всегда бывает распирающей и захватывает лоб. Головные боли всегда также сопровождают плохое настроение. Настроение в течение дня бывает разное: утром и вечером – плохое, днем – приподнятое, иногда веселое и беззаботное. Утром и вечером настроение плохое по-разному: утром – раздраженно-недовольное и одновременно подавленное, а вечером – безразличное и иногда агрессивное. Впрочем, он старается поднять свое настроение искусственно с помощью музыки (хлопает по плееру, который висит у него на шее), и это удается. Считает, что со времени начала его учебы в «Ковчеге» «нашел свое место в жизни». Учится хорошо, на «4» и «5», собирается поступать в институт на факультет информационных технологий. Уверен в поступлении. Между тем работоспособность неровная, непостоянная. В начале занятий «никак не раскататься», а в конце становится сонным и малопродуктивным. Достаточно продуктивным может быть только один час, потом нужно переключиться на что-то «умственное» – фильм или книжку, но переход от этих занятий к учебе всегда связан с трудностями переключения. Кроме трудностей переключения, отмечает неусидчивость, сложности концентрации внимания. Охотно, подробно рассказывает о болезненных ощущениях в ногах, связан-

ных не только с плоскостопием, но и с повышенной чувствительностью больших мышц, которой его «наградила бабушка», - если задевает их чем-нибудь, то испытывает сильную точечную боль. Испытывает усталость ног при беге, что не дает ему возможности кататься на коньках и заниматься скалолазанием – через 3 секунды начинают сильно болеть ноги. Между тем ему сказали врачи, что бегать ему запрещено в связи с повышенным внутричерепным давлением. Практически не двигается грудной отдел позвоночника, что связано с падением на него больших часов в детском возрасте. Считает, что «выбит 5-й позвонок»; сам посчитал и нащупал, что этот позвонок смещен относительно других позвонков. Думает, что был затронут спинной мозг, в нем что-то защемило, и теперь от этого болит поясница и чрезмерно подвижными стали плечевые суставы. Охотно, даже с некоторой бравадой показывает на себе «смещенный» позвонок и демонстрирует повышенную подвижность плечевых суставов. Эти мысли пришли к нему, когда сам увидел рентгеновские снимки позвоночника. Конечно, одной из его проблем остаются энурез и энкопрез. О них хотя и говорит откровенно, без всякого смущения, но не делает на них основного акцента. С энурезом он почти справился, он возникает ночью только при больших эмоциональных перегрузках, в основном при смене коллектива, и тогда он спит слишком глубоко – «невозможно разбудить». Для того чтобы избежать энкопреза, приходится соблюдать особый режим утреннего опорожнения кишечника, и все же бывает, что не может успеть. Раньше вообще не мог удержать акта дефекации и совсем не чувствовал позыва. Специальной диеты никогда не соблюдал и не соблюдает. Наоборот, старается побольше есть, чтобы «набрать массу тела». Он был всегда «слишком легким человеком». Его можно было толкнуть и уронить, он не мог сопротивляться никакой агрессии, поэтому и драться не хотел, для него всегда было легче убежать.

На вопрос, здоров ли он, отвечает: «Средней здоровости»: когда болит голова, не здоров, когда не болит – здоров. Среди жалоб на свое психическое здоровье выделяет утомляемость и раздражительность, по существу не обращая внимания на энурез и энкопрез. О них говорит без стеснения, но вскользь, подчеркивая другие жалобы, в том числе трудности сосредоточения. Говорит, что мысли часто обрываются, иногда без причины – «сами», но чаще в связи с тем, что отвлекается. Иногда сами по себе в голову идут мысли неприятные, от которых невозможно избавиться: «Что со мной будет? Существует ли бог, ад, рай?». Ответы на эти вопросы неоднозначные, не может прийти к окончательному решению. При этом пытается переключиться, но нечасто выходит. «Наплывы» мыслей собственных, не чужих: «Мысли мои собственные, но мною не управляемы». 2 года назад появились мысли о смерти, они до сих пор «приходят наплывами» и вскоре уходят. Характеризует себя как «замкнутого в себе человека». В школе «Ковчег» стал более раскованным и общительным, а до того был «весь в себе».

Беседа с матерью подростка.

Во время беседы держится настороженно, напряженно, на вопросы отвечает неохотно, часто с вызовом.

А. А. Северный: Как Вы считаете, что для мальчика является проблемой в настоящий момент?

Мама: Он как личность состоялся, у него хорошее будущее, но у него остается энкопрез, а от энуреза он почти избавился.

А. А. Северный: Но у мальчика возникали из-за этого конфликты. Вы не пробовали пользоваться памперсами?

Мама: Я не считаю, что мальчику можно такое предложить, особенно в школе, где не закрываются туалеты.

А. А. Северный: Что помогало в лечении энуреза и энкопреза?

Мама: Все врачи до сих пор относились к нашим проблемам поверхностно, и только одна из врачей, которая делала уколы – блокаду, помогла. Больше, правда, к ней не обращались, поскольку я сочла, что эти методы болезненны для ребенка. К тому же пришлось больше уделять внимания мальчику из-за его проблем со сверстниками.

А. А. Северный: как Вы можете определить характер взаимоотношений с сыном?

Мама: Я считаю, что он достаточно хорошо относится к нам с отцом. Он не замкнут, но в какие-то сферы меня не пускает.

А. А. Северный: Что Вас не удовлетворяет?

Мама: Поверхностное отношение к учебе, лень.

А. А. Северный: У мальчика появились периоды сниженного настроения, а периоды слишком веселого настроения у него бывают?

Мама: Нет.

А. А. Северный: Вы считаете, что он здоров?

Мама: Да.

А. А. Северный: С чем же связано Ваше обращение к психологам, психиатрам?

Мама: С энурезом, энкопрезом. Я считаю, что их нам «сделали» по халатности в больнице, когда мальчику был 1 год. Тогда я получила «безумного» ребенка, он меня не узнавал и в течение полугода

спал только на руках. Когда я рассказала ему, как все началось, энурез у мальчика почти исчез.

А. А. Северный: Мальчик говорит, что не может сдерживать позывы. Как было раньше?

Мама: Он ходил испачканным и не замечал этого.

А. А. Северный: С какого времени Вы отметили улучшение?

Мама: 2 года назад после беседы с врачом-невропатологом он стал «присутствовать» на уроках, начал контролировать себя, старался утром опорожнить кишечник, чтобы избежать энкопреза днем. С этого времени стал замечать акт дефекации днем. До этого энкопрез по существу проходил для него незамеченным и мог возникнуть в любое время и в любом месте, где бы его ни застала необходимость дефекации: перед телевизором, на уроке, на улице.

Л. Ю. Данилова: Связаны ли энурез и энкопрез с эмоциональными переживаниями и как часто они возникают?

Мама: Не замечала связи. Энкопрез отмечается 2-3 раза в неделю, всегда дневной, а энурез, напротив, всегда ночной и стал теперь значительно более редким.

Профессор И. В. Добряков: Кто больше всего расстраивается из-за энкопреза у мальчика?

Мама: Отец. Он говорит мальчику, что надо быть взрослым и серьезным, а сын переживает отношение отца в глубине души, но грубит и стремится скрыть энкопрез.

М. М. Семаго: Пытались ли Вы применять нетрадиционные способы лечения?

Мама: Применяли препараты китайской медицины, но они не помогли.

А. А. Северный: Как мальчик выражает свой гнев?

Мама: Может закричать.

А. А. Северный: Есть ли у него компания? Знаете ли Вы: он курит, выпивает, может быть употребляет или употребляет наркотики?

Мама: Компания у него постоянная, неплохая. Он курит и не скрывает этого. В небольших количествах пьет пиво. К наркотикам относится резко отрицательно. Возможно, были и сексуальные связи, года 1,5 назад очень переживал не сложившиеся взаимоотношения с девочкой. Этот период как раз и ознаменовался определенным улучшением в отношении энуреза и энкопреза.

А. А. Северный: Как Вам кажется, Ваш сын – ребенок или взрослый?

Мама: Много еще совершает и говорит глупостей и тогда похож больше на подростка, но в основном рассудителен, как юноша. Впрочем, у него еще очень много детского.

Дискуссия.

Заключение лечащего врача В. В. Красавиной:

Настоящее психическое состояние характеризуется атипичными гипоманиакальными расстройствами, в которых наряду с идеаторным оживлением, многоречивостью, отвлекаемостью, повышенной активностью, переоценкой собственных возможностей, фантазиями отмечаются сенестопатии и ипохондрические включения, неуверенность при отсутствии субъективного осознания повышенного настроения. Кроме того, следует отметить длительно (практически всю жизнь мальчика) существующие стойкие невротоподобные проявления в виде энуреза, энкопреза, фобий (страхи темноты, высоты). Наряду с указанной симптоматикой отмечаются признаки резидуально-органической церебральной недостаточности: цефалгии напряжения, истощаемость, раздражительность. Личность с выраженными признаками психического инфантилизма, интровертированности, мнительности, эмоциональной лабильности, чертами тревожности, склонностью к реакциям протеста, отказа.

Аффективный фон на протяжении жизни претерпевал значительные изменения: до 10-11 лет был очень активен, подвижен, говорлив; с 11 лет отмечались частые периоды сниженного настроения – тоскливого или подавленного, сопровождающиеся молчаливостью, отгороженностью, трудностями сосредоточения и снижением работоспособности и успеваемости; в последние 1,5 года настроение вновь стало приподнятым. Восстановились многоречивость, снова стал более подвижен, активен, оживились влечения. Такие очерченные периоды сниженного и повышенного настроения трудно объяснить только внешними обстоятельствами, в том числе сменой школы, коллектива.

Диагноз, установленный в стационаре согласно МКБ-10 «Органическое расстройство сложного генеза; стойкий выраженный церебрастенический, невротоподобный (фобии, энурез, энкопрез), аффективный синдромы у мозаичной личности», не исчерпывает, по-видимому, всей многогранности настоящего случая. Представление настоящего клинического случая на консилиум во многом обусловлено сложностью установления диагноза. Мы просим присутствующих помочь нам в этом.

Ю. С. Шевченко: В данном случае, по-видимому, речь идет о многоосевом диагнозе – сочетании аффективной патологии, патологии личности, признаков резидуально-органического поражения ЦНС.

И. В. Добряков: Есть ли здесь невротические расстройства? В чем в данном случае заключается мозаичность?

В. В. Красавина: Энурез, энкопрез, фобии в данном случае, вероятно, можно определить как невро-

зоподобные расстройства, возникшие на резидуально-органическом фоне и не имеющие в основе психотравмирующего фактора. Во всяком случае, здесь он остается невыявленным. Мозаичность личности у мальчика состоит в интровертированности, демонстративности, тревожной мнительности, гипертимности, создающих чрезвычайно сложную личностную структуру.

А. В. Горюнова: Здесь трудно говорить о неврологической патологии. Так часто употребляемый диагноз энцефалопатии во многих случаях и в этом случае также является абсолютно безграмотным. Мне представляется, что первые симптомы возникли как реакция на стационарирование (в годовалом возрасте) и усилились благодаря неумению матери сформировать навыки опрятности. Ведущими здесь являются не неврологические, а психопатологические проблемы, возникшие у особой личности с большими сверхценными установками. Гиперподвижность плечевого сустава является патронированной, мальчик сам себя к ней привел.

Психолог С. В. Трушкина: Энкопрез поддерживается и ситуацией в школе, и семейной ситуацией. Для ребенка есть вторичная выгода от существования энкопреза: он может избежать школы и поддерживать ипохондрическую установку матери. Мать ригидна, эмоционально глуха и не может заметить, насколько мальчик инфантилен.

А. А. Северный: Ребенок до 14 лет испражнялся на людях, не стесняясь этого. Это можно объяснить только с точки зрения психологических теорий (психоаналитических, бихевиористских). Это не психопатологический механизм, а психологический. С психопатологической точки зрения, здесь можно говорить об анозогнозии, но такой выраженности анозогнозия бывает только у слабоумных. Наш пациент – не слабоумный.

Психолог Д. Ю. Кадыров: По-видимому, это объясняется тем, что у мальчика есть определенная выгода, обусловленная болезнью: она его фрустрирует на публике, но это же и позволяет уйти от ответственности, трудностей, связанных с учебой. В связи с этим возникает эмоциональный дискомфорт.

Профессор Е. О. Смирнова: Обращает на себя внимание выраженная мозаичность личности, резко отличающая его от окружающих. От своего дискомфорта спасается виртуалистикой – музыкой, фэнтези.

И. В. Добряков: Я все же говорил бы здесь о резидуально-органической почве, что выражается в данном случае в фебрильных судорогах в детском возрасте, гиперкинетических расстройствах, ортостатических головных болях. Начало энуреза и энкопреза, вероятно, было обусловлено анаклитической депрессией, связанной с разлукой с матерью. Энурез и энкопрез, развившиеся на резидуально-органической почве, носят невротический характер; с их помощью пытается наладить отношения с матерью и отцом, поскольку в данном случае отношения в семье вряд ли может оценить как гармоничные. В личности мальчика прежде всего выступают черты демонстративности. Улучшению состояния во многом способствовал перевод в интегративную школу «Ковчег». Больному показана психотерапия, а медикаментозная терапия возможна лишь для облегчения психотерапии.

Ю. С. Шевченко: В этом случае надо отметить полиморфный психический статус, который складывается из нескольких блоков:

- психоорганического синдрома, который больше проявляется в дизонтогенетических симптомах, недостаточности;
- неврозоподобно-невротических расстройствах;
- истеро-неустойчивых особенностях личности, очень угрожаемой в отношении зависимостей;
- аффективной патологии, даже скорее аффективной недостаточности, где депрессия проявляется не столько плохим настроением, сколько снижением уровня тонуса, метафизическими проявлениями, сказывающимися в размышлениях о смысле жизни, предназначении, смерти и т. д.

Аффективные фазы у мальчика совпадают с изменениями жизни, так, переход в благоприятные условия, которые ему предоставила школа «Ковчег», сразу же привели к возникновению гипоманиакального состояния. Отсутствие критики обусловлено его психическим – органическим – инфантилизмом.

Доктор мед. наук Н. М. Иовчук: Представляется все же сомнительным наличие в данном случае психоорганического синдрома, этого не подтверждают ни неврологические, ни параклинические обследования. Аффективные фазы, хотя и спровоцированные внешними обстоятельствами, настолько атипичны, личность настолько мозаична, энурез и энкопрез настолько нелепы, что настораживают в отношении эндогенного заболевания. Нельзя также полностью игнорировать особенности мышления у больного. Тем не менее, я считаю наиболее правильным в данном случае психотерапевтический подход.

А. В. Горюнова: Я все же рекомендовала бы добавить к психотерапии церебропротекторы.

А. А. Северный: Вероятно, сегодня мы не сможем подвести консолидированный итог. Мое собственное мнение, что в данном случае речевой поток, недифференцированная эмоциональность, отсутствие тени смущения от обилия народа и от обсуждаемых жалоб приближают это состояние к регрессивной синтонности (дефектной контактности). Но это определяется не дефектом, а своеобразным смешанным аффективным фоном: в течение суток наблюдаются полярные колебания аффекта (утренняя адинамика –

дневное возбуждение – вечерняя подавленность). Таким образом, отмечается патологическое аффективное состояние с избыточной фиксацией на своем самочувствии. Здесь нет индуцированности, это – первый этап феномена отчуждения, или деперсонализации. Такое отчуждение наблюдается и в мыслительной сфере: «мои мысли, но не подчиняющиеся мне». В то же время то, что может показаться обрывами мыслей (шперрунгами) представляет собой по существу отвлекаемость. Если телесная дезавтоматизация приводит к сенестопатиям, то дезавтоматизация в мыслительной сфере приводит к псевдогаллюцинациям. Деперсонализационные расстройства имеют в этом случае, по-видимому, эндогенную природу.

Мальчик аффективно болен в течение последних 2 лет. В это время ситуационно обусловленные аффективные расстройства сменились сезонными аффективными колебаниями: метафизическая интоксикация, ипохондрическая фиксация представляют собой типичные подростковые расстройства. Судя по анамнезу, у мальчика должны быть органические стигмы, но они себя никак не проявляют. В течение беседы совсем не отмечается утомляемости. Одни из описанных больным головных болей можно отнести к проявлениям церебрастенического синдрома – те, которые возникают при утомлении и носят пульсирующий характер. Другие же носят отчетливый сенестопатический характер. Настораживает определенный оттенок вычурности в ипохондрических переживаниях (все же далеко не всякий додумается вычислить и ущупать у себя «сдвинутый пятый позвонок»). В целом можно отметить ряд признаков эндогенной природы, которые проявляются в рамках либо пубертатного криза, либо начала эндогенного процесса.

Я не склонен называть такие симптомы, как энурез, энкопрез, страхи, в данном случае невротоподобными или псевдоневротическими. Они имеют типичный невротический характер. Можно предположить, что эти расстройства, возникшие на фоне резидуально-органической недостаточности, являются глубокими невротическими защитами, по-видимому, от домашних проблем, прежде всего от матери. Мать склонна к подавлению, гиперпротекции, ригидная, паранойяльная.

Что делать? Как помочь мальчику?

Мне кажется, что здесь целесообразна массивная психотерапия, включающая как индивидуальное, так и семейное психотерапевтическое воздействие. К сожалению, мать из-за особенностей своего характера вряд ли пойдет на это. Во-вторых, необходимы динамическое наблюдение и контроль. Сейчас подросток подходит к моменту сезонной санации – самопроизвольному самоизлечению, но в дальнейшем процесс может развиваться, и мальчику, возможно, потребуются медикаментозная терапия. Сейчас мы не можем настаивать на ней: невротические расстройства в данном случае не поддаются медикаментозному лечению, а аффективная патология не дизадаптирует мальчика. Между тем, вводить медикаментозное лечение следует, по нашему мнению, лишь когда психические расстройства приводят к дизадаптации (принцип минимальной достаточности).

Таким образом, диагноз здесь остается не уточненным, но есть основания подозревать мягкий эндогенный процесс или его начало. Больного следует наблюдать, и лишь при проспективном наблюдении мы сможем остановиться на определенном диагнозе.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ

II МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

(Минск, 3-6 ноября 2003 г.)

II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» установил, что состояние психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения остается неудовлетворительным. Выявлен ряд общих для стран СНГ актуальных проблем: рост социального сиротства, детской безнадзорности, криминальности, наркомании, сохранение высокой суицидальной опасности. Дети подвергаются беспрецедентным по тяжести и частоте стрессовым воздействиям межнациональных конфликтов, техногенных и экологических катастроф, террористических актов. Разрыв межнациональных связей препятствует выработке и реализации эффективных систем охраны психического и социально-психологического здоровья детей и подростков.

II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» считает целесообразным:

1. Отметить, что в организации II Конгресса удалось учесть негативный опыт I Конгресса и преодолеть межведомственный сепаратизм, наносящий несомненный вред не только межпрофессиональному взаимодействию, но, что еще важнее, оказанию полноценной комплексной помощи нуждающимся в ней детям и их семьям.

2. Считать желательным ознакомление всех заинтересованных специалистов и организаций с Проектом реорганизации службы психического здоровья детей и подростков, разработанным Ассоциацией детских психиатров и психологов совместно с Российским обществом психиатров и опубликованным в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков», № 3.

3. Как основные концептуальные научно-методические направления разработок, требующих объединения усилий научных и практических специалистов различных стран СНГ, можно выделить:

- проблемы раннего возраста,
- категории нормативного и отклоняющегося развития,
- профилактику социально-психологической дизадаптации в различных возрастных кризовых периодах, прежде всего подростковом,
- расстройства психики детей и подростков на пограничном уровне, поскольку именно такого рода нарушения составляют основную массу в популяции и служат одной из основных питательных сред для десоциализации несовершеннолетних, для нарушения детско-родительских и детско-институциональных отношений,
- принципиально новые подходы в организационной области, в первую очередь, на мультидисциплинарном и межведомственном уровне с участием систем образования, социальной защиты, правоохранительных органов,
- разработку базисной концепции ориентированного на практику психолого-психиатрического образования всех специалистов, работающих с детьми (педагогов, социальных педагогов, работников социальных служб, правоохранительных органов и др.), его специализированных разветвлений, организационно-методических условий получения и учета такого образования,
- внедрение социальной педагогики как концептуально и организационно-методически нового и важнейшего направления в системе защиты и поддержки детства и семьи, что требует теоретического и методологического осмысления уже имеющегося опыта,
- разработку программ формирования курсов психологического образования семьи,
- внедрение в систему обучения на различных уровнях постоянной практики междисциплинарных клинико-психолого-педагогических обучающих семинаров (в том числе в форме консилиумов) как необходимого компонента межкурсового повышения квалификации различных специалистов, работающих с ребенком и семьей,
- разработку системы вневедомственной научной экспертизы образовательных программ.

4. Развивать международное сотрудничество в области охраны социально-психологического здоровья подрастающего поколения, в том числе через расширение за счет вовлечения специалистов стран СНГ Редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

5. Создать международную рабочую группу стран СНГ и Балтии для организации международных конгрессов и конференций. Провести III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» в мае 2006 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**ПРИКАЗ****16 сентября 2003 г.****№ 438****О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

В целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, № 33, ст. 1913) и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами,

ПРИКАЗЫВАЮ:**1. Утвердить:**

- 1.1. Положение об организации деятельности врача-психотерапевта (приложение № 1).
 - 1.2. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (приложение № 2).
 - 1.3. Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи (приложение № 3).
 - 1.4. Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета (приложение № 4).
 - 1.5. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического кабинета (приложение № 5).
 - 1.6. Перечень оборудования психотерапевтического кабинета (примерный) (приложение № 6).
 - 1.7. Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения (приложение № 7).
 - 1.8. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического отделения (приложение № 8).
 - 1.9. Перечень оборудования психотерапевтического отделения (примерный) (приложение № 9).
 - 1.10. Положение об организации деятельности психотерапевтического центра (приложение № 10).
 - 1.11. Штатные нормативы медицинского и иного персонала психотерапевтического центра (приложение № 11).
 - 1.12. Перечень оборудования психотерапевтического центра (примерный) (приложение № 12).
2. Контроль за выполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя Министра Р. А. Хальфина.

Министр

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 16.09.2003 г. № 438

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА****1. Общие положения**

1.1. Врач-психотерапевт - специалист с высшим медицинским образованием по специальности «лечебное дело» или «педиатрия», прошедший подготовку по специальности «психиатрия» в интернатуре, клинической ординатуре, а также прошедший профессиональную переподготовку либо клиническую ординатуру по психотерапии в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования, либо в профильных научно-исследовательских медицинских институтах в соответствии с требованиями к образовательному стандарту, типовой программой и учебным планом профессиональной переподготовки, утвержденными в установленном порядке.

1.2. Владеет современными методами диагностики и лечения психических расстройств с использованием психотерапевтических методов, теоретическими и практическими знаниями в области психиатрии и психотерапии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.

1.3. В своей работе руководствуется Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», другими законодательными и иными нормативными актами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья и настоящим Положением.

1.4. Подчиняется руководителю лечебно-профилактического учреждения или его заместителю; в методическом отношении - также главному психотерапевту органа управления здравоохранением.

1.5. Назначение и увольнение врача-психотерапевта осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

2. Функции и задачи

2.1. Осуществляет непосредственно (является лечащим врачом) или участвует (является консультантом) в ведении пациента, определяет объем и план обследования с учетом возраста пациента, диагностических задач и рациональных методов обследования. Дает клиническую оценку состояния пациента, вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004 (4), № 1.

назначает и проводит клиническую оценку состояния пациента, назначает и проводит необходимое психотерапевтическое вмешательство, при необходимости с привлечением других методов терапии.

2.2. Осуществляет консультации при оценке неотложных состояний, при разборе сложных для диагностики и терапии клинических случаев.

2.3. Выполняет практическую работу по амбулаторному, дневному стационарному и стационарному ведению пациентов в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь, при необходимости привлекает консультантов.

2.4. Оформляет медицинскую документацию установленного образца.

2.5. Повышает свою квалификацию по психиатрии и психотерапии на циклах усовершенствования по каждой специальности в установленном порядке.

2.6. Внедряет в практику современные программы лечения, психопрофилактики и психогигиены с применением психотерапевтических методов.

2.7. В работе и взаимоотношениях с пациентами и их родственниками придерживается этических принципов, установленных законодательными и иными нормативными актами о деятельности врачей-психотерапевтов и этическими кодексами общероссийских профессиональных ассоциаций врачей-психотерапевтов, зарегистрированных в установленном порядке.

2.8. Организует работу в рамках лечебного (в том числе психотерапевтического) процесса других специалистов (по клинической психологии, социальной работе и др.), среднего и младшего медицинского персонала.

2.9. Проводит экспертизу качества психотерапевтической помощи.

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 16.09.2003 г. № 438

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА, УЧАСТВУЮЩЕГО В ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Общие положения

1.1. Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

1.2. В своей работе руководствуется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 19.08.1993, № 33, ст. 1318), Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и соответствующего структурного подразделения. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

2. Функции и задачи

2.1. Самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом. Проводит необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия, а также участвует в проведении психотерапии и мероприятиях по психологическому обеспечению лечебно-диагностического процесса. При необходимости прибегает к помощи лечащего врача и консультанта по психодиагностической и психокоррекционной (психотерапевтической) работе.

2.2. Участвует в оформлении медицинской документации установленного образца.

2.3. В установленном порядке повышает свою квалификацию по клинической психологии на циклах усовершенствования в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

2.4. Внедряет в практику современные методы клинической психологии.

2.5. Принимает участие в работе бригады специалистов, оказывающей психотерапевтическую помощь, разборах клинических случаев, совещаниях, научно-практических конференциях, осуществлении психолого-психиатрической и психологической экспертизы.

2.6. Наряду с обязательной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой по клинической психологии, может получать в рамках компетенции национальных и международных профессиональных организаций общественную аккредитацию и общественный профессиональный статус.

2.7. Проводит в установленном порядке экспертизу качества клинико-психологической помощи.

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА,
УЧАСТВУЮЩЕГО В ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Общие положения

- 1.1. Социальный работник - работник со средним или высшим профессиональным образованием.
- 1.2. В своей работе руководствуется Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», нормативными документами по вопросам профессионального обучения и переобучения, социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, педагогики, социальной психологии, этики и деонтологии, вопросам охраны труда и техники безопасности и настоящим Положением.
- 1.3. Подчиняется руководителю учреждения и соответствующего структурного подразделения.
- 1.4. Назначается и увольняется в соответствии с действующим законодательством.

2. Функции и задачи

- 2.1. По направлению врача-специалиста организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации, тренинг коммуникативных навыков, организует социально-правовую защиту пациентов, взаимодействие учреждения с организациями, оказывающими социальную помощь.
- 2.2. Совместно с врачом-специалистом и медицинским психологом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов.
- 2.3. Совместно с врачом-специалистом и медицинским психологом создает терапевтическую среду, терапевтические сообщества пациентов, группы по интересам, осуществляет клубную работу.
- 2.4. По направлению врача-специалиста занимается повышением уровня социальной адаптации пациентов, формированием у них ответственности за свое социальное поведение, разрабатывает и организует мероприятия по их социальной защите и поддержке, их трудовому и бытовому устройству.
- 2.5. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников.
- 2.6. Вступает в различные общественные и профессиональные организации.
- 2.7. Участвует в экспертизе качества социальной работы.

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

1. Психотерапевтический кабинет организуется органом управления здравоохранением по представлению главного психотерапевта и главного психиатра органа управления здравоохранением в составе лечебно-профилактического учреждения, в том числе:
 - психотерапевтического центра; городской поликлиники или поликлинического отделения городской, центральной городской, районной больницы;
 - поликлинического отделения областной, краевой, республиканской, окружной больницы, психоневрологического диспансера (диспансерного отделения).
2. Основными задачами психотерапевтического кабинета являются:
 - консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;
 - лечебная помощь, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, личностно- и социоприориентированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах;
 - психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению, а также участие в программах охраны психического здоровья;
 - повышение знаний врачей, среднего медицинского и иного персонала о психосоциальных факторах в происхождении, течении и лечении психических расстройств (лекции, специальные тренинги, балнтовские группы и др.).
3. Организационно-методическое руководство психотерапевтическим кабинетом осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением.
4. Штаты медицинского и иного персонала кабинета определяются в установленном порядке.
5. В кабинете проводится лечение лиц с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

При значительной выраженности указанных расстройств, наличии психотических нарушений пациенты в установленном порядке направляются в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь.

6. Кабинет оборудуется в соответствии с перечнем оборудования психотерапевтического кабинета.

7. В кабинете ведется учетная и отчетная медицинская документация.

Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 16.09.2003 г. № 438

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ИНОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

1. Медицинский персонал:

1.1. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются:

1.1.1. в штате городской поликлиники, амбулаторно-поликлинического отделения городской, центральной городской, центральной районной больницы - из расчета одна должность на 25 тыс. взрослого населения;

1.1.2. в штате амбулаторно-поликлинического подразделения областной, краевой, республиканской, окружной больницы; психоневрологического диспансера (диспансерного отделения) - из расчета одна должность на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием;

1.1.3. в штате стационара (дневного стационара) лечебно-профилактического учреждения - из расчета одна должность на 200 коек (мест).

1.2. Должности врачей-психотерапевтов для работы с детьми устанавливаются из расчета одна должность на 12 тыс. детского населения.

1.3. Должности медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

1.4. Должности санитарок устанавливаются из расчета 0,5 должности на кабинет.

2. Иной персонал:

2.1. Должности медицинских психологов устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

2.2. Должности социальных работников устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 16.09.2003 г. № 438

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Психотерапевтическое отделение организуется органом управления здравоохранением по представлению главного психотерапевта и главного психиатра органа управления здравоохранением в областных (краевых, республиканских, окружных) административных центрах, а также в городах с населением не менее 250 тыс. в лечебно-профилактических учреждениях (многопрофильных больницах, психоневрологических диспансерах, психиатрических больницах и др.).

2. Основными задачами психотерапевтического отделения являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь лицам с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии, нуждающимся в стационарной психотерапевтической помощи;

- лечебная помощь, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, лично- и социоцентрированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах;

- внедрение в клиническую практику новых достижений в области психотерапии;

- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях;

- создание в отделении терапевтической среды (специальным образом организованной группы с участием пациентов, их близких и родственников, а также бывших пациентов);

- психогигиеническая и психопрофилактическая помощь по преодолению стрессовых ситуаций.

3. Организационно-методическое руководство психотерапевтическим отделением осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением.

4. Штаты медицинского и иного персонала отделения определяются в установленном порядке.

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ИНОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Медицинский персонал:
 - 1.1. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета одна должность на 15 коек.
 - 1.2. Должности заведующих отделениями устанавливаются из расчета одна должность на 30 коек - вместо одной должности врача-психотерапевта, в отделении более 30 коек - вместо 0,5 должности врача-психотерапевта.
2. Средний и младший медицинский персонал:
 - 2.1. Должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета один круглосуточный пост на 30 коек.
 - 2.2. Должности санитарок устанавливаются из расчета один круглосуточный пост на 30 коек.
 - 2.3. Должности сестер-хозяек устанавливаются из расчета одна должность на отделение.
2. Иной персонал:
 - 2.1. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета одна должность на 15 коек.
 - 2.2. Должности социальных работников устанавливаются из расчета одна должность на 15 коек.

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

1. Психотерапевтический центр - лечебно-профилактическое учреждение, организуется по представлению главного психотерапевта и главного психиатра органа управления здравоохранением в областях, краях, республиках, округах, а также в городах с населением не менее 500 тыс.
2. Основными задачами психотерапевтического центра являются:
 - организация системы оказания и анализ психотерапевтической помощи на обслуживаемой территории, организационно-методическая помощь психотерапевтическим подразделениям (психотерапевтическим кабинетам, психотерапевтическим отделениям) на территории обслуживания;
 - проведение консультативной, консультативно-диагностической и лечебной специализированной помощи (семейной, групповой, помощи пациентам различных возрастных групп, кризисной и др.) лицам с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии;
 - оказание лечебной помощи по показаниям в виде психотерапии симптомо-, личностно- и социопрограммированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой ее формах, организация психотерапевтической среды и системы реабилитации и ресоциализации;
 - внедрение в клиническую практику психотерапевтических подразделений территории обслуживания новых достижений в области психотерапии;
 - проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях;
 - психогигиеническая и психопрофилактическая помощь по преодолению стрессовых ситуаций, в том числе с привлечением средств массовой информации;
 - проведение организационно-методических, образовательных мероприятий, мероприятий по обмену опытом, семинаров повышения квалификации, консультаций для врачей-психотерапевтов и других специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи, на территории обслуживания.
3. Непосредственное руководство деятельностью психотерапевтического центра осуществляет руководитель центра - главный врач.
4. Штаты медицинского и иного персонала психотерапевтического центра определяются в установленном порядке.
5. Рекомендуемая структура психотерапевтического центра:
 - консультативно-диагностическое отделение (для оказания специализированной консультативной и диагностической помощи);
 - лечебно-диагностическое отделение (кабинеты для проведения диагностических, в том числе психологических, исследований, различных видов специализированной психотерапии - семейно-супружеской, детям, пожилым, кризисной психотерапевтической помощи, для работы с сельскими территориями и др.);
 - психологическую лабораторию (для развития клинко-психологической помощи на территории обслуживания, в том числе клинической психодиагностики, применение в лечебно-реабилитационных

программах психологических методов коррекции и консультирования, психологическое обеспечение лечебно-диагностического процесса);

- кризисное отделение с телефоном доверия для оказания кризисной психологической и психотерапевтической помощи (лицам с расстройствами адаптации, подвергшимся насилию, пострадавшим и др.);
- отделение профилактики (для работы по профилактике психических расстройств на территории обслуживания).

6. Психотерапевтический центр может иметь в своем составе стационарные психотерапевтические отделения.

Приложение № 11
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 16.09.2003 г. № 438

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ИНОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

1. Медицинский персонал:

1.1. Должности врачей-психотерапевтов консультативно-диагностического отделения устанавливаются из расчета одна должность на 250 тыс. населения на территории обслуживания.

1.2. Должности врачей-психотерапевтов лечебно-диагностического отделения устанавливаются из расчета:

1.2.1. одна должность на 100 тыс. населения в возрасте от 18 до 60 лет обслуживаемой территории, включая сельские районы;

1.2.2. одна должность на 90 тыс. детского населения в возрасте от 0 до 12 лет;

1.2.3. одна должность на 50 тыс. детского населения в возрасте от 12 до 18 лет;

1.2.4. одна должность на 75 тыс. населения в возрасте 60 лет и старше.

1.3. Должности врачей-психотерапевтов для работы с лицами, находящимися в кризисных состояниях, из расчета одна должность на 200 тыс. обслуживаемого населения.

1.4. Должности врачей-методистов (врачей-статистиков) для организационно-методического обеспечения психотерапевтической помощи устанавливаются в штате организационно-методического отдела по психиатрии из расчета две должности на территорию субъекта Российской Федерации.

1.5. Должности врачей по гигиеническому воспитанию отделения профилактики устанавливаются из расчета одна должность на 500 тыс. населения на территории обслуживания.

1.6. Должности заведующих отделениями устанавливаются при наличии 5 должностей врачей-психотерапевтов и других специалистов - вместо 0,5 должности врача, при наличии более 5 должностей врачей-психотерапевтов и других специалистов - сверх должностей.

2. Средний и младший медицинский персонал:

2.1. Должности медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям врачей, предусмотренных п.п. 1.1.; 1.2.; 1.3.; 1.5.

2.2. Должности медицинских сестер процедурного кабинета устанавливаются из расчета одна должность в смену.

2.3. Должность главной медицинской сестры устанавливается в учреждениях, отнесенных к группам по оплате труда руководителей, в учреждениях, не отнесенных к группам по оплате труда руководителей - устанавливается должность старшей медицинской сестры.

2.4. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета одна должность в смену.

3. Иной персонал:

3.1. Должности медицинских психологов устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

3.2. Должности специалистов по социальной работе устанавливаются из расчета одна должность на 500 тыс. населения на территории обслуживания.

3.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета одна должность на 100 тыс. населения на территории обслуживания.

Заказ № 338

ЛР № 065725 от 11.03.98

Издательско-полиграфический центр «Глобус»
123056, Москва, ул. Большая Грузинская, д. 70
Тел.: 254-9958, 254-9727

Подписано в печать 04.09.2004. Формат 60х90/8.

Бумага газетная. Гарнитура «Тайме».

Объем 15,01 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2004 (4), № 1.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»

г. Красноармейск, Московской области.

Тел.: 584-16-23.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2004 (4), № 1.