

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2004 (4), № 2

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ТЕРАКТА В БЕСЛАНЕ

Т. Н. Рыжова

ОТЧЕТ О РАБОТЕ МИНЗДРАВА РСО-АЛАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С 3. 09. 2004..... 7

Т. Н. Рыжова, Е. В. Рыжова

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА, РАЗВЕРНУТАЯ В ЦРКБ Г. БЕСЛАНА
В СВЯЗИ С ЧС..... 8

Е. И. Морозова, А. Л. Венгер

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,
ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В
БЕСЛАНЕ..... 10

Е. И. Морозова, А. Л. Венгер

ОТЧЕТ О РАБОТЕ, НАПРАВЛЕННОЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО
АКТА..... 12

Л. К. Яценко

РОЛЬ ПСИХИАТРА В РАБОТЕ ЦЕНТРА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПЛАНЕ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ
(ШКОЛЬНОЙ) ДИЗАДАПТАЦИИ..... 13

Н. Я. Семаго

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ
РАСТОРМОЖЕННОСТЬЮ..... 17

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

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД ПОДРОСТНИЧЕСТВА: СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ..... 24

В. В. Абраменкова

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДОБРЕ И ЗЛЕ В КАРТИНЕ МИРА СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА..... 30

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

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

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 39

В. Г. Каледа, А. Н. Бархатова, М. А. Стрельцова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И
ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 42

И. В. Олейчик В. В. Артюх

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛОФТА ПРИ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ..... 50

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская, Т. А. Куприянова

ПАНТОГАМ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ..... 59

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К. С. Лебединская

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПУБЕРТАТНОЙ ФАЗЫ В РАЗВИТИИ И ФОРМИРОВАНИИ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ..... 64

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В. В. Красавина РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОКВЕЛЯ (КВЕТИАПИНА) В ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	69
М. Е. Проселкова, Т. И. Кудряш ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФЕНАЗИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	72
Е. В. Хаяйнен ЛИЧНОСТНАЯ РЕФЛЕКСИЯ КАК ПУТЬ ВОСПИТАНИЯ ВЗРОСЛОСТИ.....	75
С. С. Носов, Л. П. Копылова ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ СТАРШЕКЛАССНИЦ И СКЛОННОСТЬ К ДЕПРЕССИИ.....	77

ОСОБАЯ ТЕМА

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Г. Н. Пачеко-Рейнага ЧУЖИХ ДЕТЕЙ НЕ БЫВАЕТ.....	81
Т. М. Барсукова МИР СЕМЬИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ.....	83
Е. С. Аруцева, М. Ю. Максименко КОММУНИКАТИВНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ (РДА) В ИНТЕГРАТИВНОМ КЛАССЕ.....	86
Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская, М. А. Петрова РЕАБИЛИТАЦИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ СИРОТ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА.....	95

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

П. В. Безменов, Э. С. Мандрусова РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ.....	102
---	-----

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

Е. О. Смирнова РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНИК Я. Л. КОЛОМИНСКОГО, Е. А. ПАНЬКО, С. А. ИГУМНОВА «ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ».....	106
--	-----

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ	107
---	-----

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

С. В. Тетерский 10 ЛЕТ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ДЕТСКИЕ И МОЛОДЕЖНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ» (ДИМСИ).....	116
III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» (предварительное сообщение).....	120
ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС (предварительное сообщение).....	120

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

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ТЕРАКТА В БЕСЛАНЕ

От редакции. В этой специальной рубрике мы публикуем материалы, подготовленные теми, кто непосредственно работал в Беслане в трагические дни и продолжает там свою деятельность. Это - Татьяна Николаевна Рыжова, главный психиатр Республики Северная Осетия–Алания (РСО–А); Елена Викторовна Рыжова, психиатр из Владикавказа, с первых дней трагедии оказывавшая помощь пострадавшим; психологи кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последиplomного образования (РМАПО) Елена Ивановна Морозова и Александр Леонидович Венгер. Представленный обзор работы психологов и психиатров в Беслане отнюдь не полон. В нем отражена только та деятельность, которую осуществляли или непосредственно наблюдали авторы.

Т. Н. Рыжова

ОТЧЕТ О РАБОТЕ МИНЗДРАВА РСО–АЛАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО–ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С 3. 09. 2004

В соответствие с приказами МЗ РФ № 325 от 24. 10. 02 г. «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях», МЗ РСО–А от 04. 07. 2003 г. № 990\д и Приложением № 1 Приказа по оказанию психолого–психиатрической помощи были привлечены сотрудники ЛПУ (РЦМСПП, РПБ, «Скорая помощь»):

1. С 1. 09 по 3. 09. 04 г. осуществлялась работа сотрудников РЦМСПП в г. Беслане после захвата заложников в школе. Сотрудники Центра и волонтеры в количестве 20 человек (руководитель центра З. Х. Дзалаева) поступили под руководство члена штаба по линии МЧС и МЗ РФ д. м. н., проф. З. И. Кекелидзе, координатора, руководителя Центра «Защита» Медицина катастроф, ГНЦССП им. В. И. Сербского.

2. С 4. 09 по 6. 09. продолжалась работа в БСМЭ по опознанию погибших под руководством бригады МЧС (Г. Певцов, сотрудники Центра - 10 чел, волонтеры - 15, психиатры – 3). С 6. 09 по 8. 09. эта работа осуществлялась самостоятельно силами центра (5 человек), 2 психиатров РПБ, 2 бригад «Скорой помощи».

3. С 7. 09. силами центра и спонсоров (А. Габараев, префект Затеречного МО г. Владикавказа, Т. Ахполов, главврач РКВД) была открыта «Горячая линия» в режиме круглосуточной работы.

4. С 8. 09. по настоящее время мобильная бригада в составе врача–психиатра и психолога Центра в соответствие с заявками по графику обеспечивает экстренную психолого–психиатрическую помощь по г. Владикавказу, районам РСО–А, в т. ч. и г. Беслану.

5. С 15. 09. при ГП № 7 работает психотерапевт антистрессового кабинета (А. Кокоев), ведут приемы детский и взрослый психологи.

6. С 7. 09. в поликлинике г. Беслана ведут консультативный прием психологи РМСПП.

7. С 3. 09. ДРКБ с пострадавшими детьми работают главный внештатный детский психиатр З. Г. Кудухова, детские психиатры РПБ Т. А. Харахаш, З. Г. Джиоева, Э. Х. Кодзаев.

8. Психиатры РПБ, в соответствие с Приложением к Приказу № 2 осуществили, в т. ч. в динамике, осмотр пострадавших в ЛПУ РСО–А (ДРКБ, КБСП, РКБ, клинике СОГМА, Железнодорожной больнице).

9. С 4. 09. в течение сентября психиатры РПБ осуществляли прием в поликлинике г. Беслана (по 2 специалиста).

10. В РПБ были выделены 2 палаты для приема пострадавших без соматических повреждений в остром психотическом состоянии.

11. Главный психиатр МЗ РСО–А выполняла функции координатора работы по оказанию психологической и психиатрической помощи пострадавшим в ЧС, т. к. поступление пострадавших из очага ЧС началось по ЛПУ в районе 16 ч.

12. Действия по организации психолого–психиатрической помощи согласовывались с заместителями министра (А. В. Реутов, Т. Д. Ревазов, Т. И. Цидзева), а также с З. И. Кекелидзе.

13. По указанию МЗ РФ с 11. 09. 04 г. под руководством З. И. Кекелидзе начато проведение цикла тематического усовершенствования в ГНЦ ССП им. В. И. Сербского. «Вопросы психологической и психиатрической помощи при ЧС», составлен список слушателей цикла, подобрана аудитория, согласованы вопросы транспортировки лекторов, техническое оснащение лекций.

15. Принято участие в прямом эфире по радио Алания совместно с З. И. Кекелидзе и благочинным

г. Владикавказа отцом Владимиром.

16. Главный психиатр МЗ РСО–А дала интервью передаче «Иристон сегодня» о проведении тематического цикла усовершенствования врачей «Вопросы психологической и психиатрической помощи при ЧС».

17. Совместно со специалистами РДКБ 3. 09. 04 г. проведен осмотр пострадавших детей, поступивших из г. Беслана в ДРКБ (70). Цель осмотра - купирование расстройств психотического уровня.

18. Собраны списки сотрудников по ЛПУ Минздрава РСО–А, оказывающих помощь пострадавшим при ЧС в г. Беслане для проведения им реабилитационных мероприятий как пострадавшим 3 очереди при ЧС.

19. Начата и продолжается работа по регистрации и формированию структуры заболеваемости пострадавших в ЧС г. Беслана для организации мероприятий психолого–психиатрической реабилитации всех групп населения (ОМО РПБ, МИАЦ, БМС).

20. Составляется проект необходимой реорганизации психолого–психиатрической службы МЗ РСО–А для оказания помощи пострадавшим в ЧС в соответствии с динамикой состояния заболеваемости ОСП, РА, ПТСР.

Т. Н. Рыжова, Е. В. Рыжова

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА, РАЗВЕРНУТАЯ В ЦРКБ Г. БЕСЛАНА В СВЯЗИ С ЧС

Силами сотрудников Центра «Защита» медицина катастроф ГНЦ ССП им В. И. Сербского под руководством З. И. Кекелидзе с 1. 09. 04 г. по настоящее время оказывается психолого-психиатрическая и психотерапевтическая помощь пострадавшим г. Беслана (бригады сотрудников меняются по вахтенному методу). С 19. 09. сотрудница ГНЦ ССП С. В. Шпорт осуществляла координацию психолого-психиатрической помощи и проводила консультации обратившихся за психиатрической помощью.

С 14. 09. по 27. 09. сотрудники РМАПО А. Л. Венгер, Е. И. Морозова вели прием пациентов в г. Беслане (поликлиника), обслуживали вызовы, поступившие по телефону «Горячая линия».

С 27. 09 по 3. 10. 04 г. оказание психологической помощи осуществляли сотрудница Московского городского психолого-педагогического университета Т. В. Лаврентьева и сотрудница Института развития дошкольного образования РАО В. В. Бروفман (прием пострадавших в ПК г. Беслана, консультации на дому, проведение практических семинаров для психологов всех ведомств).

По линии МЧС бригада г. Ставрополя осуществляла экстренную психологическую помощь с 1. 09. 04 г. по 7. 09. 04. (3 смены).

Сотрудники МНИИ психиатрии МЗ РФ (Д. Ю. Вельтищев, Г. С. Банников, Я. А. Кочетков) работали на приеме и обслуживании вызовов на дому 6. 09–15. 09.

С 16. 09 по 23. 09. 04 г. сотрудники МНИИ психиатрии МЗ РФ В. А. Красов, А. Ю. Цветков, В. В. Крюков работали по приему пострадавших детей, взрослых и подбору пациентов для реабилитации в НИИ психиатрии.

С 16. 09. по 16. 10. 04г. 3 сотрудника Клиники пограничных состояний Ставропольской ГМА проводили в амбулаторных условиях интенсивную терапию пострадавших с признаками острой стрессовой реакции, осуществляли подбор пациентов для направления на реабилитацию в клинику СГМА.

С 13. 09. 04г. по настоящее время в поликлинике г. Беслана ведет прием пострадавших проф. , д. м. н., заведующая кафедрой психиатрии СОГМА Т. И. Букановская.

Основные приоритеты и последовательность оказания психолого-психотерапевтической помощи пострадавшим в теракте г. Беслана с момента появления пострадавших:

Экстренная психолого-психотерапевтическая помощь оказывается всем пострадавшим в ПЦРКБ г. Беслана, в стационарных отделениях, в поликлинике, дневном стационаре.

Развернута «Горячая линия» на базе поликлиники г. Беслана. Круглосуточно осуществляется обслуживание населения г. Беслана на дому психотерапевтической бригадой.

Ежедневно вызовы на дом обслуживает мобильная бригада психологов.

В 2-сменном режиме работает психиатрический кабинет поликлиники г. Беслана.

Развернуто 7 кабинетов для работы 4 детских и 3 взрослых психологов.

Силами сотрудников РМАПО организована детская игровая комната для групповой психотерапии детей.

Развернуто психосоматическое отделение при ПМЦРКБ на 28 коек, с палатами кризисных состояний, куда откомандированы сотрудники РПБ и РЦМСПП.

Начат учет и подготовка анализа структуры заболеваемости пострадавших граждан для оказания дальнейшей помощи и индивидуальных реабилитационных программ.

Планируется провести анализ заболеваемости в популяции детей и подростков по РСО–А в связи с терактом (особое внимание на рост психосоматических расстройств).

Изучается необходимость реструктуризации коечного фонда ДРКБ для организации психосомати-

ческого отделения.

Изучается возможность реструктуризации коечного фонда РКБ, для открытия психосоматического отделения.

Так выглядела хроника психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи пострадавшим людям г. Беслана в чрезвычайных условиях. Необходимо отметить, что все материалы готовились в этом же временном промежутке, поэтому не исключены ошибки, повторы или пропуски каких-то деталей в изложении. Трагедия затронула всех людей, в т. ч. и автора материала.

Возвращение к материалу, написанному в те дни, продиктовано необходимостью, а точнее потребностью понять: верно ли были построены стратегия и тактика? Правильно ли действовали медицинские работники, которые также находились под воздействием мощного стрессора? Все ли было сделано возможное для предупреждения тяжести и невосполнимости психолого-психиатрических последствий трагедии?

Вот круг вопросов, на которые необходимо ответить предельно искренне, объективно, потому что понимаешь, что это бесценный профессиональный опыт, который может лечь в основу выработки алгоритма поведения медицинских работников в условиях чрезвычайной ситуации.

Сегодня необходимо признать факт растерянности во всех структурах общества, соприкоснувшихся с трагедией. Но рассмотрим медицинский аспект. Удивительным было появление на фоне растерянности автоматического включения профессионализма медиков, их сопереживания жертвам террора, ответственности за пострадавших и действия, работа для того, чтобы облегчить, уменьшить боль, страдание.

Самой тяжелой, на наш взгляд, была работа сотрудников «Скорой и неотложной помощи», далее - хирурги, травматологи, реаниматологи, все специалисты, оказывающие первую медицинскую и хирургическую помощь. В полном объеме и на высоком уровне были проведены противошоковые мероприятия каждому пострадавшему. Об этом свидетельствует следующее наблюдение: осмотр психиатром 70 пострадавших детей в Республиканской детской больнице 3. 09. 04 г. выявил лишь 3 нуждающихся в дополнительных противошоковых мероприятиях в связи с развитием у них острой реакции на стресс психотического регистра.

Таким образом, во-первых, полное и качественное проведение противошоковых мероприятий, направленных в том числе и на психологическую составляющую шока на этапе первой медицинской и хирургической помощи, позволило значительно снизить риск возникновения у пострадавших проявлений острых реакций на стресс психотического регистра.

Во-вторых, психолого-психиатрическая помощь в течение первых дней трагедии не носила специального характера, а была скорее продолжением первой медицинской помощи (пострадавших мыли, кормили, согревали, выслушивали), что дало возможность активизации адаптивных механизмов у пострадавших.

В-третьих, уверенное и четкое выполнение профессиональных обязанностей медиков не давало возможности распространению и углублению растерянности у самих специалистов, успокаивающе действовало на пострадавших.

Совместные действия населения республики, всех структур и ведомств, занятых пострадавшими, позволили предотвратить панику среди людей в первые дни трагедии.

Впервые в республике, а она, как и вся страна, последние годы живет с присутствием террора в повседневности (теракт на рынке г. Владикавказа 1999 г. , теракт в п. Спутник 2000 г. , теракт на рынке «Фаллой» 2001 г.) и большого числа жертв, нам пришлось участвовать в печальном опыте оказания психологической помощи родственникам и близким при опознании погибших. Особенностью этой ситуации было:

- большое число погибших детей и взрослых;
- кровное родство, близкое знакомство погибших;
- проживание в одном населенном пункте, принадлежность к социальной группе, имеющей прямое отношение к школе, политравматичный характер воздействия, вызвавшего смерть.

Статистические данные с 3.09 по 4.10.04 г.

Психиатрами было осмотрено по ЛПУ:

КБСП – 36; РКБ – 28; ДРКБ- 145; ПМЦРКБ – 958, из них детей - 440 (225 м. , 215 д.), подростков- 55 (23 м. , 32 д.), взрослых – 463 (86 м. , 377 ж.).

По данным РЦМСПИ, по телефону «Доверия» в режиме горячей линии за 25 дней поступили 99 звонков, из них:

- информационного характера 38;
- жалоб 5;
- психологических консультаций 20;
- выездов мобильной группы – 10, проконсультировано 22 человека;
- консультаций в ГП № 7, кабинет антистрессовой терапии - 21.

Психическая патология: ОРС, тревожно-фобические расстройства, депрессивно-фобические расстройства, астенодепрессивные расстройства, психотические формы, диссоциативно-конверсионное расстройство, депрессия.

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,
ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ**

Работа проводилась сотрудниками кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Е. И. Морозовой – с 14 по 28 сентября, А. Л. Венгером – с 14 по 26 сентября, Е. А. Зубовой – с 26 сентября по 6 октября. Работа проходила в помещении Центральной поликлиники г. Беслан в двух кабинетах, выделенных для приема психологов. Ранее (с 4 по 7 сентября) в этих кабинетах работала группа психологов ГНЦ ССП им В. И. Сербского под руководством Е. Г. Дозорцевой. Поэтому население уже знало, что в поликлинике работают московские специалисты, и многие приходили на прием целенаправленно. Другим посетителям рекомендовали обратиться к психологу врачи поликлиники.

Для проведения групповой работы по нашей инициативе был организован и оборудован Центр психологической реабилитации в зале лечебной физкультуры (ЛФК). Была также оборудована релаксационная комната в ординаторской кардиохирургов. Кроме того, за время работы нами было проведено шесть выездов на дом по запросу участковых врачей или самих пострадавших.

Проводилась также работа с местными психологами и врачами. Был проведен внеплановый выездной цикл повышения квалификации для психологов, психиатров, врачей-реабилитологов г. Беслана и г. Владикавказа на тему: «Психологическая помощь детям и подросткам, пострадавшим в результате массовой катастрофы». Был организован инструктаж для психологов г. Беслана и г. Владикавказа, выезжающих с детьми и подростками в санатории и лагеря для реализации программы психологической реабилитации пострадавших. Проводилась супервизия психологов г. Беслана и г. Владикавказа, работающих на телефонной «горячей линии».

Уделялось внимание работе по информированию и психологическому просвещению населения. Состоялись выступления по центральному и местному телевидению (НТВ, 1-й канал, телеканал «Алания»), публикации в печати, направленные на ознакомление родителей с «домашними» средствами преодоления стрессовых состояний у детей и подростков (для родителей, чьи дети непосредственно не пострадали, но подверглись стрессогенному воздействию СМИ, разговоров взрослых и общей напряженной атмосферы). Проводилась пропаганда обращения за профессиональной помощью к психологам (для родителей, чьи дети находятся в состоянии острого стресса).

За время работы проведен первичный прием более 200 заложников, членов их семей и других жителей г. Беслана, пострадавших в результате теракта. Более чем с 50 детьми, подростками и членами их семей (более 30 из них – заложники) проведены курсы индивидуальной и групповой психокоррекции (от 3 до 5 сеансов). При необходимости устраивались совместные психолого-психиатрические консультации, назначалось медикаментозное лечение. Работа проводилась в контакте с психологами Московского городского психолого-педагогического университета, Института развития дошкольного образования РАО, а также с группой психиатров ГНЦ ССП им В. И. Сербского и МНИИ психиатрии МЗ РФ.

Наиболее распространенными у детей были жалобы на страхи, нарушения сна, ночные кошмары, отказ от еды. Многие подростки и родители жаловались на преследующие их представления, воспроизводящие отдельные пережитые эпизоды. Некоторые родители отмечали появление повышенной агрессивности у своих детей (в частности, во взаимоотношениях братьев/сестер). Данные наблюдений и экспресс-диагностики свидетельствовали о резко повышенном уровне тревоги и о наличии у многих клиентов (как детей, так и взрослых) заторможенности (вплоть до ступора), депрессивного состояния, наиболее выраженного в случаях гибели кого-либо из родных и близких. У значительного числа взрослых и подростков имелось острое чувство вины за то, что не смог спасти кого-то из близких или друзей, что выжил, а они погибли и т. п.). У многих детей отмечалась высокая агрессивность, в некоторых случаях явная, а чаще – подавленная (особенно у девочек).

В ходе первичного приема осуществлялась экспресс-диагностика. В целом состояние подавляющего большинства обратившихся за психологической помощью детей может быть оценено как расстройство адаптации. У отдельных детей наблюдались истерические и психотические реакции.

Помимо диагностики, во время первичного приема с подростками и взрослыми проводилась психотерапевтическая беседа. При одновременном обращении нескольких человек (членов семьи, родственников, друзей или соседей) проводился групповой дебрифинг. С детьми нередко проводились сеансы релаксации, арттерапии или игровой терапии. Те же методы использовались и во время последующих встреч. Существенное место в психокоррекции занимало отреагирование агрессии.

¹ Предыдущая работа данных авторов по проблеме помощи детям, пострадавшим в результате теракта, была опубликована в журнале Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003(3), № 2.

Для оборудования Центра психологической реабилитации, а также релаксационной комнаты были использованы тренажеры, имевшиеся в зале ЛФК, больничные матрасы, одеяла и т. п., детские игры и игрушки, присланные в Беслан в качестве гуманитарной помощи, а также материалы и игрушки, привезенные нами из Москвы (часть из них была закуплена на благотворительные средства, а часть собрана московскими и петербургскими детьми).

Оснащая Центр психологической реабилитации, мы старались создать в зале отдельные зоны, каждая из которых была бы снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности:

- зона сюжетно-ролевой игры («кукольный домик», «гараж», мягкие игрушки);
- зона конструктивной деятельности (наборы самоделок и «конструкторов» разного типа);
- зона спортивных занятий (тренажеры, шведская стенка, сухой бассейн, мячи, хула-хупы);
- зона отреагирования агрессии (боксерская груша и перчатки, надувные мечи, молотки и дубины);
- зона художественной деятельности (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага).

Пространство было организовано таким образом, чтобы наполняющие его предметы сами побуждали детей к соответствующей активности (игрушки и материалы были развешаны на стенах, разложены на полу, как бы оставленные посередине уже начатой деятельности).

Центр психологической реабилитации детей и подростков работал ежедневно (включая воскресенье) с 9:00 до 19:30. В работе нам помогали местные психологи. Время пребывания каждого ребенка в Центре составляло не менее 1,5 часов за день. Некоторые родители по рекомендации психолога, а также по настоянию самих детей приводили их в Центр практически на весь день, иногда два раза в день. Одни дети посещали Центр ежедневно, другие – всего два или три раза. За день Центр посещали от 20 до 40 детей, одновременно в нем обычно находилось 8 – 20 детей разного возраста (начиная с младенческого и кончая подростковым).

Организовав Центр, мы получили возможность охватить коррекционной работой большое количество детей и подростков при существенном недостатке персонала. Местные психологи-волонтеры нуждались в постоянной поддержке и рекомендациях, боялись работать самостоятельно и не имели достаточной квалификации; их помощь была нерегулярной. Центр позволял также осуществлять эффективный мониторинг состояния детей и родителей, отслеживая его динамику как в течение дня, так и ото дня ко дню.

С младшими детьми работа проводилась преимущественно с использованием методов игровой терапии, со старшими – арттерапии. Сеансы психокоррекции ненавязчиво включались в свободную игру и свободную художественную деятельность. Они проводились как в индивидуальной форме, так и с небольшими группами детей. Обычно такие группы были разновозрастными. В рамках одного и того же занятия разным детям предлагались разные роли, что позволяло обеспечить высокую степень индивидуализации психокоррекционной работы. Старшим детям (подросткам) нередко предлагалась роль «помощника руководителя».

В период нашей работы ситуация в городе определялась всеобщим трауром, непрекращающимися похоронами, еженедельными поминальными обрядами (в соответствии с национальной культурной традицией) и массовым горем. В противовес этому, организуя занятия детей, мы старались создать островок нормальной детской жизни, чтобы преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями.

Уходя домой, каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая, как мы надеялись, могла послужить напоминанием о деятельности в Центре и тем самым способствовать закреплению результатов психокоррекции. Дети получали также материалы для художественной деятельности; им давались «домашние задания» (на выполнении которых мы, однако, отнюдь не настаивали): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Многие из них действительно охотно приносили свои рисунки и поделки, которые вывешивались на стене Центра, так же как и рисунки, выполненные в процессе психокоррекционных занятий.

Важной составляющей проводимой работы было вовлечение в нее родителей, восстановление их нормального общения с ребенком. С ними проводилась также индивидуальная психотерапевтическая работа, обеспечивались их общение друг с другом, взаимоподдержка. Большой психотерапевтический эффект имело и наблюдение родителей за улучшением состояния их детей. Однако нужно было учитывать, что детский смех и веселье могли быть восприняты взрослыми как нарушение традиции горевания – «пир во время чумы». Чтобы этого не происходило, мы подчеркивали медицинский характер нашей работы. Это сочувственно принималось родителями, поскольку они достаточно хорошо понимали, что состояние детей далеко выходит за рамки нормального горевания и требует психологической коррекции.

Каждое занятие строилось по принципу «волны»: сначала происходило постепенное включение детей в деятельность, ее интенсивность повышалась, доходила до некоторого максимума, а затем сни-

жалась. Занятие заканчивалось спокойной деятельностью (например, рисованием) или сеансом релаксации. Максимальный уровень активности, достигавшийся в процессе занятия, определялся психологическим состоянием ребенка.

На начальном этапе работы состояние большинства детей характеризовалось пассивностью, апатией, заторможенностью, погруженностью в тягостные переживания. На этом этапе основной задачей психокоррекции являлось побуждение детей к активности (в частности, двигательной). Соответственно, поощрялись любые активные занятия, начиная с рисования или собирания моделей из «Конструктора» и кончая занятиями на тренажере и прыжками со шведской стенки на матрасы, расстеленные на полу. Наибольшую роль на этом этапе работы играли методы двигательной терапии.

Существенную роль в психокоррекционной работе играло отреагирование агрессии. Формы, в которых оно проводилось, зависели от того, проявлялась ли агрессия явно или оставалась подавленной. Широко использовались такие занятия, как прокалывание воздушных шаров, игры со «страшилками» и с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга), фехтование надувными резиновыми мечами и дубинками и т. п. Эти занятия сопровождались громкими звуками, что было полезно также для преодоления страха громких звуков, имевшегося у многих детей.

Количество правил и ограничений на этом этапе было минимальным: запрещалось бросать игрушками и другими вещами друг в друга и в окно, драться, обижать других детей.

На следующем этапе работы, когда уже удавалось достичь достаточно высокого уровня активности, мы ставили своей целью структурирование и упорядочивание деятельности ребенка. На этом этапе начинались занятия игротерапией и арттерапией. Увеличивалось количество задаваемых ребенку правил и ограничений: например, вводилось требование при переходе к новой игре убирать игрушки, использовавшиеся в предыдущей. С одними детьми переход к этому этапу совершался уже к середине первого сеанса, с другими – на втором, третьем или четвертом сеансе. Детям, состояние которых изначально характеризовалось высокой активностью, правила и ограничения задавались уже с самого начала психокоррекционной работы.

Динамическое наблюдение за детьми, результаты их деятельности (в частности, рисунки) и отзывы родителей свидетельствуют о том, что состояние подавляющего большинства детей, с которыми проводилась психокоррекция, существенно улучшилось. Повысилась и стала более упорядоченной активность, снизились проявления агрессии, у многих детей восстановились сон и аппетит.

К сожалению, ограниченность периода, в течение которого проводилось наблюдение, не дает возможности судить о стойкости достигнутых результатов. Однако, судя по литературным данным, обеспечение быстрого выхода из состояния острого стресса является одним из важнейших условий предупреждения последующего развития ПТСР. Это позволяет нам рассчитывать на долговременный положительный эффект проведенной психокоррекционной работы.

Е. И. Морозова, А. Л. Венгер

ОТЧЕТ О РАБОТЕ, НАПРАВЛЕННОЙ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА

В настоящее время в г. Беслане реализуется программа «Поддержка Центра реабилитации детей и подростков Беслана», проводимая при финансовой поддержке благотворительной организации «Чаритиз Эйд Фаундейшн» (Charities Aid Foundation), Великобритания (грант BL003). В рамках проекта проводится следующая работа:

1. В Центре психологической реабилитации детей и подростков при ЦКБ г. Беслана проводится индивидуальная и групповая игровая терапия и арттерапия детей и подростков, пострадавших в результате террористического акта. Работа проводится ежедневно (кроме выходных), с 10:00 до 18:00. В среднем Центр посещают 15-20 детей в день. Работу проводят психологи Беслана и Владикавказа: Ф. В. Багаева, Л. М. Каллагова, М. Т. Канукова, Т. Т. Наскидаева, М. М. Сосранова, В. В. Юханов, врачи-психотерапевты И. Э. Марзаев, А. В. Бородин. Во второй половине января, в связи с выездом основных сотрудников Центра на обучение в Москву, работу в Центре проводили психологи-волонтеры из Беслана и Владикавказа. Общее руководство работой Центра осуществляет зам. главврача больницы, куратор Центра В. Ч. Баскаев. Работа проводится посменно, в каждой смене работает не менее двух сотрудников одновременно. Регулярно (не реже двух раз в неделю) ведущим супервизором проекта Е. И. Морозовой и руководителем проекта А. Л. Венгером осуществляется супервизия работы сотрудников Центра по телефону. В течение ноября была разработана программа дальнейшей работы Центра. Сотрудники Центра были ознакомлены с ее основными положениями.

2. 13–17 ноября состоялась командировка А. А. Тагиева и В. А. Морозова в Беслан. В ходе командировки был проведен однодневный тренинг командообразования с сотрудниками Центра. Была собра-

на информация о психологической ситуации в Беслане. Перед А. А. Тагиевым и В. А. Морозовым была также поставлена задача выяснить возможности открытия филиала Центра. Для решения этой задачи ими были проведены переговоры с администрацией пяти детских садов Беслана, осуществлена видеосъемка помещений, в которых мог быть размещен филиал. Анализ видеоматериалов и результатов переговоров показал, что наиболее подходящей базой для организации филиала Центра является ОУ начальная школа-детский сад «Радуга».

3. 4–8 декабря состоялась командировка руководителя проекта и ведущего супервизора в Беслан. В ходе командировки с сотрудниками Центра была обсуждена программа дальнейшей работы. Была проведена супервизия сложных случаев, демонстрационные сеансы индивидуальной и групповой психотерапии с детьми и подростками. Были проведены переговоры с директором Е. П. Цгоевой и куратором программ Министерства образования Л. М. Хабаевой. В результате была достигнута договоренность об открытии филиала Центра в ОУ начальная школа-детский сад «Радуга». Во время командировки был также составлен список психологов и педагогов г. Беслана, приглашаемых на обучающий семинар в Москву.

4. В течение декабря была разработана программа обучающего семинара для психологов и педагогов Беслана, намечена программа их психологической реабилитации. Проведены переговоры и заключены договора с лекторами и ведущими тренингов. Получено согласие руководства Российской медицинской академии последиplomного образования (РМАПО) на проведение последующей аттестации слушателей семинара с выдачей им удостоверений государственного образца о прохождении курса повышения квалификации.

5. В январе 2005 г. оборудован и начал работу филиал Центра в ОУ начальная школа-детский сад «Радуга».

6. В период с 3 по 9 января проведен учебно-реабилитационный семинар для группы из 8 психологов и педагогов г. Беслана. Семинар включал занятия по детской психологии, индивидуальное консультирование, экскурсии, посещение музеев и театров. В проведении семинара на волонтерских основаниях участвовали сотрудники Центра социально-психологической реабилитации «Наша жизнь» А. Э. Колмановский и Н. Е. Колмановская.

7. 13-14 января проведен двухдневный тренинг по групповой работе с подростками (16 академических часов), в котором участвовали 3 психолога г. Беслана. Тренинг проводила на волонтерских основаниях профессор Галлодетского университета (США) J. Berube. Тренинг проводился на территории и при участии Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА», директор к. м. н. Н. К. Кириллина). По завершении тренинга выданы сертификаты участия.

8. С 17 по 29 января проведен двухнедельный обучающий семинар для 12 психологов и 3 детских психиатров г. Беслана. Занятия проводили ведущие специалисты кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО: зав. кафедрой, проф., д. м. н. Ю. С. Шевченко, д. м. н. Ю. Ф. Антропов, д. пс. н. А. Л. Венгер, доценты к. м. н. Е. И. Баздырев, Л. Ю. Данилова, Н. П. Захаров, к. пс. н. Е. И. Морозова, к. м. н. Н. К. Кириллина и другие приглашенные специалисты. По завершении обучения комиссией РМАПО была проведена аттестация слушателей, по результатам которой им выданы удостоверения государственного образца о прохождении курса повышения квалификации. В период семинара проводилась также групповая работа, направленная на психологическую реабилитацию участников. Помещение для проведения реабилитационной работы было на безвозмездной основе предоставлено Институтом гармоничного развития и адаптации.

Л. К. Яценко

РОЛЬ ПСИХИАТРА В РАБОТЕ ЦЕНТРА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ПЛАНЕ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ (ШКОЛЬНОЙ) ДИЗАДАПТАЦИИ

Центр психолого-медико-социального сопровождения «Северо-Восток» (Москва).

За последние 10 лет значительно увеличилось количество детей с психоневрологической патологией. По цифрам, представленным Минздравом РФ за последние 5 лет, частота психической патологии среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7%, а среди подростков – на 2,5%. Уже в возрасте до 3 лет около 10% детей обнаруживают явную психическую патологию; среди дошкольников психические расстройства и аномалии развития составляют 60% и более, достигая в школьном возрасте 70-80% от общего числа учащихся. Процент дошкольников, не готовых к систематическому обучению, увеличился с 6,7% до 32%. К сожалению, выявление детей с уже имеющейся школьной дизадаптацией происходит в начале обучения, а порой и позже. Поэтому актуальным является вопрос о наиболее раннем профилактическом выявлении детей группы риска и оказание им комплексной помощи еще до поступления в

школу. В связи с ростом психоневрологической патологии в каждом округе г. Москвы открываются реабилитационные центры для этой категории детей. Эти центры чаще всего подчиняются ведомству образования, поэтому реабилитационные формы помощи носят зачастую односторонний характер с преобладанием психолого-педагогических методов.

В данной работе представлен опыт работы Центра психолого-медико-социального сопровождения «Северо-Восток» г. Москвы (ЦПМСС), где реабилитационная работа построена на основе междисциплинарного подхода и включает в себя комплекс медико-психолого-педагогических воздействий с координирующим действием врача-психиатра. Наличие в штате психиатра не всегда считается обязательным в структуре реабилитационных центров. Однако в данной работе отчетливо показан высокий удельный вес психоневрологической патологии (97%) у детей, посещающих коррекционно-развивающие занятия в Центре. Из них 95,5% имеют психическую патологию пограничного уровня (остаточные проявления резидуально-органического поражения ЦНС, соматовегетативные расстройства, невротические и астенические состояния) и 1,5% детей имеют мягко текущие эндогенные заболевания (малопрогрессирующая шизофрения). Таким образом, все 97% детей нуждаются в психиатрической или психотерапевтической помощи.

В задачи психиатра ЦПМСС входит не только определение факта наличия или отсутствия психического расстройства, но и, по возможности, детальная характеристика его глубины, предположительной динамики в ближайшее время и в отдаленной перспективе с указанием предположительного возраста стабилизации и компенсации состояния, а также указание на возможные патологические реакции в ответ на активные коррекционные воздействия, медикаментозная терапия и динамическое наблюдение. Данные динамического наблюдения заносятся в индивидуальную карту ребенка каждым специалистом, а врач-психиатр оценивает динамику состояния по 10-балльной шкале. Это придает диагностическим заключениям большую гибкость, дает возможность катamnестического прослеживания, необходимого для определения эффективности проводимой коррекционной работы и оценки степени достигнутой адаптации. Динамическое наблюдение позволяет при необходимости своевременно корректировать осуществляемые вмешательства.

В рамках нашего исследования находились 154 ребенка (111 мальчиков и 43 девочки, соотношение 2,5:1) в возрасте от 4 до 6 лет с диагнозом задержки психического развития. Задачей исследования было определение значимости медицинской реабилитации в общем комплексе воздействий, направленных на профилактику школьной дизадаптации. С этой целью все обследованные дети были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 77 детей, получивших полный реабилитационный комплекс мероприятий, построенный по дифференцированному принципу в соответствии с результатами психолого-психиатрического и социально-педагогического обследования; в контрольную – также 77 детей, реабилитация которых в силу тех или иных причин (субъективных и объективных) основывалась на общем диагнозе «ЗПР» без учета психопатологической дифференциации, нейропсихологической характеристики, соматического и социального статуса. Контрольная группа оказалась естественной моделью тех учреждений, где психиатр отсутствует или участвует в бригаде парциально (например, только на этапе первичной диагностики).

Все дети нашего исследования имели интеллектуальную недостаточность различной степени выраженности и структуры. Неосложненная форма ЗПР встречалась в 3,2% случаев (5 человек детей в обеих группах). В 96,8% случаев (149 человек) отмечалось осложнение ЗПР речевыми нарушениями, соматической ослабленностью (в т. ч. дети-инвалиды), нейропсихологической недостаточностью и различными психопатологическими синдромами. Синдромологический спектр выявленных психопатологических расстройств включал в себя проявления церебрастенического - у 25 (32,5%) детей основной группы и у 17 (22,1%) контрольной и невротического спектров - у 100% детей, психопатоподобного - по 10 человек (13%) в каждой группе, гипердинамического синдромов - у 23 (29,9%) детей в основной группе и у 18 (23,4%) в контрольной группе, аутистические нарушения - у 8 (10,4%) и 4 (5,2%) детей соответственно в каждой группе.

Речевые нарушения, осложняющие ЗПР (ОНР, ФФН, дизартрия, дисграфия, дислексия, дислалия, алалия, заикание), отмечались у 127 (82,5%) дошкольников: у 66 (85,7%) детей основной группы и у 61 (79,2%) ребенка контрольной группы. Чаще других встречалось ОНР у 99 (77,9%) детей обеих групп.

Ослабление соматического здоровья, которое осложняло течение ЗПР, встречалось у 90,3% (139 человек) детей: у 73 (94,8%) детей основной группы и у 66 (85,7%) детей контрольной группы. Статистически значимыми были частые простудные заболевания (44,6% и 47,3%), функциональные изменения сердечно-сосудистой системы и врожденные пороки сердца (по 50% в каждой группе). Группа инвалидов детства в наших исследованиях состояла из 27 детей (17,5%) - 14 дошкольников (18,1%) в основной группе и 13 (16,9%) в контрольной.

Все дети обследованных групп были осмотрены психологом. У детей обеих групп преобладали недоразвитие высших психических функций, незрелость эмоционально-волевых свойств личности и сни-

жение объема памяти. Коррекция нейропсихологических нарушений, осложняющих ЗПР, проводилась у 147 детей (95,5%): у 71 ребенка (92,4%) основной группы и у 76 детей (98,7%) контрольной группы.

К социально-средовым факторам были отнесены: состав семьи, внутрисемейная обстановка, особенности воспитания, материальные условия, посещение детского сада, подготовленность к школьному обучению и наличие психотравм. При анализе влияния отдельных факторов данной группы статистически значимым оказалось наличие психотравмирующей ситуации в семье (57,6% и 68,2%), низкий социально-бытовой уровень (40,7% и 47%), воспитание в неполной семье (33,9% и 40,9%).

Статистически значимых различий по указанным выше параметрам между группами отмечено не было.

Контроль за проведением реабилитационных мероприятий лежал на враче-психиатре Центра. Итогом успешной реабилитации являлись:

- улучшение в состоянии психического и соматического здоровья ребенка;
- социальная адаптация;
- поступление ребенка в школу в соответствии со своими возможностями.
- Эффективность проводимых комплексных мероприятий у детей, имеющих частые простудные заболевания или хроническую соматическую патологию, оценивалась по следующим критериям:
 - по частоте рецидивов (урежение);
 - по укорочению периода обострений;
 - по увеличению периода ремиссий;
 - по снижению количества дней и тяжести обострений.

Таким образом, стабилизация соматического состояния отмечалась у 27 (35%) детей основной группы и у 15 (19,5%) детей контрольной группы ($p < 0,05$). Дети, стабилизированные соматически, могли систематически посещать коррекционные занятия и лучше усваивать предложенный материал. Результатом явилось улучшение их социальной адаптации.

Улучшение психического здоровья детей с ЗПР оценивалось по следующим критериям:

- улучшение интеллектуальных и коммуникативных навыков;
- сглаживание нарушений поведения;
- уменьшение проявлений расстройств невротического уровня;
- уменьшение церебрastенических проявлений;
- улучшение речевых функций.

Таким образом, улучшение психического здоровья отмечалось у 73 (94,5%) дошкольников основной группы и у 31 (40,3%) в контрольной группе ($p < 0,05$).

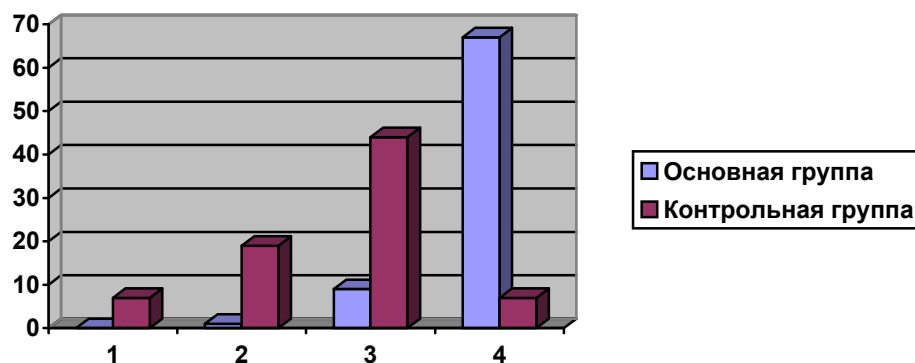
Адаптация ребенка оценивалась по 10-балльной системе. Условно шкала общей оценки тяжести состояния была разделена на 2 части: адаптация (7-10 баллов) и дизадаптация (1-6 баллов). Результаты реабилитационных мероприятий представлены в таблице.

	Основная группа		Контрольная группа	
	до реабилитации	после реабилитации	до реабилитации	после реабилитации
адаптация	17-22%	69-89,6%	8-10,4%	27-35%
дизадаптация	60-78%	8-10,4%	69-89,6%	50-65%

По шкале адаптации различия между группами были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Общим итогом всех реабилитационных мероприятий (по трем основным параметрам), проводимых в условиях ЦПМСС, явились следующие данные: в основной группе положительная динамика в состоянии детей отмечалась у 67 (87%) дошкольников, тогда как в контрольной - только у 7 (9%) детей; незначительная положительная динамика в основной группе отмечалась у 9 (11,9%), а в контрольной – у 44 (57%) детей; без динамики в основной группе остался 1 ребенок (1,3%), родители которого отказались от предложенной помощи в связи с изменением места жительства, тогда как в контрольной группе таких детей было 19 (24,7%); отрицательной динамики не было у детей основной группы, и наблюдалась она у 7 (9%) детей контрольной группы; из них у 1 была диагностирована деменция после тяжелой черепно-мозговой травмы, у 1 – эндогенное заболевание со снижением интеллекта и у 5 – умственная отсталость. Различия в группах после проведения реабилитационных мероприятий были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Динамика состояния детей по группам представлена в виде диаграммы:



1 – отрицательная динамика; 2 – без динамики; 3 – незначительная положительная динамика; 4 – положительная динамика.

В заключение можно констатировать, что усилиями только психолога и коррекционного педагога обеспечить необходимый объем индивидуальной помощи невозможно, т. к. их профессиональная подготовка не отвечает целостному подходу к оценке проблем ребенка с пограничными расстройствами психики. Эффективность работы реабилитационных центров оказывается недостаточной в том случае, когда психиатр отсутствует или участвует в бригаде только на этапе первичной диагностики. Поэтому участие врача-психиатра на всех этапах реабилитационного процесса является обязательным. Включение систематической медицинской помощи в общий комплекс реабилитационных мероприятий существенно влияет на исход реабилитационной работы, в том числе и на профилактику социальной (школьной) дизадаптации у дошкольников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Взаимодействие специалистов различного профиля при терапии психосоматических расстройств у детей // Материалы межрегиональной научно-практической конференции 23-24 апреля 2002 г. «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы». Кострома, 2002. – С. 68.
2. Вишневецкая Т. Ю., Платонова А. Г. Состояние здоровья, физического развития и «школьная зрелость» дошкольников // Гигиена детей и подростков на пороге третьего тысячелетия. Основные направления развития. Материалы конференции 16-17 ноября 1999 г. – С. 50.
3. Вострокнутов Н. В. Школьная дизадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дизадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25—27 октября 1995 г. М., 1995. – С. 8-11.
4. Данилова Л. Ю. Клиническая типология школьной дизадаптации // Школьная дизадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25—27 октября 1995 г. М., 1995. – С. 40-41.
5. Заваденко Н. Н. и др. Школьная дизадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии, 1999, № 4. – С. 21-28.
6. Иовчук Н. М. Психопатологические механизмы школьной дизадаптации // Школьная дизадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25-27 октября 1995 г. М., 1995. – С. 23-25.
7. Иовчук Н. М., Северный А. А. Междисциплинарное взаимодействие в коррекционной работе при пограничной психической патологии у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2001, № 1. – С. 70-76.
8. Каган В. Е. Школьная дизадаптация: к определению понятия // Школьная дизадаптация: Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. Материалы Всероссийской научно-практической конференции 25—27 октября 1995 г. М., 1995. – С. 3-8.
9. Макарова З. С., Печора К. Л., Доскин В. А. Система комплексной реабилитации детей с пограничными отклонениями в состоянии здоровья // Российский педиатрический журнал, 1999, № 4. – С. 22-26.
10. Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю. Комплексная многоуровневая терапия и психокоррекция детей с гиперактивностью // Материалы межрегиональной научно-практической конференции 23-24 апреля 2002 г. «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы». Кострома, 2002. – С. 110-112.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ РАСТОРМОЖЕННОСТЬЮ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В настоящее время *двигательная расторможенность* рассматривается специалистами как имеющая самые разные причины - органические, психические, социальные. Однако большинство авторов, занимающихся проблемами так называемого синдрома гиперактивности и дефицита внимания, рассценивают его преимущественно как результат тех или иных проблем органического, неврологического характера. Двигательная расторможенность как нарушенное поведение имеет много схожего с другими видами отклоняющегося развития, но на настоящий момент существуют критерии выделения группы нарушений, в которых гиперактивность представляет главную проблему.

Данные о распространенности подобных поведенческих расстройств широко варьируют (от 2% до 20% в детской популяции). По данным К. Barth (1992), до 20% всех детей дошкольного возраста имеют своеобразное поведение, при этом такие формы поведения, как двигательное беспокойство, бесцельная активность, сопровождаемые импульсивностью, стоят на первом плане. В работах отечественных исследователей (Школьная дизадаптация..., 1995) синдром гиперактивности выявлен у 23% учащихся младших классов. Следует отметить, что трудности в обучении выступали у 40% этих детей, а у 26% они достигали степени учебной декомпенсации. Хорошо известно, что у девочек подобные проблемы встречаются в 4-5 раз реже, чем у мальчиков.

Несмотря на то что гипотеза тождественности гиперкинетического синдрома и минимальной мозговой дисфункции подвергается сомнению, чаще всего причинами заболевания (или состояния) считаются осложнения в течение всего перинатального периода, заболеваний нервной системы на протяжении первого года жизни, а также травм и заболеваний, полученных в течение первых трех лет жизни ребенка. В дальнейшем у большинства детей с подобными проблемами поведения диагностируется «легкая дисфункция мозга» или «минимальная дисфункция мозга» [1, 2, 10, 13]. Связь между гиперактивностью и нарушением функций мозга впервые была описана в США в 1940-е гг. как «гиперкинетическое поведение» у детей с постэнцефалитным синдромом. С тех пор моторная расторможенность стала увязываться с «минимальными мозговыми повреждениями» (Р. Conrad, 1990). Поскольку не было представлено однозначных доказательств мозговых повреждений, которые бы коррелировали с указанной симптоматикой, в 1966 г. произошла смена понятий: вместо «минимального мозгового повреждения» стали говорить о «минимальной мозговой дисфункции». Тем самым упор делался не на повреждении субстрата, а на неточно локализуемом церебральном нарушении органического характера (Н. Harbauer, 1980). Речь шла также о «нарушении функций мозга», проявляющихся только в функциональной области и вызывавших такие отклонения, как гиперактивность и другие симптомы в сферах поведения, работоспособности и учебы, — одним словом, о «поведенческом синдроме» (А. Bauer, 1986). Таким образом, считалось возможным ссылаться на органическую этиологию, тем самым болезненный характер нарушения выступал на первый план, что выражалось медицинским термином «синдром».

Первые развернутые клинические описания функциональной мозговой недостаточности в литературе появились в 30—40-е годы XX в. Было сформулировано понятие «минимальное мозговое повреждение», которым стали обозначать «непрогрессирующие резидуальные состояния, возникающие в результате ранних локальных поражений ЦНС при патологии беременности и родов (пре- и перинатальной), черепно-мозговых травм или нейроинфекций. Особенностью клинической картины считались проявления отставания в развитии отдельных высших психических функций (но не интеллекта в целом), «... поведенческие нарушения, перцептивные расстройства, неустойчивость внимания, трудности обучения и эмоциональные нарушения» (Н. Н. Заваденко, 2000, с. 8). Позднее распространение получил термин «минимальная мозговая дисфункция», который стали использовать «... применительно к группе различных по своим причинам и механизмам развития (... этиологии и патогенезу) состояний, сопровождающихся расстройствами поведения и трудностями обучения, не связанными с выраженными нарушениями интеллектуального развития» (там же, с. 9).

Дальнейшее всестороннее изучение минимальных мозговых дисфункций показало, что их сложно рассматривать в качестве единой клинической формы. Об этом свидетельствовали многообразие и неоднородность клинических проявлений, наличие различных факторов, лежащих в основе их этиологии и патогенеза. В связи с этим для последнего пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-10) были разработаны диагностические критерии ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках описываемых. Применительно к проблемам двигательной расторможенности это раздел F90-F98: «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста» (рубрика F90-«Гиперкинетические расстройства» (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 1997).

Существует гипотеза, что дети с гиперкинетическим синдромом с точки зрения активации мозга «недовозбуждены» и поэтому сами возбуждают и стимулируют себя своей гиперактивностью, чтобы компенсировать сенсорный недостаток. Lou et al. (1984) обнаружили недостаточную активность обменных процессов в передних отделах мозга у детей с признаками расторможенности. Именно этим фактом ряд авторов и объясняет давно известное положительное воздействие психостимуляторов при медикаментозном лечении детей с подобными нарушениями.

Большинством авторов описывается возрастная динамика поведенческих проблем при минимальных дисфункциях мозга. Так, максимальная выраженность проявлений совпадает с критическими периодами развития у детей. К первому периоду относят возраст 1-2 года, когда происходит интенсивное развитие корковых зон психических функций и активное формирование сенсомоторных функций, речи. В соответствие с теорией аффективной регуляции поведения и сознания О. С. Никольской (2000), этот период совпадает с «манифестацией» первого и отчасти третьего уровней аффективной регуляции, что характеризуется как период «полевого» поведения. Второй период приходится на возраст 3 лет. На этом этапе у ребенка совершенствуется двигательное и речевое развитие и на этой базе активно начинает развиваться регуляторная сфера - элементарная регуляция своего поведения, «опроецируются» внимание и память, графическая деятельность и др. Наличие признаков резидуально-органического повреждения ЦНС в этом периоде развития, в первую очередь, проявляется отставанием в формировании именно регуляторных и элементарных волевых компонентов деятельности. Третий критический период относят к возрасту 6-7 лет. Он совпадает с началом школьного обучения. Для подобных проявлений у детей этого возраста характерна высокая частота не только проблем регуляции собственного поведения, но и проблем, связанных с овладением программным материалом. Значительные трудности психологического характера нередко обуславливают у детей различные психосоматические нарушения, проявления вегетативно-сосудистой дистонии, астенические проявления. Помимо этого, период от 4 до 10-летнего возраста считается периодом так называемого психомоторного реагирования. Именно в этом возрастном периоде устанавливаются более зрелые субординационные отношения между иерархически соподчиненными структурами двигательного анализатора. А нарушения этих, «... пока еще неустойчивых субординационных отношений, являются важным механизмом возникновения расстройств психомоторного уровня реагирования» (цит. по В. В. Ковалев, 1995). Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с признаками минимальных дисфункций мозга преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность, то у школьников на первый план выступают трудности организации своего поведения и трудности академического плана.

Однако, дети, имеющие подобные проблемы поведения, имеют самые разнообразные эмоционально-аффективные характеристики. Более того, у детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности, как правило, и относимых к единому «синдрому гиперактивности», часто обнаруживаются принципиально различные, «противоположные по знаку» особенности развития аффективной сферы в целом.

Специфика нашего исследования состояла в том, что проблемы двигательной расторможенности рассматривались с точки зрения особенностей и различий не только неврологического статуса, но и *статуса аффективного*. А анализ поведенческих проблем и особенностей ребенка опирался на выявление не только причин, но и психологических механизмов, лежащих в их основе. По нашему мнению, собственно аффективный статус детей с поведенческими проблемами по типу двигательной расторможенности может быть описан с точки зрения гипо- или гиперфункционирования механизмов каждого из четырех уровней базовой аффективной регуляции (БАР), по О. С. Никольской, - какой из уровней БАР находится в состоянии повышения чувствительности или повышения его выносливости.

Рабочая гипотеза заключалась в том, что сама двигательная расторможенность, столь одинаковая в своем проявлении у большинства детей, может иметь совершенно различную «природу», обусловленную не только проблемами неврологического статуса, но и особенностями тонического обеспечения деятельности ребенка - уровнем психической активности ребенка и параметрами его работоспособности, т. е. зависеть от специфики функционирования уровней базовой аффективной регуляции.

Выборка и методы исследования

В качестве анализируемой (экспериментальной) группы были взяты дети от 4,5 до 7,5 лет, родители которых обратились с жалобами на *двигательную и речевую расторможенность, неуправляемость* детей, существенно затрудняющую их адаптацию в дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Часто ребенок приходил с уже «готовым» диагнозом, который озвучивался как «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «синдром повышенной нервной возбудимости», «минимальная

мозговая дисфункция».²

Всего было проведено углубленное психологическое обследование 119 детей. Практическая работа проходила на базе ЦППРиК «Тверской» ЦАО в 2003-2004 гг. Был разработан блок адекватных задачам исследования *методов диагностики*, который включал в себя:

1. Подробный и специфически ориентированный сбор психологического анамнеза:
 - особенности раннего психомоторного развития;
 - особенности раннего эмоционального развития, в том числе и характера взаимодействия в диаде «мать-дитя». В этом плане анализировались основные тревоги и беспокойства матери на первом году жизни, касающиеся взаимодействия в диаде «мать-дитя»;
 - наличие косвенных признаков неврологического неблагополучия.
 2. Анализ особенностей операциональных характеристик деятельности ребенка.
 3. Оценку уровня психического тонуса (для этих же целей был разработан совместно с О. Ю. Чирковой и апробировался специальный тематический опросник для родителей).
 4. Исследовались особенности сформированности различных уровней произвольной регуляции деятельности:
 - простых движений;
 - двигательных программ;
 - произвольного владения психическими функциями;
 - удержания алгоритма деятельности;
 - произвольной регуляции эмоциональной экспрессии.
 5. Исследовались особенности развития различных сторон когнитивной сферы.
 6. Анализировались эмоционально-аффективные особенности ребенка.
- Следует подчеркнуть, что особое внимание уделялось общему уровню психической активности и психического тонуса ребенка.

7. Помимо этого обязательно оценивался *вид помощи*, необходимый ребенку:
 - стимулирующая;
 - «тонизирующая» ребенка и его деятельность;
 - организующая (то есть построение алгоритма деятельности «вместо» ребенка, осуществление программирования этой деятельности, контроля за ней со стороны взрослого).

В соответствии с показателями *уровня общей психической активности ребенка; темпа его деятельности, параметров работоспособности, эмоционально-аффективных особенностей ребенка* давалась интегральная оценка профиля в целом и *состояния отдельных уровней базовой аффективной регуляции*, по О. С. Никольской – т. е. оценивалось, какой из уровней БАР находится в состоянии повышения чувствительности или повышения выносливости.

Основные результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования были выявлены существенные различия между проявлениями исследуемых особенностей развития у различных детей. Эти результаты позволили разделить детей на три группы: 70 детей были отнесены к **первой группе** (20 – девочек, 50 – мальчиков), **вторая группа** состояла из 36 детей (15 девочек и 21 мальчик), и 13 детей составили **третью группу**.

Специфичным для детей, относимых к **первой группе**, было наличие в анамнезе косвенных или явных (по медицинским документам) признаков неврологического неблагополучия, как правило, выраженных в достаточной степени. На ранних этапах, в первую очередь, это проявлялось в изменениях мышечного тонуса – значительно чаще отмечались мышечный гипертонус или мышечная дистония – неравномерность мышечного тонуса. Достаточно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставится диагноз ПЭП (перинатальной энцефалопатии). Косвенные признаки неврологического неблагополучия проявлялись в этот период помимо нарушений мышечного тонуса частыми, фонтанными срыгиваниями, проблемами сна, иногда инверсией режима сна-бодрствования, пронзительными, «истошными» криками ребенка. Повышенный мышечный тонус нижних конечностей – порой даже невозможность расслабить мышцы ног – приводил к тому, что, рано встав на ножки, ребенок стоял «до упада». Иногда так же рано ребенок начинал ходить, а сама ходьба скорее напоминала неудержимый бег. Дети, как правило, плохо принимали любой «твердый» прикорм (порой до 3-3,5 лет с трудом принимали твердую пищу). Из воспоминаний матерей о своих тревогах (в 62 из 70 случаев) чаще всего звучало воспомина-

² Следует заметить, что, с нашей точки зрения, дословный перевод с английского hyperactivity – гиперактивность скорее будет относиться к детям с синдромом двигательной расторможенности. В данной работе мы не будем подробно останавливаться на различиях в проявлениях собственно гиперактивности и двигательной расторможенности, ограничившись лишь их разделением по параметру продуктивности деятельности у «гиперактивного» ребенка.

ние о том, что ребенка было очень трудно успокоить, он постоянно кричал, постоянно находился на руках, требовал укачивания, постоянного присутствия матери.

Таким образом, специфичным для данного варианта развития являлось наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия в анамнезе, изменения (как правило ускорения и реже - нарушения последовательности моторного развития) раннего психомоторного развития, что можно квалифицировать по совокупности признаков как *минимальную дисфункцию мозга*, следствием которой являлась *недостаточная сформированность* произвольного (регуляторного) компонента деятельности в целом. Дети этой группы демонстрировали дефицитарность регуляции собственной деятельности уже на самых элементарных уровнях - выполнении простых двигательных проб по образцу (для детей до 5,5 - летнего возраста) и выполнении по образцу простых двигательных программ - для более старших детей. Совершенно очевидно, что иерархически более высшие и позднее формирующиеся уровни регуляции поведения в целом оказывались у детей этой группы выражено дефицитарными. При анализе особенностей развития такого ребенка отмечалась несформированность именно *произвольного* звена всех психических функций и процессов: не только произвольности восприятия, памяти и естественно *внимания*, но и «высших»: целенаправленности и целеполагания, программирования и контроля.

При достаточной внешней организации деятельности и ее жестком контроле со стороны взрослого большинство детей этой группы было способно к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту, - так называемая «организующая помощь». Работоспособность в целом была снижена умеренно, темповые характеристики деятельности крайне неравномерны (в первую очередь, за счет импульсивности и трудностей осуществления целенаправленной деятельности). Ребенок скорее был пресыщаем, чем истощаем, хотя, чем более были выражены признаки неврологического неблагополучия, тем более сниженной, «дефицитарной» оказывалась сама работоспособность. Этот параметр еще более негативно сказывался на возможности произвольной регуляции всей деятельности, приводил к импульсивным ее формам. По мере наступления утомления признаки поведенческой неадекватности могли нарастать. В этом же «ключе» можно было говорить о снижении критичности к результатам своей деятельности.

Специфика познавательной деятельности заключалась в том, что она оказывалась дефицитарной именно в звене регуляции. Сами психические функции и процессы - восприятие, внимание, память, речемыслительная деятельность, в том числе вербально-логическое мышление, и т. д. - первично могли быть и не дефицитарны. Часто в процессе диагностики выявлялись трудности распределения внимания более чем по двум признакам одновременно. Крайне затруднительными становились задания, требующие собственно программирования, выстраивания алгоритма деятельности.

Что касается особенностей формирования уровневой аффективной регуляции, то по результатам интегральной оценки поведения ребенка и по результатам ответов родителей ребенка наблюдалось, как правило, искажение пропорций системы в основном за счет гиперфункции 3-го уровня аффективной регуляции, а в грубых случаях 2-го и 4-го уровней.

В дальнейшем подобные проблемы поведения, по нашим наблюдениям, могут приводить к девиации развития в сторону дисгармоничного развития экстрапунитивного типа.

Таким образом, наблюдаемая у детей первой группы двигательная расторможенность по сути своей может считаться «*фоновой*» и лишь усиливается в своих проявлениях при утомлении ребенка.

Для детей, относимых ко **второй группе** (36 случаев), были специфичны следующие особенности развития.

В картине раннего развития детей не обнаруживались признаки выраженного неврологического неблагополучия, а с точки зрения сроков и темпа раннее психомоторное и эмоциональное развития в основном соответствовало нормативным показателям. Однако несколько чаще, чем в среднем по популяции, встречалось изменение не сроков, а самой последовательности моторного развития. Врачами выявлялись проблемы, связанные с негрубыми нарушениями вегетативной регуляции, что проявлялось как в негрубых нарушениях питания, сна, так и в эмоциональной лабильности в раннем возрасте. Нескольким детям был выставлен диагноз ПЭП, назначалось лечение и/или массаж, как правило, тонизирующий. Часть этих детей, по мнению родителей, демонстрировала несколько замедленные темпы моторного развития, которые все же укладывались в пределы средневозрастных показателей. Дети, этой группы чаще болели, в том числе чаще, чем в среднем в популяции, на первом году жизни встречались дисбактериоз, варианты аллергических проявлений.

Мама большинства этих детей (27 из 36) вспоминали свои тревоги по поводу отношений с детьми на первом году жизни как неуверенность в своих действиях. Часто не знали, как успокоить ребенка, как его правильно кормить или пеленать. Некоторые мамы вспоминали, что часто кормили ребенка не на руках, а в кроватке, просто поддерживая бутылочку. Матери боялись избаловать детей и приучать их «к рукам». В некоторых случаях подобное поведение диктовалось прародителями, реже отцом ребенка.

При обследовании детей этой группы, в первую очередь, обращал на себя внимание невысокий

фон настроения и, чаще всего, сниженные показатели общей психической активности. Дети часто нуждались в подбадривании и своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Именно такой вид помощи оказывался наиболее действенным для ребенка.

Сформированность регуляторной сферы этих детей (в соответствии с возрастом) оказалась достаточной. Эти дети **до наступления утомления** как вполне справлялись со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, так и удерживали алгоритм деятельности соответственно возрасту. А вот возможность регуляции эмоциональной экспрессии оказывалась чаще всего недостаточной. (Хотя следует отметить, что в возрасте до 7-8-лет дети нормативно могут демонстрировать трудности регуляции эмоций даже в экспертных ситуациях).

Т. е. в целом, по отношению к произвольной регуляции поведения детей, относимых ко второй группе, можно говорить о достаточном ее уровне. В то же время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния зачастую оказывался сформирован недостаточно, что показывает отчетливую взаимосвязь между формированием регуляции эмоций и эмоциональной экспрессии и спецификой формирования собственно аффективной регуляции поведения.

Темповые характеристики деятельности были замедлены. Работоспособность детей чаще всего оказывалась ниже возрастных показателей (по-видимому, и за счет недостаточности уровня психической активности и психического тонуса в целом).

Показатели когнитивного развития в большинстве случаев соответствовали возрасту, однако у одного и того же ребенка могли значительно разниться в зависимости степени утомления. Результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность когнитивной деятельности в целом колебалась в зависимости от состояния утомления и общего уровня психической активности ребенка.

С позиций анализа аффективного статуса часто приходилось говорить о недостаточной аффективной тонизации уже начиная со 2-го уровня аффективной регуляции (то есть его гипофункции) и, как следствие, изменение пропорций в тонизации 3-го и 4-го уровней.

В этом случае, особенно при наступлении утомления, *необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявиться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции. Именно это и выражается у детей в возникновении стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, но имеющих в данном случае принципиально иной смысл!*

Итак: для детей второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности отражают не присущую им «активность», а свидетельствуют о еще большем снижении психического тонуса на фоне утомления и о компенсаторной потребности в активизации и «тонизации различных уровней аффективной регуляции» посредством двигательной активности – прыжков, бестолковой беготни, даже элементов стереотипных движений.

В соответствие с положениями теории О. С. Никольской об аффективной регуляции поведения и сознания, такого рода «тонизация» специфична для гипофункции 2-го уровня аффективной регуляции (уровня аффективных стереотипов), а появляющееся в ситуациях утомления «неоправданное бесстрашие» и игра «с риском» характеризуют особенности уже 3-го уровня аффективной регуляции – уровня аффективной экспансии. Может быть, именно в силу того, что у детей с ранним детским аутизмом (3-я группа РДА, по О. С. Никольской, и схожие с ней состояния – в частности, синдром Аспергера) происходит «поломка» всей системы аффективной регуляции или грубое искажение взаимодействия именно этого уровня аффективной регуляции, именно таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте, ошибочно выставляется диагноз «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью».

Эти предположения согласуются с представлениями Н. Remschmidt и M. Schmidt (1986), которые усматривают в гиперактивности ребенка попытку «привести свой мозг» в необходимое состояние активации должного уровня. К таким же эффектам приводит стимуляция кожного покрова, сенсорная интеграция, воздействие на вестибулярную систему. В нашем понимании, эти воздействия приводят к аффективной и сенсорной тонизации ребенка механизмами 2-го уровня аффективной регуляции. То есть для этой категории детей двигательная расторможенность является компенсаторной реакцией на психическое истощение, наступающее достаточно быстро, а двигательное возбуждение можно считать компенсаторным и **реактивным**.

По данным нейрофизиологических исследований, у гиперактивных детей наблюдаются признаки снижения неспецифических активирующих влияний на кору головного мозга, а также дефицит регулирующих механизмов, обеспечивающих процессы программирования и контроля деятельности (Р. И. Мачинская, Е. В. Крупская, 2001). По результатам изучения функционального состояния и уровня функциональной зрелости регуляторных систем мозга были сформулированы выводы о том, что у гиперактивных детей с трудностями обучения выявляется функциональная незрелость фронто-таламической регуляторной системы, а у гиперактивных детей без трудностей обучения – *выявляется дефицит неспецифической*

активации со стороны ретикулярной формации ствола мозга. По мнению авторов, полученные результаты свидетельствуют о том, что в основе гиперактивного поведения в сочетании с проблемами внимания могут лежать различные *нейрофизиологические механизмы*. В соответствии с результатами наших исследований – для детей **первой группы** будет типична функциональная незрелость фронто-таламической регуляторной системы, а для детей, относимых ко **второй группе**, будет характерен дефицит неспецифической активации со стороны ретикулярной формации ствола мозга.

Именно дети с низкими показателями психического тонуса (вторая группа) в дальнейшем, по результатам наших наблюдений, имеют большой риск формирования дисгармонического развития по интропунитивному типу и риск заболеваний психосоматического спектра (код: A12-х.х). (Н. Я. Семаго, М. М. Семаго, 2000, 2004).

Дети, отнесенные к **третьей группе** (13 человек), демонстрировали как признаки неврологического неблагополучия и достаточно выраженной регуляторной незрелости, так и невысокий уровень психического тонуса, неравномерность темповых характеристик деятельности, проблемы недостаточной сформированности познавательной сферы, и, по всей видимости, симптомы двигательной расторможенности у этих детей являлись лишь одним из проявлений несформированности как регуляторного, так и когнитивного звена психических функций – в нашей типологии отклоняющегося развития определяемое как «Парциальная несформированность смешанного типа» (код: H33-х.х).

Таким образом, при анализе детей первой и второй групп имели место существенные различия по параметрам:

- специфики раннего психомоторного развития;
- субъективных трудностей матерей и стили их взаимодействия с ребенком;
- уровня психического тонуса и психической активности;
- уровня зрелости регуляторных функций;
- особенностей развития познавательной сферы (у большинства детей по подгруппам);
- вида необходимой помощи (организующей – для детей первой и стимулирующей для детей второй группы).

По характеристикам темпа деятельности выявлялись следующие закономерности: у детей первой группы, как правило, темп деятельности был неравномерен, или убыстрен за счет импульсивности, а у детей второй группы темп деятельности до наступления утомления мог быть и не замедлен, но после наступления утомления чаще всего становился неравномерным, замедлялся или, реже, убыстрялся, что негативно сказывалось на результатах деятельности и критичности ребенка.

Не выявились столь значимые различия между детьми различных групп по параметру работоспособности – она чаще всего была недостаточной у детей обеих групп.

При этом выявлен специфичный для каждой группы детей *профиль базовой аффективной регуляции*:

- повышения выносливости отдельных уровней (гиперфункция) для детей первой группы;
- повышения их чувствительности (гипофункция) для детей второй группы.

Эти различия в аффективном «статусе» детей первой и второй групп рассматриваются нами как **ведущие механизмы выявляемых особенностей поведения** в обоих случаях. Такое понимание принципиально различных механизмов поведенческой дизадаптации позволяет разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, **принципиально различные** по своей сути подходы и методы психологической коррекции. Такая работа позволит не только более грамотно определить интегральное состояние ребенка, заранее предвидеть возможные трудности адаптации, но и выявить показания и противопоказания для проведения психологической коррекции в сочетании с коррекцией медикаментозной.

Можно предположить, что для помощи детям первой группы, в первую очередь, необходимо сопровождение невролога, а с точки зрения психологической коррекционной работы наиболее действенной будет работа, направленная на формирование произвольной регуляции деятельности в целом и функций программирования и контроля. Причем, работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, а позднее (если позволяет время) или параллельно (в зависимости от возраста ребенка) когнитивных методов, основанных на нейропсихологическом подходе. «Программирующей» в некоторых случаях может оказаться и сама среда (в том случае, если она специально структурируется), которая и создает возможность для постоянного внешнего контроля.

Для детей второй группы необходима работа по гармонизации системы аффективной регуляции, которая может проходить в виде ставшей уже классической работы, в соответствии с представлениями О. С. Никольской, а так же специально организованная работа по «тонизации» методами телесно-ориентированной терапии и близкими к ним техниками, адаптированными к работе с детьми. Использование именно этих техник может быть объяснено важностью «телесного» уровня как при работе, направленной на повышение

психической активности, так и при работе с диадой «мать-дитя». В настоящее время планируется разработка методологических и методических основ обоих видов психологической коррекции.

Выводы

Выявлены принципиально различные **причины** таких поведенческих расстройств, как двигательная, а часто и речевая расторможенность:

1. Синдром двигательной расторможенности с дефицитом внимания может быть следствием наличия у ребенка резидуально-органических проявлений, квалифицируемых неврологом как минимальные мозговые дисфункции.

2. Совершенно схожие поведенческие проблемы обнаруживаются у детей, не имеющих подобных проблем неврологического характера и, с нашей точки зрения, обусловленных сниженным уровнем психического тонуса и психической активности в целом (повышенная чувствительности 1-го и 2-го уровней БАР, по О. С. Никольской). Признаки расторможенности в данном случае выступают в качестве компенсаторных механизмов, «тонизирующих», повышающих общий уровень психического тонуса ребенка (нарастание защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции).

3. Выявлены различия в аффективном статусе детей выделяемых групп, рассматриваемые нами как **ведущие механизмы** выявляемых особенностей поведения в обоих случаях.

4. Разработаны диагностические критерии выделения и анализа причин, приводящих к поведенческой дизадаптации.

5. Подобран и разработан блок адекватных задач дифференциальной диагностики психологических методов исследования.

6. Понимание принципиально различных причин и механизмов поведенческой дизадаптации позволило разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, **принципиально различные** по своей сути подходы к методам и технологиям психологической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробинская А. О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М.: Школа-Пресс, 1999. – 144с. (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 1).
2. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. – 112 с. (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 5).
3. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Соловьев О. И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. – М.: ЭБЕВЕ, 1997.
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
5. Мачинская Р. И., Крупская Е. В. ЭЭГ-анализ функционального состояния глубинных регуляторных структур мозга у гиперактивных детей 7-8 лет // Физиология человека, 2001, Т 27, № 3. - С. 122-124.
6. Осипенко Т. Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. – М.: Медицина, 1996. – 288 с.
7. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия – М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496с.
8. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. – М.: АРКТИ, 2004. (Биб-ка психолога-практика)
9. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000. – 208 с. (Биб-ка психолога-практика).
10. Тжесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986.
11. Фарбер Д. А., Дубровинская Н. В. Функциональная организация развивающегося мозга // Физиология человека. - 1991, Т. 17, № 5.
12. Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства // Сб. докл. Всерос. научн.-практ. конф. - М., 1995.
13. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: Салит-Медкнига, 2002. – 128с.
14. Barth, K. (1992): Erzieherinnen beurteilen Kinder auf ihre Schulfähigkeit. Kindergarten heute, 22, H. 2, 40-50.
15. Bauer, A. (1986): Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter. Springer, Berlin.
16. Conrad, P. (1990): Die Entdeckung der Hyperkinese. Anmerkungen zur Medizinisierung abweichenden Verhaltens. In Vob 1990.
17. Harbauer, H. (1980): Das hypermotorische Syndrom im Kindesalter, Dtsch. Med. Wochenschr. 105, 355-357.
18. Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P. (1984): Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. Arch. Neurol. 41, 825-829.
19. Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg) (1986): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer and Sturge. Huber, Bern.

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).

2. Отношение ближайшего социального окружения к половой жизни подростка

В ходе опроса респондентам, имеющим опыт сексуальных отношений, задавались вопросы, направленные на выяснение их мнений об отношении собственных родителей и одноклассников к тому, что они ведут половую жизнь. Начнем с анализа мнений *родителей*. Учитывая специфику полоролевых позиций (мать-дочь, мать-сын, отец-дочь, отец-сын), нами специально ставились вопросы об отношении как отца, так и матери. Данные об ответах учащихся представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение ответов учащихся на вопросы: «Знает ли ваша мать/отец, что Вы ведете половую жизнь?» (% от числа подростков, ведущих половую жизнь)

Отношение	мать	отец
нет, я это скрываю	36,5	37,7
да, и относится к этому крайне негативно	5,1	2,6
да, но относится к этому терпимо	19,0	17,3
эту тему мы не обсуждаем	39,4	42,2

Как видно из приведенных в таблице данных, большинство предпочитает «не обсуждать эту тему» со своими родителями. Этот вариант ответа учащиеся отмечают наиболее часто как при ответе на вопрос об отношении матери к их половой жизни, так и при ответе на вопрос об отношении отца, соответственно: 39,4% и 42,2%. Необходимо обратить внимание и на то, что каждый третий подросток «скрывает» и от матери и от отца то, что ведет половую жизнь, соответственно: 36,5% и 37,7%. Отсюда можно сделать вывод о том, что большинство подростков (практически около 80%) не информирует своих родителей о своей половой жизни, предпочитая либо скрывать этот факт, либо просто не обсуждать его. Те же учащиеся, кто обсуждает с родителями свою половую жизнь, отмечают в основном «терпимое отношение» обоих родителей: «терпимое отношение» матери к сексуальной жизни своего ребенка фиксируют 19,0% школьников, отца — 17,3%. На наш взгляд, следует обратить внимание также и на то, что лишь немногие подростки отмечают «крайне негативное» отношение матери или отца. Доля учащихся, отметивших «крайне негативное» отношение матери составляет 5,1%, а указавших на «крайне негативное» отношение отца — 2,6%.

Это общие средние данные, не учитывающие пол ребенка. Однако можно предположить, что степень доверительности отношений подростка с отцом или матерью по поводу собственного опыта половых отношений в существенной степени определяется полом самого ребенка. По-видимому, и возрастная динамика доверительности этих отношений с каждым из родителей выглядит различно у сыновей и дочерей. И, наконец, можно думать, что на характер взаимоотношений оказывает существенное влияние такой фактор, как полнота/неполнота семьи, поскольку в ситуации воспитания ребенка в неполной семье существенно трансформируется социокультурная позиция матери. В этой связи рассмотрим обозначенные аспекты более детально.

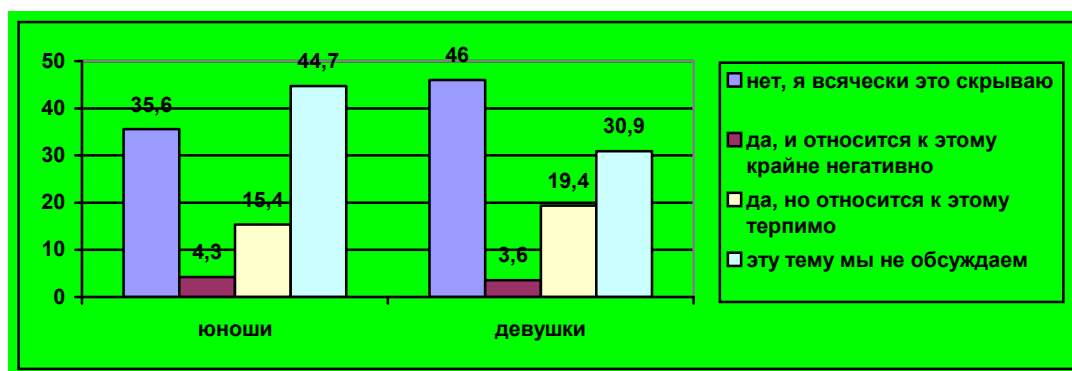


Рисунок 5. Распределение ответов юношей и девушек, воспитывающихся в полной семье, на вопрос «Знает ли Ваша мать, что Вы ведете половую жизнь?» (% от числа подростков, имеющих опыт сексуальных отношений)

³ Продолжение. Начало в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2004 (4), № 1.

На рис. 5 представлены ответы юношей и девушек, воспитывающихся в полных семьях, характеризующие их общение с матерью по поводу опыта своей сексуальной жизни. Как мы видим, данные достаточно принципиально отличаются от средних данных. И действительно, общие средние данные (см. табл. 3) не дифференцируют характер общения подростка с отцом и матерью. Однако, как только мы попытались учесть такие две переменных, как пол самого ребенка и полнота/неполнота семьи, то различия начинают проявляться весьма отчетливо. Так, мы видим, что девушки более ориентированы на стратегию «сокрытия» от своей матери самого факта ведения половой жизни, ($p=.05$). Юноши же более часто склонны характеризовать отношения с матерью по поводу своей сексуальной жизни как «отстраненные», выбирая вариант ответа: «эту тему мы не обсуждаем», ($p=.007$).

Подчеркнем, что на рисунке представлены ответы юношей и девушек из полных семей. Однако следует заметить, что весьма показательны также и данные, полученные при сравнении позиций детей, которые воспитываются в ситуации неполной семьи. Причем, здесь различия строятся по иной линии и затрагивают другие варианты ответов. Так, девушки из неполных семей гораздо чаще отмечают «крайне негативное» отношение матери к факту ведения половой жизни. Среди них доля таких составляет 13,1%, а среди девушек из полных семей на крайне негативное отношение матери указывают 3,6%, ($p=.02$). Различия же между юношами из полных и неполных семей связаны с выбором варианта ответа «относятся терпимо». Так юноши из разведенных семей гораздо чаще отмечают, что мать терпима к факту ведения ими половой жизни, по сравнению с юношами из полных семей, соответственно: 25,3% и 15,43%, ($p=.05$).

Выявленные различия на наш взгляд интересны, по меньшей мере, в двух аспектах. Во-первых, если в ситуации полной семьи различия в фиксации отношения матери относительно фактов ведения половой жизни между юношами и девушками строятся на противопоставлении «безразличие—сокрытие», то в ситуации неполной семьи затрагиваются иные, собственно эмоциональные модальности отношения: «терпимо—крайне негативно». Иными словами, мать, воспитывающая ребенка в неполной семье, склонна более эмоционально проявлять свое отношение. Во-вторых, выявленные нами различия в отношении матери у юношей и девушек из неполных семей фиксируют, на наш взгляд, деформацию самой материнской позиции при воспитании ребенка в неполной семье. Деформация эта состоит в том, что мать берет на себя «отцовские функции» и в этом отношении она эмоционально более жестко и негативно реагирует на факт сексуальной жизни дочери и более лояльна, «терпима» к фактам полового поведения сына. В этой связи заметим, что, как это ни парадоксально на первый взгляд, эти данные содержательно коррелируют с результатами нашего исследования по изучению родительских позиций замужних и разведенных матерей при воспитании мальчиков и девочек дошкольного возраста (Собкин В.С., Марич Е.М., 2002), где также была выявлена более «жесткая» позиция матери по отношению к дочери.

На рис. 6 приведены данные ответов юношей и девушек из полных семей о характере их общения с отцом по поводу своей половой жизни.

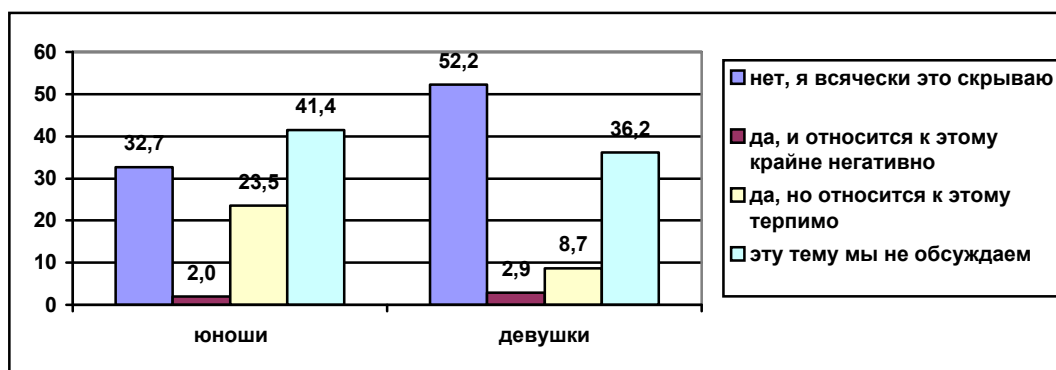


Рисунок 6. Распределение ответов юношей и девушек, воспитывающихся в полной семье, на вопрос «Знает ли Ваш отец, что Вы ведете половую жизнь?» (% от числа подростков, имеющих опыт сексуальных отношений)

Приведенные на рисунке данные, показывают, что в целом при характеристике отношений с отцом мы сталкиваемся с теми же отмеченными выше тенденциями. Так, мы видим, что достаточно высокий процент подростков не склонен обсуждать с отцом факты своей половой жизни. Выражена и другая обозначенная линия, характеризующая принятие ребенком стратегии «сокрытия». Здесь, пожалуй, стоит лишь отметить большую акцентуацию в выборе данной стратегии со стороны дочерей (различия между юношами (32,7%) и девушками (52,2%) статистически значимы на уровне .003). Вместе с тем, в отличие от общения подростка с матерью, здесь проявляется и еще одна характерная линия поведения,

связанная с принятием отцом лояльной, «терпимой» позиции к факту ведения сыном половой жизни. Как мы видим, в отношении сыновей отцы более лояльны, чем в отношении дочерей, соответственно: 23,5% и 8,7% ($p=.0003$). Обсуждая полученные результаты, заметим, что в определенной степени они подтверждают предложенную нами выше интерпретацию о трансформации материнской позиции в ситуации воспитания ребенка в неполной семье, когда мать оказывается более лояльной к сексуальному поведению своего сына. Как мы видим, подобная позиция действительно более соответствует позиции отца при воспитании сына в полной семье.

И наконец, завершая анализ, связанный с характеристикой особенностей позиции отца, зафиксируем также и те различия, которые были выявлены при сравнении детей из полных и неполных семей. Подчеркнем, что они проявились лишь при сравнении ответов девушек и фиксируют отчуждение девушки-подростка от общения со своим отцом. Так, если среди девушек из полных семей вариант ответа «эту тему мы не обсуждаем» выбирает треть (36,2%), то среди девушек из неполных семей таких более половины — 52,7%, ($p=.03$).

Рассмотрим теперь, как меняется по мере взросления характеристика подростком отношений с родителями по поводу своей сексуальной жизни. Анализ полученных данных показывает, что здесь возрастные тенденции у юношей и девушек в целом схожи. От 9-го к 11-му классу явно снижается число подростков, ориентированных на стратегию «сокрытия» фактов ведения ими половой жизни от своих родителей. И, параллельно, растет число тех, кто фиксирует «терпимое отношение» к этому со стороны родителей. На рис. 7 приведены данные об ответах юношей 9-х и 11-х классов относительно общения со своими родителями.

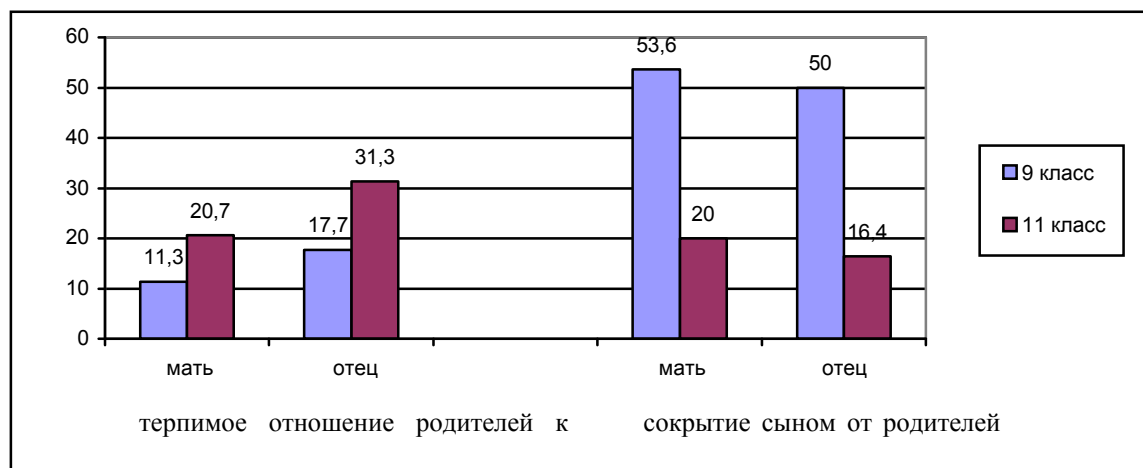


Рисунок 7. Возрастная динамика изменения характеристики своих отношений с родителями по поводу сексуальной жизни юношами (% среди имеющих опыт сексуальных отношений в соответствующей возрастной группе)

У девушек соответственно от 9-го к 11-му классу также сокращается число тех, кто указывает на использование стратегии «сокрытия» как с отцом (с 63,9% до 47,4%), так и с матерью (55,6% до 42,9%). Параллельно, так же, как и у юношей, среди девушек увеличивается число фиксирующих терпимое отношение отца (с 2,8% в 9-м классе до 10,3% в 11-м) и матери (соответственно: 8,3% и 23,5%). В целом, полученные данные свидетельствуют об изменении позиции не только подростков, но и самих родителей в отношении к половой жизни их ребенка по мере его взросления. Как мы видим, запретительная норма теряет свою значимость не только для подростков, но и для самих взрослых. Можно усилить этот тезис: именно взрослый становится лояльным и терпимым, и в силу этого и ребенок уже отказывается от стратегии «сокрытия» своей половой жизни.

И в тоже время не будем излишне упрощать картину. Как мы отмечали в предыдущем разделе, среди подростков явно обнаруживается весьма своеобразный тип учащихся, которые переживают свое вступление в половые отношения как характерный конфликт, связанный с нарушением возрастной нормы. Напомним, — это те школьники, кто, отвечая на вопрос о своем сексуальном поведении, выбирал вариант ответа «я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь». В этой связи рассмотрим, как характеризуют свое отношение с родителями по поводу своей сексуальной жизни подростки, переживающие свое сексуальное поведение как конфликтное, и те подростки, которые считают, что сексуальные контакты естественны в их возрасте, и ведут половую жизнь. Результаты приведены на рис. 8.

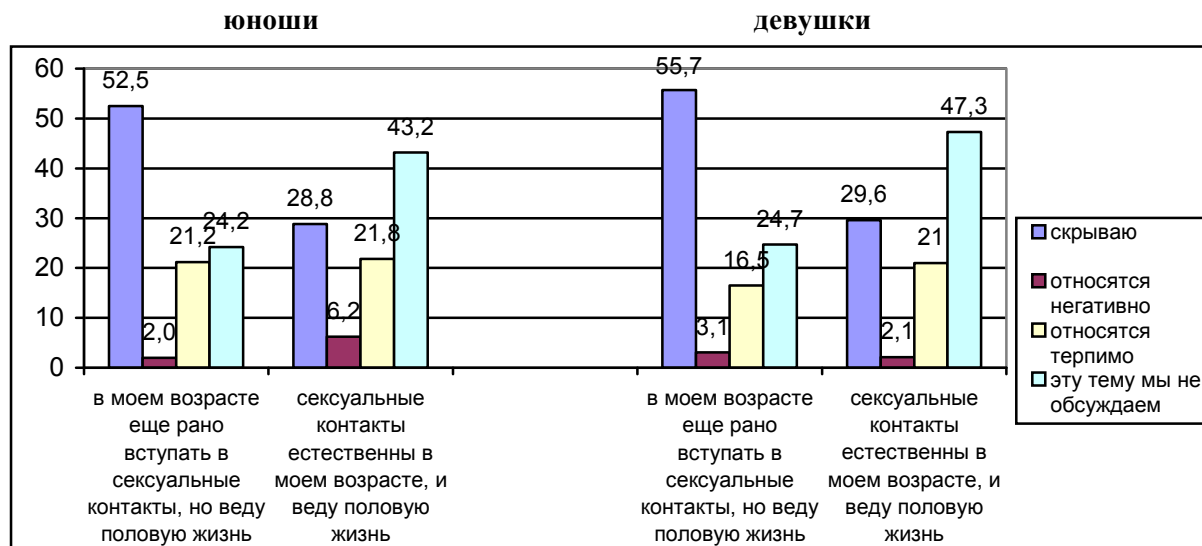


Рисунок 8. Характеристика отношений со своими родителями по поводу своей половой жизни подростками, переживающими свое сексуальное поведение как нарушение возрастной запретительной нормы, и теми, кто считает, что сексуальная жизнь в их возрасте допустима (%)

Как мы видим, основное различие между двумя выделенными группами состоит в том, что подростки, считающие допустимым ведение половой жизни в их возрасте, в большей степени склонны не обсуждать вопросы половой жизни со своими родителями. Напротив, их сверстники, переживающие сам факт вступления в половые отношения как нарушение нормы, склонны придерживаться стратегии «сокрытия». Это дает дополнительные аргументы к выводу о том, что возрастную норму, предполагающую запрет на вступление в половые отношения для подростка, «удерживают» как культурную норму именно родители.

Теперь перейдем к рассмотрению особенностей отношений подростков с *одноклассниками*. В этой связи респондентам задавался следующий вопрос: «Как относятся Ваши одноклассники к тому, что Вы ведете половую жизнь?». Отметим при этом, что сами варианты ответов в данном случае были существенно изменены, по сравнению с теми, которые предлагались для оценки подростками отношений с родителями по поводу половой жизни. Общее распределение ответов учащихся на вопрос об отношении со сверстниками представлено в табл. 4.

Таблица 4.

Распределение ответов учащихся на вопрос «Как относятся ваши одноклассники к тому, что Вы ведете половую жизнь?» (% от числа подростков, ведущих половую жизнь).

Отношение	%
они осуждают меня за это	1,0
они считают, что это вполне нормально	31,4
они одобряют это	6,5
им все равно	24,7
они мне завидуют	3,6
я скрываю от одноклассников, что веду половую жизнь	12,4
затрудняюсь ответить	20,3

Как видно из приведенных в таблице данных, большинство учащихся фиксируют либо «нормальное» (31,4%), либо «безразличное» (24,7%) отношение своих одноклассников. Таким образом, мы видим, что более половины подростков из тех, кто имеет опыт сексуальных отношений, указывают, что в школьной среде сверстников сам факт ведения половой жизни не рассматривается как явление, заслуживающее особого внимания или требующее выражения какого-либо особого отношения.

Следует отметить, что 20,3% затруднились охарактеризовать свои отношения с одноклассниками. Это, скорее всего, те подростки, кто фиксирует неоднородность оценок со стороны сверстников. Иными словами, какая-то часть их одноклассников проявляет позитивные реакции, другая же, наоборот, отрицательные. На подобную ситуацию амбивалентности отношений в школьной среде указывает каждый пятый.

И, наконец, особый интерес представляет рассмотрение мнений, касающихся как выраженных негативных, так и выраженных позитивных реакций со стороны школьного окружения. В этой связи необходимо обратить внимание на то, что 12,4% подростков отметили, что предпочитают «скрывать» от одно-

классников свою половую жизнь. Как мы видим, само число придерживающихся стратегии «сокрытия» от одноклассников практически в три раза ниже, чем число избирающих подобную стратегию поведения в отношениях со своими родителями (см. табл. 3). Иными словами (несмотря на различия формулировок вариантов ответов для родителей и одноклассников), мы можем сделать достаточно однозначный вывод о том, что ситуация общения по поводу своей сексуальной жизни гораздо более «открыта» в школьной подростковой среде, по сравнению с ситуацией общения в кругу семьи. В то же время сам факт достаточно высокого процента выбора стратегии «сокрытия» свидетельствует о том, что и в школьной среде относительно часто проявляется негативное отношение к ведению подростком половой жизни — на это указывают каждый девятый (12,4%). Однако при этом заметим, что на открытое «осуждение» со стороны одноклассников указывает лишь 1,0%. Число же тех, кто указывает на явно позитивные оценки со стороны одноклассников по поводу своей половой жизни существенно больше: 6,5% школьников отмечают, что их «одноклассники одобряют», а 3,6% учащихся фиксируют, что «одноклассники им завидуют». Таким образом, сопоставляя эти варианты ответов, мы можем сделать вывод о том, что выраженные негативные, «осуждающие» реакции по поводу ведения половой жизни в подростковой субкультуре подавляются (их не принято выражать между сверстниками), в то время как позитивные (поддерживающие) реакции гораздо более распространены. Иными словами, подростковая среда склонна скорее позитивно относиться к факту нарушения возрастной нормы на ведение сексуальной жизни.

Проведенный нами анализ гендерных различий показывает, что девушки значительно чаще, чем юноши, выбирают такой вариант ответа, как «я скрываю от одноклассников, что веду половую жизнь», соответственно: 16,4% и 9,6% ($p=.02$). В то же время, юноши чаще отмечают, что одноклассники «завидуют» им (среди юношей доля таких ответов составляет 5,1%, а среди девушек — 1,3%, $p=.01$). Также среди юношей выше, чем среди девушек, процент тех, кто фиксирует «одобрение» со стороны своих одноклассников, соответственно: 8,5% и 3,5% ($p=.03$). Эти статистически значимые различия позволяют сделать вывод о том, что в подростковой субкультуре отношение к половой жизни самого подростка в значительной степени дифференцируется, определяя своеобразие «мужской» и «женской» субкультуры. Иными словами, среди юношей сам факт ведения половой жизни не только в большей степени одобряется, чем среди девушек, но и является одним из средств занятия более авторитетной статусной позиции в подростковой среде.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет также и возрастная динамика ответов подростков на этот вопрос. Здесь следует обратить внимание на то, что с возрастом значительно снижается доля тех, кто отмечает негативные характеристики отношения одноклассников: «они осуждают меня за это», «я скрываю от одноклассников, что веду половую жизнь». Более того, к старшему школьному возрасту в ответах подростков доминируют уже другие оценки отношения одноклассников к их половой жизни. Это те модальности отношения, которые по мере своего взросления все чаще отмечает подросток и в отношении со своими родителями: «им все равно», «нормально». Конкретно в числовом выражении возрастная динамика изменения отношений характеризуется следующим образом. Так, в период с 7-го по 11-й класс доля подростков, отмечающих что одноклассники «осуждают» их за то, что они ведут половую жизнь сокращается с 4,7% до 0,6% ($p=.03$). Доля учащихся, «скрывающих свою половую жизнь от одноклассников» в 7-м классе составляет 18,6%, а в 11-м сокращается до 8,8% ($p=.04$). Сокращается и доля «завидующих» с 9,3% в 7-м до 1,5% в 11-м классе ($p=.009$). И параллельно отмечается рост числа тех подростков, кто считает, что одноклассникам «все равно»: с 14,0% в 7-м классе до 27,7% в 11-м, ($p=.05$). Иными словами, с возрастом, как мы видим, явно снижается эмоциональное отношение (как негативное, так и позитивное) в среде сверстников к самому факту ведения подростком половой жизни: подростковая среда эмоционально «охладевает» к факту ведения сексуальной жизни как нарушению возрастной нормы, и факт ведения половой жизни переводится из разряда прецедента в разряд обыденной реальности.

И, наконец, так же, как и при анализе особенностей отношения с родителями, сопоставим ответы двух групп подростков: тех, кто переживает начало сексуальной жизни как нарушение возрастной нормы, как личностный конфликт («я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь»), с теми, у кого подобный конфликт отсутствует («считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь»). Полученные материалы показывают, что среди подростков, переживающих начало половой жизни как нарушение нормы значительно выше число тех, кто выбирает стратегию «сокрытия» своих сексуальных отношений, соответственно: 17,2% и 7,6% ($p=.01$). Заметим, что здесь проявляется та же тенденция, что и при общении с родителями. Иными словами, переживание вступления в сексуальные отношения как нарушение возрастной нормы актуализирует стратегию «сокрытия» не только в отношениях с родителями, но и в отношениях с одноклассниками. Конфликт, повторимся, загоняется внутрь, и эта реакция может рассматриваться как тотальная реакция на нарушение нормы, характеризуя общую социальную ситуацию развития как с родителями, так и со сверстниками.

Подводя итог, зафиксировав два наиболее важных, на наш взгляд, момента.

1. Несмотря на существенные социокультурные трансформации, (реальное снятие табу на показ эротических сюжетов в СМИ, публичное обсуждение проблем сексуальной жизни и др.) большинство современных подростков удерживает социальную норму, ограничивающую вступление в сексуальные контакты на всем протяжении школьного периода. Тем не менее, существует четкая тенденция переоценки подростками запретительной нормы по мере взросления, которая выражается в снижении «безусловности» нормы и сопровождается ростом психологических напряжений. При этом свою «безусловность» запретительная норма утрачивает, как правило, не через нарушение подростком культурного запрета, а вследствие снижения значимости ее собственно возрастного смысла.

2. Необходимо отметить ряд моментов, касающихся отношения ближайшего социального окружения к сексуальной жизни подростка. В первую очередь, заметим, что наиболее распространенными стратегиями детско-родительских взаимоотношений по вопросам, связанным с сексом, являются стратегии «сокрытия» и «отстраненности». Так, если на начальных этапах подросткового возраста учащиеся предпочитают придерживаться стратегии «сокрытия», то по мере их взросления сама данная тема уже не является запретной, однако характер общения в семье не становится при этом более открытым («эти темы мы не обсуждаем»). Иными словами, ближайшие взрослые занимают отстраненную позицию по отношению к половому воспитанию подростка. Эта ситуация дает основание сделать вывод о том, что большинство современных школьников не имеет возможности получать необходимые знания о сексуальных взаимоотношениях в адекватной, соответствующей их возрасту форме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Избранные психологические труды. — М.: Международная педагогическая академия, 1995.
2. Выготский Л. С. Педология подростка / Собр. соч. В 6-ти т. М., 1984. — Т. 4 детская психология / Под ред. Д. Б. Эльконина.
3. Гурко Т. А. Опыт сексуальных отношений, материнство и супружество несовершеннолетних женщин // Социологические исследования. — 2002. — № 11. — С. 83-91.
4. Голод С. И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. — СПб.: Алетейя, 1996.
5. Денисенко М. Б., Далла Зуанна Ж.-П. Сексуальное поведение российской молодежи // Социологические исследования. — 2001. — № 2. — С. 86.
6. Залкинд А. Б. Педология: Утопия и реальность. — М.: Аграф, 2001.
7. Касаткин В. Н., Ковалева А. В. Особенности поведенческих рисков, связанных со здоровьем, среди подростков трех регионов РФ // Школа здоровья. — 2000. — № 3. — С. 6.
8. Кон И.С. Половая мораль в свете социологии // Советская педагогика. — 1966. — № 12.
9. Кон И. С. Психология юношеского возраста. — М.: Просвещение, 1979.
10. Кон И. С. Психология ранней юности. — М.: Просвещение, 1989.
11. Кон И. С. Вкус запретного плода. Сексология для всех. — М.: Семья и школа, 1998.
12. Кон И. С. Сексуальное поведение россиян в XX веке // Психологическая газета — 2000. — № 3.
13. Кон И. С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. — Дубна: Феникс+, 2001.
14. Ломакина Д. А., Собкин В. С. Социальные проблемы криминогенности учащейся молодежи / Социология образования. Труды по социологии образования. — М., 1994. — Т. II, вып. III. — С. 83-98.
15. Собкин В. С., Кузнецова Н. И. Российский подросток 90-х: Движение в зону риска. Аналитический доклад. — М.: ЮНЕСКО, 1998.
16. Собкин В.С., Марич Е.М. Социология семейного воспитания: дошкольный возраст. // Труды по социологии образования. Т. VII. вып. XII — М.: Центр социологии образования РАО, 2002. — 242 с.
17. Собкин В.С., Писарский П.С. Жизненные ценности и отношение к образованию: кросскультурный анализ Москва-Амстердам. По материалам социологического опроса учителей, учащихся и родителей. — М.: Центр социологии образования РАО, 1994.
18. Собкин В.С., Хлебникова М.В., Грачева А.М. Насилие и эротика на российском телеэкране: опыт контент-анализа телевизионных программ // Образование и информационная культура. Социологические аспекты. Труды по социологии образования. Т. V. вып. VII. — М.: Центр социологии образования РАО, 2000. — 462 с.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДОБРЕ И ЗЛЕ В КАРТИНЕ МИРА СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА⁴

Психологический институт РАО, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В России сегодня дети от 0 до 18 лет составляют 23,3% населения. Дети в любой стране мира представляют собой наиболее ценный ресурс страны, залог ее развития. Каково состояние этого «ресурса» в России? Анализ социальной ситуации развития детства в современной России открывает негативные изменения по всем трем направлениям трисоставной структуры индивидуальности ребенка: ее телесности, душевных проявлений и духовного бытия. Общее состояние физического здоровья детей (от года до 14 лет) в последние годы вызывает растущую озабоченность специалистов, родителей, властных структур.⁵ Показатели психического, душевного здоровья также неутешительны: растут общая невротизация, психосоматические и психические заболевания. За печальной статистикой усматриваются, как правило и по преимуществу, социально-экономические причины, как то: степень материальной обеспеченности детей, состояние детского здравоохранения и развитие сети оздоровительных учреждений, материальные возможности семьи и пр. Однако при всей важности социально-экономических мер они оказываются явно не достаточны и не способны решить кардинально проблему детского развития, поскольку не учитывают важнейшие психологические его параметры - ментального и *нравственно-духовного*⁶ свойства. Объективными показателями *духовного неблагополучия* в сфере детства являются: проявления алкогольной и наркотической зависимости, детское бродяжничество, рост подростковой преступности и детской жестокости⁷, криминализация детского сознания, языка и быта, а также ужасающий беспрецедентный рост детских самоубийств начиная с 6-летнего возраста, в том числе и групповых. Дети наши не хотят взрослеть, не хотят жить. Корень этого – в *духовно-нравственных* показателях здоровья и развития ребенка - в гармонии или нарушении его отношений с миром: окружающей средой, взрослыми/сверстниками и самим собой. Из этого следует, что необходимо целенаправленное духовно-нравственное воспитание и образование, восстанавливающее целостность человека, предполагающее развитие всех его сил, сторон, соблюдающее иерархический принцип устройства человека, при котором идеальный совершенный человек в нем мог бы раскрыться во всей полноте. Начало этому пути – в развитии представлений ребенка о добре и зле. Известное изречение «Устами младенца глаголет истина» в наши дни перестает звучать чисто метафорически. Растерянное взрослое человечество, приведшее мир на грань вселенской катастрофы и не знающее, куда идти дальше, все чаще обращает свой взор к чистой культуре детства, к «вечно детскому» (Л. С. Выготский). Наука и общество к концу XX в. столкнулись с реальностью смены парадигмы в исследовательской практике человекознания — со «взрослоцентризма» на «детоцентризм». Ребенок - еще не родившийся и совсем маленький, ребенок творящий и обучаемый, ребенок, живущий в каждом взрослом человеке - оказался предметом пристального внимания. «Чего бы могло достичь взрослое человечество, если бы обладало терпением ребенка и его сосредоточенностью на важных целях!» - так в конце своей жизни воскликнул известный социальный психолог и философ Эрих Фромм.

Свидетельством смены парадигмы в науке всегда является возникновение *парадоксов* в реалиях жизни. Они есть. С одной стороны, это - *демократизация детской жизни*, расширение свободы ребенка **И**, с другой, - *ограничение* (особенно в больших городах) пространства детской жизнедеятельности. Все возрастающая во многих странах *ценность детей* и брака **И** резкое *снижение рождаемости*, осознанное безбрачие. Повышение в последнее десятилетие *уровня жизни* (товары, услуги) детей, семьи **И** снижение их *качества жизни* (особенно в России). *Инфантицид* как детоотвержение **И** растущая *адопция*

⁴ Сообщение первое. Окончание см. в следующем выпуске.

⁵ ГОСКОМСТАТ свидетельствует: в 1990-98 гг. численность детей-инвалидов выросла в 3.1 раза, заболевания детским туберкулезом - в 1.5 раза, чесоткой - в 14 раз; инфекционными болезнями - в 1.2 раза и т. п.. В стране сохраняется высокий уровень детской смертности и заболеваемости.

⁶ С психологической точки зрения, духовное понимается (условно) как такая деятельность сознания, которая направлена на определение личностью критериев добра и зла, на формирование мотивов поведения в согласии (или противоречии) с *совестью*, а также на поиск смысла жизни и своего места в ней. *Совесть* - духовная инстанция, выражение нравственного самосознания личности, позволяющего осуществлять контроль и оценку ребенком собственных поступков. В такой постановке духовное сочетается с нравственным.

⁷ По данным МВД, в последние годы наблюдается рост насильственных преступлений против личности, сексуальных преступлений, фактов вандализма и жестокого обращения с животными не только среди подростков 14-15 лет, но и 12-13 лет и ниже. Только за 2000 год несовершеннолетними было совершено около 300 тыс. преступлений, из них 22 тыс. – тяжкие. Это значит, на 1000 наших детей – 7 правонарушений!

(усыновление/удочерение) чужих детей включая детей-инвалидов.

По тревожным свидетельствам специалистов, ситуация развития детства в России в последние десятилетия в силу ряда причин социально- психологического, экономического, культурного планов отличается ярко выраженной дегуманизацией отношений в системе «Ребенок-Общество». Вот лишь несколько цифр: за последние десятилетия, по свидетельству съезда педиатров, детская смертность возросла в пять раз, а детская жестокость и подростковая преступность, по данным МВД, - почти в 5 раз; и самое страшное: зафиксированная психиатрами *эпидемия самоубийств детей* от 6 до 18 лет – рост в 80 раз (!).

Все увеличивающийся разрыв между богатством научных фактов о ребенке в рамках естественных и гуманитарных дисциплин и отсутствием общего методологического принципа требует нового интегрирующего подхода к анализу детства как развивающегося феномена в культуре и обществе. Один из возможных путей такого анализа – социальная психология детства, которая задает видение ребенка, предстоящего как бы в трехмерной системе координат возраста, истории, культуры.

Система многообразных отношений ребенка с миром порождает *детскую картину мира* как совокупность знаний, представлений, смыслов, реализуемых в образно-визуальных моделях, т. е. социально-психологических пространствах, представляющих систему графических и цветовых значений, семантика которых культурно обусловлена. Визуальная картина мира представляет собой совокупность различных взаимопересекающихся сфер, социально- психологических смысловых *пространств (плоскостей)*, раскрывающих отношения ребенка в системе “Я - МИР”. А именно:

- горизонтальная плоскость, в которой отношения осуществляются «на равных» и к относительно равным субъектам - это *сверстники* (дети в пределах возрастной категории, определяемой ребенком; при этом паспортный возраст может не иметь значения);

- наклонная плоскость отношений, которая представлена *взрослыми*, теми, кого ребенок причисляет к таковым или взрослыми «вообще». Это могут быть и более старшие дети либо даже ровесники ребенка, имеющие признанный в обществе более высокий статус, например, дети в традиционных культурах, прошедшие инициацию;

- панорамная плоскость отношений представлена окружающей ребенка средой, меняющейся с возрастом (от размеров вытянутой руки в младенчестве — до космических расстояний в юности) и обусловленной историко-культурными представлениями (сформированной картиной мира), а также региональными особенностями местности, географическим ландшафтом и пр.;

- кроме этих, сформированных исторически, открытых и достаточно хорошо исследованных, существует ограниченное пространство отношений с миром, которое имеет, например, тяжело больной ребенок или современный ребенок, отрезанный от всего мира виртуальной плоскостью Экрана – теле-, видео-, компьютерного — это экранная плоскость отношений с информационной средой;

- и, наконец, вертикальная плоскость представляет собой наименее изученный и наиболее сокровенный для внешнего взора пласт духовно-нравственных отношений ребенка с Творцом как высшим существом (см. рис.1).



Рис. 1.

Посредством личностно-смыслового пространства вертикальной плоскости отношений происходит постижение ребенком духовно-нравственной сферы бытия, становление *совести*, этой внутренней ин-

станции различения добра и зла, существующей в качестве естественного нравственного закона, «написанного в сердце». Здесь совесть определяет представления о добре и зле как нравственное мерило в оценке собственных поступков и поступков других людей. Для ребенка это первоначально обнаруживается в понятиях «хорошо/плохо, правильно/неправильно, должно/недолжно» и пр., применяемых, вернее примеряемых ребенком к миру и к себе. Это, во-первых. И во-вторых, совесть выступает как *со-весть* (семантически – «совместное ведение, знание»), как сверхъестественное откровение ребенку о самой сути явлений в терминах добра и зла; и здесь она может проявляться не столько в форме разумного осознания нравственного смысла чего-то, но прежде всего и преимущественно в форме эмоционального переживания, ощущения, предчувствия. В самом понятии совести есть и элементы познания («совесть заговорила»), и чувства («совесть обличает»), и воли («совесть удерживает от...»), соединенные воедино в ее «голосе». Различение голоса совести в себе и следование ее произволению формирует личностное качество *совестливости* – четкого отделения добра от зла в собственном поведении.

Добро и зло – важнейшие нравственные категории, обозначающие предельные свойства бытия: первое – как должное, положительное, гармоничное и второе – как предосудительное, отрицательное, дисгармоничное.

Уже в течение первого года жизни ребенка в детском сознании появляется функция оценки, выявляющая предпосылки становления нравственно-духовной жизни как различения добра и зла, должного и недолжного. Содержание этой жизни, пусть самое обобщенное, обусловлено внутренними интуициями ребенка, с одной стороны, и заданными социальными требованиями и ожиданиями, с другой. Вместе с тем, в самом ребенке, в самом его существе есть изначальное раздвоение на доброе и злое (как антиномия добра и зла), и при самых благоприятных условиях и того обаяния детства, чистоты и сияния, которые так притягивают нас, взрослых, все же наличествует в нем порой определенное уклонение ко злу, как бы игра света и тени. Внешне обнаруживаемое настойчивое стремление маленького ребенка ко злу зачастую проявляется как потребность в экспериментировании, в определении границ своих возможностей и однозначности требований взрослых. Однако все существо ребенка желает добра и не желает зла, стремится к добру, поэтому детскую картину мира пронизывают энергии добра.

В русле социальной психологии детства предлагается метод *визуальной социопсихологии*, суть которого в использовании выделенных культурных символов, знаков, схем как своеобразного графического алфавита. Метод визуальной социопсихологии в изучении детской субкультуры предоставляет возможность спросить детей о великих тайнах бытия и получить ответ на их языке. Особенности мирозерцания ребенка таковы, что при всей казалась бы раздробленности, мозаичности мира в детском сознании существует «интуиция целого», восприятие мира в целом – как гештальт, стремящийся к упорядоченности и гармонии. Визуализация картины мира через детский рисунок – это освоение ребенком первичных символов, универсальных форм бытия, раскрывающих через призму представлений о добре и зле его отношения к различным сторонам жизни: окружающей среде, взрослым и сверстникам, представлениям о себе, своем будущем и перспективам мира.

О доброте бессмысленны слова

Слова действительно бессмысленны, особенно когда эти слова обращены к детям. Но естественное для ребенка рисование открывает возможность проникновения в скрытые смыслы сложных понятий. Детский рисунок способен передавать тонкие нюансы миропонимания и мироощущения ребенка: от непосредственного отображения видимого и знакомого в этом мире, что позволяет рисунку стать правдивым «документом эпохи», до глубинного смыслового выражения себя, своего отношения к миру и тому, каким его хочет видеть ребенок. Именно детский рисунок является не только способом отражения ребенком общественно-исторического опыта и форм человеческих взаимоотношений, не только фактом самовыражения, показателем актуального состояния психики в данный момент, но и средством диагностики его развития.

Анализ процесса выбора и построения графических образов, использования пространства, цвета, символики, а также манеры рисования дает важную информацию об особенностях социальной ситуации развития ребенка, его самочувствии, его отношениях с миром, другими людьми и самим собой.

В середине 80-х годов XX века представления детей дошкольного-младшего школьного возраста об основных нравственных категориях добра и зла в рисунках на тему «доброе/хорошего и злого/плохого» имели выраженные графические характеристики. Для «плохого/злого» это прежде всего: дисгармоничная композиция, заполненность пространства штриховкой, темные тона, каракули, присутствие социокультурных символов опасности – таких, как молния, взрывы, черные тучи, мертвые деревья и пр. Что касается рисунков дошкольников и младших школьников, изображающих «самое хорошее, доброе», то здесь, напротив, можно отметить прежде всего теплую, мягкую цветовую гамму, открытость пространства, гармоничность композиции и ее частей.

В возрасте 7-9 лет понятие «хорошего, доброго» оказывается более размыто, оно еще окончательно

не сформировалось в соответствии с культурными нормами и отражает скорее личные симпатии, чем позитивные эталоны, тогда как «плохое, злое» четко определено, в нем более представлены характеристики, выработанные в общественном сознании - графическая символика дисгармонии, опасности, агрессии.

Кроме того, детям от 6-7 до 12-13 лет был предоставлен выбор позитивных/негативных изобразительных символов, знаков, моделей как привлекательных для себя, т. е. по инструкции сначала дети выбирали из матрицы социокультурных символов те, которые нормативно определяются как «добро», а затем как «зло». После чего во второй серии ребенку предлагается из той же, но видоизмененной матрицы символов выбрать те, которые ему нравятся. То есть каждому ребенку предоставлялась возможность выбора между добром и злом в символическом плане. Сравнивая эти три ряда символов, можно отчетливо увидеть, что предпочитает каждый ребенок, что он выбирает для себя: преимущественно добро, позитив или преимущественно зло, негатив, либо выбор этих противоположных нравственных категорий для него равновероятен. Сам выбор связан с общей ориентацией детей на или позитивный, или негативный, или смешанный нравственные эталоны.

На основании сравнительного анализа выборов детей были также выявлены основные графические компоненты позитивного/негативного/смешанного (амбивалентного) нравственных эталонов. Достаточно четко определились группы детей, выбирающих в качестве привлекательных для себя:

- преимущественно позитивные картинки-символы, обозначающие жизнь, свет, мир, радость и т. п.;
- преимущественно негативные картинки-символы, обозначающие смерть, тьму, агрессию, печаль и т. п.;
- позитивные и негативные картинки-символы как равно привлекательные (амбивалентные) для ребенка.

Поскольку дети, выбирающие в качестве привлекательных преимущественно позитивные или негативные картинки, делают это, ориентируясь на самый общий позитивный или негативный нравственные эталоны «добра или зла», то должна существовать четкая связь между выбором картинок «хороших» и привлекательных для ребенка, а также «плохих» и привлекательных.

Полученные данные свидетельствуют о том, что существуют графические эквиваленты позитивного или негативного нравственного выбора в символическом плане у детей, представленные в 80-х годах в детской картине мира: для большинства детей символика доброго была однозначно предпочтительна. В те годы с возрастом процент детей, ориентированных на графические показатели «плохого, злого», уменьшался, но причины его привлекательности оставались неясными. С возрастом у детей обоего пола снижался интерес к «плохим, злым» картинкам, символика позитивного оказывалась преобладающей как в изображении, так и в выборе картинок. При этом у девочек в целом была ярче и определенной, чем у мальчиков, выражена ориентация на позитивный моральный эталон хорошего, доброго. Для некоторых детей (прежде всего мальчиков 7-8 лет) зло представлялось *весьма привлекательным*: символика смерти, опасности, неблагополучия, асимметрического дискомфорта рисовалась и выбиралась ими значительно чаще. Поскольку такие дети характеризуются высокими показателями тревоги, можно предположить, что они наделяют враждебный в их представлении окружающий мир негативными чертами опасности, неблагополучия, дискомфорта.

Исходя из полученных данных мы можем сказать, что в целом отношение девочек к основным составляющим детской картины мира в любом возрасте является более позитивным, чем у мальчиков. Наиболее эмоционально негативным является представление о мире и о себе у детей 7-8 лет. С возрастом отношение к различным составляющим картины мира ребенка становится более позитивным, причем у мальчиков эти изменения происходят более резко, у девочек - более ровно.

Спустя всего несколько лет, с середины до конца 90-х годов, эта картина приобрела другие очертания. Предпочтения детьми зла в его графическом воплощении растут, при этом они распространяются уже и на возрастные группы более старших детей. Кроме того, интерес девочек к символике смерти, неблагополучия не только стремительно возрос, но по некоторым параметрам «перегнал» соответствующие показатели у мальчиков. Вероятнее всего, традиционный «консерватизм женского пола» в ориентациях на бытие, благополучие, комфорт, спокойствие как удерживающий фактор для выживания в любых биосистемах дает трещину к концу 90-х годов⁸.

Оказались достаточно выражены некоторые типологические особенности детей с ориентацией на позитивный, негативный или смешанный нравственный выбор. Дети с позитивной ориентацией характеризуются высокой резистентностью (устойчивостью к искушениям) и стабильностью, низкими значениями тревожности и невротизма, а также экстравертированностью (направленностью к внешнему ми-

⁸ Косвенно это подтверждает растущая преступность среди девочек. По данным МВД, за последние годы обращает на себя внимание увеличение доли правонарушений, совершаемых девочками, и их групповой характер.

ру). Дети с негативной ориентацией характеризуются низкой психической резистентностью (неспособностью противостоять «дурному влиянию»), высокими показателями тревожности и интровертированности (отстраненности от мира). Дети со смешанной ориентацией характеризуются низкой психической резистентностью и стабильностью, а также несколько завышенными показателями тревожности и невротизма. Значит, чем в большей степени у ребенка сформированы добрые чувства и позитивные нравственные оценки (ориентация на добро как абсолют), тем больше он открыт миру и мир открыт ему самыми светлыми своими сторонами и тем более ребенок психологически и нравственно благополучен. Такие дети характеризуются высокими характеристиками психоэмоционального благополучия, интегрированностью в школьную жизнь, хорошими взаимоотношениями со взрослыми и сверстниками и пр. И напротив, если ребенок ориентирован на темные стороны бытия, в сознании его преобладают негативные образы, тем в большей степени у него выражена готовность к нарушению социальных норм, тем более он незащищен от деструктивных воздействий мира, одинок и тревожен. Дети оказываются подобны магнитам, притягивающим подобное: личный положительный заряд притягивает доброе, позитивное, а личный отрицательный – негативное.

И все-таки – что такое Добро?

В самом конце 90-х годов был проведен всероссийский конкурс детского рисунка на тему «Что такое добро и кто такие добрые люди», было получено свыше 3 тысяч рисунков детей от 5 до 16 лет из различных регионов России. Часть рисунков и подписей к ним было проанализировано нами с применением метода контент-анализа – социологической техники выведения заключения по характеристикам текста, направленным на выявление сути анализируемого материала, его основных мыслей, идеи, а также содержания самих графических образов, за которым стоит внетекстовая реальность – установки, интересы, скрытые позиции ребенка.

Смысловые единицы контент-анализа – это социально заданные и личностно значимые «высказывания» (на словесном и визуальном языках) по поводу основной темы в детских рисунках «Что такое добро?». На их основе выделены основные категории контент-анализа – *объективные характеристики добра и зла* (онтологические, общественно-политические, экологические, нравственно–духовные):

1. бытие, жизнь, свет/небытие, смерть, тьма;
2. доброта, милосердие/злоба, жестокость;
3. мир, созидание, благополучие/война, разрушение, нищета;
4. упорядоченность, гармония/хаос, дисгармония;
5. среда чистая, здоровая/загрязненная, чахлая, замусоренная;
6. исполнение нравственных законов, моральных правил/нарушение (невыполнение) их;
7. природа как естественная, безопасная/технократия как урбанизированная, опасная;
8. солнечное, теплое/мрачное, холодное;
9. трезвость, отсутствие преступности, наркомании/пьянство, преступность, наркомания;
10. совесть, целомудрие/бесстыдство, разврат;
11. духовное, божественное/бездуховное, демоническое;
12. красивое, прекрасное/некрасивое, безобразное.

Если учесть позитивные установки темы рисунков, то естественно было ожидать, что и вербальные (словесные) и графические (изобразительные) смыслы должны лежать в левой части континуума (добра), однако большая часть рисунков либо вообще располагается в поле негатива – «зла», либо «добро» оказывается со значительным присутствием «зла».

Вопреки заданной теме, происходит неразличение или смешение детьми положительных и отрицательных характеристик бытия, добро в рисунках детей часто неотделимо от зла – чистого добра почти нет, даже если название рисунка «Добро ликует», ребенком изображается справа символика добра: солнце, березы, луг, а слева символика зла: вырванное с корнем дерево, молния, тучи. Другой рисунок с надписью «Не бойся! Я тебя никогда не обижу!»: нарисована девочка – школьница и мальчик с рогаткой. Один подросток высказал в своем абстрактном рисунке убеждение: «Где добро, там и зло».

Безусловное добро в детских представлениях – это любовь близких: «Мамины глаза», «Люблю бабушку за доброту» (портреты), или единение человека с природой «Этот большой добрый мир» (девочка лежит на поляне под ярким солнцем). Абсолютное добро для детей – это человек с Богом («Папа, мама, дочка и храм», «Храм души»), это святые («Ворота в мир добра» – апостол Петр с ключами от рая). Появление темы безусловного добра представляется в нравственно-духовной плоскости отношений: это Бог как абсолютное добро и святые (Георгий Победоносец, царевич Димитрий и др.), это рисунки храмов и религиозной символики: «После всех живых создал Бог доброту. И были на земле птицы, звери и доброта. И все люди были добрыми» (девочка 9 лет). Нравственная традиция для некоторых детей выступает естественным атрибутом добра (прощать, подавать милостыню, спасать, уважать старших и т. п.), которое необходимо «узаконить»: «Президенту нужно издать закон, чтобы все испове-

довались» (мальчик 10 лет, рисунок людей, идущих к храму) или: «Хорошо бы издали указ о том, чтобы люди были добрыми, не злыми, не сердились, считали других людей своими братьями и сестрами» (девочка 9 лет нарисовала человека с кошкой и собакой-?!). Дети обозначают нравственный императив: «Я хочу, чтобы не было ни наркоманов, ни маньяков. Чтобы все люди стали добрыми. Тогда бы жизнь стала как в раю» (на рисунке девочки 10 лет ребенок кормит котят-?).

Надо заметить, что постепенное исчезновение людей из детских рисунков в последние десятилетия является своеобразным графическим признаком ребенка нашей эпохи. Из всего массива рисунков детей самого конца XX века на тему «Что такое добро» более 2/3 посвящено животным и растениям и лишь 1/3 – человеку, следовательно, добро, с точки зрения детей, оказывается в значительно меньшей степени присуще человеческому естеству. Изображение животных, домашних и диких (кошки, собаки, львы, ослики, бегемоты, крокодилы и пр.), птиц и даже насекомых (бабочки, мотыльки, пчелы) сопровождается подписями, приличествующими людям: «Добрый» - розовый олень, «Выразительная душа» - собака, «Любовь-доброта» - два попугая, «Формула добра» - бабочка, цветок, дерево и пр.. Домашние животные – кошки, собаки, птицы чаще всего рисуются подростками 11-12 лет, чистые пейзажи или люди на природе чаще изображают восьмилетки, а храмы и религиозную символику – преимущественно пятнадцатилетние.

Современный урбанизированный город представляется детьми всех возрастов как воплощенное зло, где происходит нарушение нравственных законов, где гнездятся пороки и грязь: страх, убийство, опасность, корысть, несчастье, обман, злоба и зависть, наркомания, мусор⁹ и пр..

Группе беспризорных детей (свыше 150 человек) из детского приемника-распределителя г. Москвы тема о добре была конкретизирована в «Добрые профессии». Детские рисунки и подписи к ним показали, что к добрым профессиям относятся: врачи, пожарные, учителя, артисты, священнослужители и пр., при этом на последнем месте стоят такие профессии, как пекарь, художник, ученый, а на одном из первых – клоун в цирке. Наиболее активными оказались дети 11-12 лет, именно этот возраст, вероятно, и наиболее «беспризорный». Интересно, что самые старшие из этих детей – подростки 14-16 лет – в качестве доброй называют профессию... милиционера (!).

Подводя итоги данному исследованию, благодаря которому была сформулирована задача выделения признаков (показателей) темы Добра в детских представлениях, определим ее основные содержательные характеристики. **Добро** детьми разных возрастов представляется как:

- ценное, полезное, практически целесообразное, связанное с человеческими потребностями, интересами (видимо, отсюда – «нажать добро»): «Добро – это когда людям дают зарплату» (на рисунке мальчика 10 лет птицы клюют зерно), «Мои папа и дедушка построили дачу. Они сделали сарай, дом, посадили овощи и цветы, яблони и другие деревья. Они – добрые люди» (мальчик 11 лет), «Добро это все положительное, хорошее, полезное для природы и хорошее для человечества».

- нужное, обязательное для исполнения (поведенческий императив), следование моральным нормам и этикету: «Мать должна всегда защищать своих детей, вне зависимости от того, животное это или человек» (девочка 15 лет), «Берегите людей и животных, берегите детей и взрослых, берегите все живое на земле!» (мальчик 8 лет), «Добро это: 1. Делиться со всеми хлебом и давать милостыню. 2. Перестать быть злым. 3. Быть справедливым к людям. 4. Не обижать их» (мальчик 10 лет).

- гармония, красота, порядок: «Должна я над цветами наклониться. Чтобы увидеть добрые их лица и доброе лицо им показать» (девочка 13 лет), «Доброта – это полная гармония с природой» (мальчик 12 лет), «Не нужно разбрасывать мусор где попало, а класть его в мусорку – тогда наша планета будет чистой и красивой» (девочка 11 лет).

- благое, нечто идеальное, не зависимое от полезности, не носящее утилитарный характер, собственно нравственное: «Человек не всегда платит добром за добро. Но добрый человек чаще всего прощает это и опять готов помочь», «Надо помогать другим, любить других, на зло не отвечать злом, не быть злопамятным, стремиться к хорошему, уважать людей» (мальчик 9 лет).

- отсутствие зла: «Доброта – это когда один человек делает другому подарок. Добрый помогает. Не сердится, может пожалеть, не смеется над чужими бедами, не ударит, не обманет» (мальчик 10 лет).

Зло, соответственно, понимается как противоположность добру, как препятствие жизни, негативное, безнравственное, дисгармоничное.

В завершение – о самих детских рисунках, позволяющих подойти к уяснению общих установок детей по поводу категорий добра и зла. Специфика содержания изобразительного материала рисунков на эти темы у детей конца 90-х годов в сравнении с 80-ми годами отличалась большей бедностью, неразвитостью воображения и графических умений, порой «штампованностью» элементов рисунка, их

⁹ Все слова – из комментариев детей к рисункам.

частым заимствованием из диснеевских мультфильмов и других телеобразов. Это вообще характерно для детских рисунков последних лет.

Чему нас учат семья и школа?

Центральной составляющей детской картины мира является социальное пространство взрослых и сверстников – наклонная и горизонтальная плоскости отношений, наиболее рельефно представленные в рисунках о семье и школе. Сравнительный анализ их места и психологического содержания в картине мира современного ребенка показывает, что **семья и школьный класс** как основные группы принадлежности для ребенка являются центральными субъектами влияния на развитие его личности. Степень влияния семьи и школы различна в разные периоды школьного детства, однако наибольшую остроту этот процесс приобретает на переломных моментах онтогенеза – при вступлении в школу (первый класс) и при переходе от начального обучения к многопредметному (пятый класс). В эти моменты в жизнь ребенка и его социальное окружение активно вторгается «новая реальность» – учебная деятельность и общение со взрослыми и сверстниками. Гармоничные отношения этих двух социальных общностей – семьи и школьного класса – в сознании ребенка залог его психоэмоционального благополучия и шире – его психического и духовного здоровья.

Специфика социальной жизни ребенка, находящегося одновременно в двух мирах – мире взрослым и мире детей, требует учета этого обстоятельства и в плане значимости для ребенка каждого из этих миров на протяжении всего периода детства. В связи с этим особое значение для понимания сложного процесса социального развития личности приобретает вопрос об отношениях ребенка с группами взрослых и группами сверстников на разных этапах возрастного развития.

Существует мнение, по сути, восходящее своими истоками к ортодоксальному психоанализу, об определяющей роли взрослых в детском развитии; это мнение разделяют многие известные психологи, в том числе Дж. Боулби, А. Валлон и др. Иная точка зрения предельно четко сформулирована американским социологом и психологом Т. Шибутани: «...многие дети учатся дисциплине и ответственности в группах равных, даже в шайках малолетних преступников значительно больше, чем дома». Разумеется, на протяжении онтогенеза не только социальные группы взрослых, но и детские группы (детские сообщества) выступают в качестве тех «совокупных субъектов», на которых ориентируется ребенок в процессе развития.

Взрослые осуществляют общую социализацию ребенка, определяя зону его ближайшего развития (*ЗБР*), санкционируемую социальными нормами, ценностями и ожиданиями данной культуры, сверстники обеспечивают преимущественно индивидуализацию развития ребенка и задают *зону его вариативного развития (ЗВР)*, предоставляемую детской субкультурой, задавая одновременно существование и «переключку» разных культур, иных логик и моральных представлений. Смысл ЗВР состоит в открытости ребенка к восприятию других культурных традиций, в установлении им связи со всеобщностью культуры через собственное творчество, фольклор, мифологию, традиционную игру. Если семья и вообще взрослый осуществляет ЗБР как культурно предпочитаемую стратегию поведения, то детская группа через ЗВР обеспечивает, с одной стороны, ориентацию на утраченные, забытые формы культуры, а с другой, — прогнозирует новые пути ее развития. Проблематизируя и переосмысляя историческое наследие взрослых, детская субкультура высвечивает точки роста общечеловеческой культуры.

Какие нравственные смыслы несут в себе ребенку эти две важнейшие социальные общности? Как это отражается в детском рисунке? Какова динамика этих образов?

Семья — наиболее представленная социальная группа для дошкольников и младших школьников. В пять лет значимость ее наиболее велика по сравнению с группой сверстников. Однако от старшего дошкольного к младшему школьному возрасту разрыв в количественных показателях значимости семьи и детской группы уменьшается.

Графические презентации физического пространства, в котором обитает социальная группа, претерпевают существенные изменения. Если для рисунков пяти-шестилетних детей характерны замкнутость, закрытость, изолированность от мира (черная рамка по периметру листа, штриховка и узоры в пространстве листа, преувеличенный пол, земля или тучи на небе и пр.); то у детей семи и особенно восьми лет пространство как бы очищается, становясь более свободным от ненужных линий, открытым. Образ семьи — социальной группы как «Мира за изгородью» уступает место образу общности, «открытой миру». Однако в рисунке семьи по сравнению с рисунками детсадовской группы и школьного класса к восьми годам «человеческое пространство» теснит «пространство вещей»: мебели, подробностей интерьера и т. д. Характерный для дошкольников «вещизм» в изображении группы и класса распространяется в младшем школьном возрасте и на семью. Все чаще дети (и мальчики, и девочки) изображают «символы благосостояния» семьи: телевизоры, мебельные стенки, ковры, посуду, книги в шкафах, пианино и т. д., а для изображения людей, членов семьи — зачастую места уже не остается. Для мальчиков-дошкольников довольно характерно рисование многоэтажного дома и рядом автомобиля, в кото-

ром располагаются члены семьи, а для девочек - рисование комнаты изнутри, ее убранства. С возрастом намечается тенденция перехода от изображения семьи в интерьере (дети рисовали дом снаружи без людей, объясняя, что «все — дома», либо изображали членов семьи на фоне внутреннего убранства комнаты) к изображению семьи на прогулке, «на природе» (члены семьи рисовались на лугу, у реки, либо это был просто «фотографический портрет» семьи). Важнейшим критерием личностной значимости группы в рисунке ребенка является изображение людей: их количество, соответствие реальному составу группы, пропорции фигур, детали, прорисовка и цветовая гамма.

Что же дети рисуют с середины до конца 80-х годов? В ряде случаев для ребенка «Мой класс» представляет собой образ многоэтажного здания, внутрь которого он не помещает ни себя, ни одноклассников, ни учительницу. Либо, рисуя интерьер классной комнаты, ребенок “забывает” нарисовать себя или рисует себя на другой стороне листа, либо отгораживает себя от класса предметами и линиями. Примечателен здесь рисунок Тани Б., где изображается автопортрет с массой деталей одежды, портфелем, в ярком платье, а рядом черным карандашом высокая зарешеченная башня: «Здесь мой класс,» — поясняет девочка. Подобные графические презентации свидетельствуют, как правило, о дезинтегрированности ребенка в данной социальной группе, неприятии, отвержении им классного коллектива как целого, а следовательно, о неблагополучии в самом коллективе и о неспособности учителя обеспечить значимую совместную деятельность, способную сплотить детей, дать им чувство защищенности, снять тревогу. Такие и подобные им особенности рисунка характерны в той или иной степени для всех обследованных классов. Дети почти не рисуют людей — ни себя, ни учительницу, ни сверстников, а если человеческие фигуры все же появляются, то они предельно деиндивидуализированы: без признаков пола, возраста, часто без частей тела, лиц и пр. Почти у половины детей нарисованная фигура учительницы оказалась стертой, что является четким показателем символического устранения взрослого из его картины мира как очевидного для ребенка зла.

Каков основной лейтмотив рисунков? Это: черные квадраты и прямоугольники классной доски, порой ничего, кроме этого черного квадрата, что производит гнетущее впечатление. В то же время в рисунках есть очень тщательно вырисованные, скорее, аккуратно срисованные таблицы, буквы алфавита, переписанные страницы из учебников. Например, в рисунке Сергея А. большую часть листа занимает задача, над ней аккуратные столбики цифр таблицы умножения, а внизу начерченные по линейке прямоугольники, внутри которых фамилии одноклассников (как надгробия).

Если сравнить эти рисунки с рисунками «Моя семья» тех лет, то становится ясно, что дело тут не в неумении детей рисовать. Графические презентации второклассников свидетельствуют именно о явном неблагополучии ситуации в классе, повышенной тревожности, страхах детей перед школьной действительностью, конфликтностью взаимоотношений внутри группы, затруднениях в общении, невротических реакциях и пр. (это подтвердили наблюдения и опрос).

У старших дошкольников тех лет, готовящихся к школе и уже занимающихся по школьной программе, оказались сведены две деятельности — учебная и игровая, обладающие высокой степенью значимости для ребенка. Различия в рисунках «Моя группа» и «Мой класс» у этих детей, находящихся в одних и тех же физических условиях, обусловлены тем, что психологически для ребенка эти две одинаковые группы являются *различными*, поскольку различны те личностно-смысловые отношения, которые возникают в процессе его совместной деятельности в этих двух ситуациях.

Для примера сравним два рисунка шестилетнего ребенка на тему “Моя группа” и “Мой класс”, выполненные в один день, которые убедительно демонстрируют явные различия личностно-смыслового отношения мальчика к этим группам. На одном нарисована детсадовская группа - сверстники с воспитательницей в праздничном хороводе с цветами в руках. Уравновешенная композиция, тщательность прорисовки деталей, хорошо отображенная индивидуализированность мальчиков и девочек, яркая и радостная желто-красно-зеленая гамма - все свидетельствует о позитивном гармонизированном отношении ребенка и к группе в целом, и к воспитательнице, и к себе как члену данного сообщества (автопортрет мальчика - самая крупная фигура со всеми признаками индивидуальности). Тем более удивителен рисунок этого ребенка “Мой класс” - с диаметрально противоположными характеристиками: ведь это те же дети в том же помещении! Смещенная влево дисгармоничная композиция, невротическая заштриховка, черные круги вместо учительницы и учеников, при этом учительница от детей отделена жирной вертикальной линией, что говорит о символическом ее отчуждении от детей, желании отгородиться от нее. В этом рисунке ярко выражен возрастной регресс ребенка, свидетельствующий о чувстве тревоги и психоэмоциональном неблагополучии мальчика в данной социальной ситуации. Изображенный внизу архетипический крест со множественными перечеркиваниями символизирует неосознанное желание мальчика закрыть дверь в класс навсегда.

Таким образом, результаты, полученные на основании анализа изобразительного материала дошкольников и младших школьников 80-х годов XX века позволяют увидеть, что социальное простран-

ство в детской картине мира воспринимается детьми не как нечто целое, но как бы разделенное на две части – отношения со взрослыми и отношения со сверстниками. При этом отношения со сверстниками воспринимаются эмоционально более позитивно, а мир взрослых – родителей и учителей – представлен в картине мира ребенка как нечто отделенное от него, а иногда и угрожающее.

Особенно обращает на себя внимание эмоционально негативная ситуация в классе, где образ учителя либо вообще отсутствует, либо обозначен с признаками агрессии, что характерно для детей всех возрастов, при этом мальчики воспринимают свои отношения со взрослыми и сверстниками более эмоционально негативно, чем девочки.

Что изменилось к середине 90-х годов? Казалось бы, данные анализа рисунков говорят о том, что естественные традиционные ориентации детей 6-8 и 10-12 лет на семью как наиболее предпочтительную социальную группу принадлежности должны оставаться неизменными. Однако свойство личностной значимости семьи вступает в противоречие с наблюдаемыми в рисунках симптомами семейной недовольности, конфликтности, что выражается:

- в резком расхождении представлений о семье реальной и воображаемой (будущей);
- наличии выраженных конфликтных отношений, неудовлетворенной потребности в общении и любви у детей в семейной ситуации, их отчуждения и одиночества, тревоги и других проявлений семейного психоэмоционального неблагополучия, что показал качественный анализ детских рисунков;
- у *трети* всех детей обнаружилось предпочтение класса перед семьей. Количество таких детей растет от шести к 12 годам, причем у мальчиков эта тенденция имеет место гораздо чаще, чем у девочек.

Каковы возможности причины предпочтений этими детьми социальной группы «школьного класса» перед семьей? Во-первых, одной из причин является сама современная «проблемная семья», в которой ребенок испытывает психоэмоциональное неблагополучие, нашедшее отражение в рисунке. Это, как правило, «неблагополучная семья». На фоне такой семьи школа, несмотря на ее традиционные сложности, оказывается предпочтительнее для детей (в соответствии с формулой: «в школе - плохо, а дома - еще хуже»). Во-вторых, личность учителя, особенно в младших классах, оказывает порой столь мощное влияние на каждого ученика, что способна соперничать с родительской любовью, и тогда ребенок отдает предпочтение учителю, а не родителю.

Общая характеристика детей, у которых класс предпочтительнее семьи, такова: зачастую это - дети «группы риска» с трудностями в обучении, с заболеваниями (судорожный синдром, гипертония, логоневроз и проч.), дети из проблемных семей (неполные, на грани развода родителей, многодетные и пр.). Почти все дети на вопрос, нравится ли им в школе, отвечали утвердительно, а подавляющее большинство детей (кроме шестилеток-первоклассников), поставленных перед выбором - учиться в школе или дома, ответили, что «в школе - лучше».

Разнообразны рисунки московских детей на тему «Моя семья». Это - и «фотография» семьи, и семья в интерьере квартиры, семья на отдыхе, семья в автомобиле, в поезде и пр.. Наиболее часты сюжеты - семья на фоне «благополучия» квартиры. Тщательное вырисовывание мебели, ковров, аппаратуры при отсутствии некоторых членов семьи (даже мамы!), пространственная разобщенность фигур, рисование только себя (часто в сочетании с телевизором), изображение домашних животных (кошек, собак, птиц) вместо родных людей - вот основные изобразительные тенденции рисунка «Моя семья» и у первоклассников, и у пятиклассников в конце 90-х годов.

В сравнении с ним рисунок «Мой класс» отмечает меньшее разнообразие сюжетов: это, как правило, изображение помещения класса, доски, столов (часто с помощью линейки, использование которой указывает на неуверенность автора). Для пятиклассников характерны рисунки - групповое фото почти всех одноклассников, а для малышей одно-двухфигурные композиции либо пустые классные комнаты («все на перемене»), а также частое изображение учительницы у доски - один из показателей личностной представленности учителя в сознании учеников.

В современной историко-культурной ситуации неопределенности, при которой расшатываются традиционные механизмы передачи знаний и нравственных ценностей, дети все в большей степени начинают ориентироваться на «продвинутых» сверстников.

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

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

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

Проблема эффективности и безопасности психофармакотерапии в детском и подростковом возрастах имеет свои специфические аспекты, связанные как с особенностями протекания психических расстройств в данных возрастных группах, так и с нерешенностью целого ряда организационных вопросов отечественной службы психического здоровья детей и подростков, которая в ее нынешнем виде практически не способна учитывать указанные особенности.

Что касается возрастных ограничений для психотропной лекарственной терапии, то здесь установки различных клинических школ колеблются от ее полного отрицания для детей (вплоть до подросткового возраста) до признания возможности ее применения даже с младенчества. Очевидно, наиболее рационален принцип строгого следования показаниям и противопоказаниям к психотропной терапии независимо от возраста ребенка при обязательном сочетании ее с психотерапией и семейной терапией, которой может отдаваться приоритет. В то же время, современные культуральные и социально-психологические характеристики нашего общества, организационные особенности современного отечественного здравоохранения (в частности, находящегося на стадии лишь зарождения детской и семейной психотерапии) делают реализацию указанного подхода проблематичной. Следовательно, практический детский психиатр должен исходить из реальных профессиональных возможностей, не ограничивая себя неоправданными жесткими рамками той или иной клинической школы и исходя из принципа обязательного оказания доступными способами лечебно-реабилитационной помощи ребенку с психической патологией. При этом необходимо учитывать специфическое влияние этой патологии в детском возрасте: чем в более раннем возрасте она возникает, чем глубже выражена и чем дольше длится, тем больше вероятность регресса, задержки и искажения развития ребенка, которые могут приобрести необратимый и некорректируемый характер. Т. е. негативные последствия психических расстройств для детской индивидуальности и всей дальнейшей судьбы больного могут оказаться гораздо более тяжелыми, чем возможные (но совсем не обязательные при адекватном применении препаратов) побочные воздействия психофармакотерапии.

Важной особенностью детского организма является гораздо более высокий, чем у взрослых, клиренс (скорость выведения чужеродных веществ из организма), в связи с чем вероятность накопления психотропных препаратов и соответственно побочных действий и осложнений от их применения у детей существенно ниже и дети лучше переносят относительно более высокие (в весовом эквиваленте) дозировки многих лекарств по сравнению со взрослыми. С другой стороны, в современной популяции высок процент детей с резидуально-органическими поражениями ЦНС. Эти поражения, будучи еще недостаточно компенсированными в раннем возрасте, могут предопределять повышенный риск неврологических осложнений и парадоксальных реакций на применение психотропных препаратов. Вообще важно иметь в виду, что реакции детей на психотропную терапию гораздо более индивидуализированы, чем у взрослых, и соответственно подбор препаратов, их комбинаций и дозировок должен быть строго индивидуальным и как можно менее шаблонным. Границы возрастных дозировок психотропных препаратов неопределенны и подбор доз должен опираться на уровень индивидуальной переносимости (до появления выраженных некупируемых побочных явлений или осложнений) и индивидуальной эффективности при строгом контроле соматовегетативного состояния ребенка. При подборе препарата, его дозы следует учитывать и общую закономерность реагирования на психотропную терапию: чем глубже психические нарушения, тем выше толерантность к препаратам в плане возникновения побочных действий; отсутствие реакции на психотропный препарат (в отношении и позитивного, и побочного эффекта) чаще всего свидетельствует об адекватности лекарства, но недостаточности его дозы.

Помимо указанного принципа максимально возможной индивидуализации при психофармакотерапии необходимо следовать также принципу минимальной достаточности. Он заключается в том, что основная цель лечения состоит не в полном устранении психопатологической симптоматики, а в достижении адекватной адаптации ребенка в микросоциальном окружении, которая включает в себя, в том числе, и возможность соответствующего возрасту развития, приобретения новых навыков и знаний. Т. о., если сохраняющаяся остаточная или резидуальная психопатологическая симптоматика не препятствует данному условию, то нецелесообразно форсировать и видоизменять терапию, рискуя вызвать побочные явления

и осложнения, которые могут нивелировать позитивный эффект лечения. Вообще проблема побочных действий психотропной терапии в детско-подростковой клинике, особенно амбулаторной, чрезвычайно важна, поскольку зачастую с большим трудом преодолеваемая родительская оппозиция к лечению ребенка «химией» становится совершенно некорректируемой, если при отсутствии или недостаточности позитивного результата лечения на его начальных этапах проявляются более или менее выраженные побочные явления. Следовательно, при психотропной терапии детей и подростков, особенно в ее начале и в амбулаторных условиях, необходимо использовать препараты и дозировки, дающие минимальный риск побочных явлений, даже в ущерб желаемому собственно психотропному эффекту. Наконец, следует также иметь в виду, помимо общеизвестных, возможные специфические для детского возраста побочные явления и осложнения психотропной терапии, такие, как энурез и, значительно реже, энкопрез, другие проявления регресса или приостановки развития, ночные делириозные эпизоды.

Спецификой организации психотропного лечения детям и подросткам, особенно в амбулаторных условиях, является практически всегда необходимое в той или иной форме психотерапевтическое воздействие на родителей больного, без информированного согласия которых и их осознанного подхода к лечению своего ребенка, без психотерапевтического воздействия на семью с целью нормализации взаимоотношений ее членов позитивный эффект психотропного лечения детей и подростков трудно либо вообще не достигим. С правовой точки зрения информированное согласие родителей (опекунов, попечителей) больного ребенка является обязательным условием применения в его лечении методов биологической психотропной терапии.

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

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

Знакомство с состоянием вопроса на местах обнаружило следующее. В одних государственных лечебных учреждениях администрация категорически запрещает врачам назначать препараты, в аннотации к которым нет специального указания на то, что они разрешены в детской практике. В других – действует неофициальный запрет на выписку даже разрешенных современных психофармакологических средств хроническим больным, имеющим право на их бесплатное получение, что обусловлено финансовыми соображениями (не хватает средств даже на старые, более дешевые лекарства). В частных же и ведомственных клиниках современные препараты врачи используют более широко, используя имеющийся опыт и приобретая новый.

В странах-изготовителях современные препараты в большинстве своем не прошли испытаний на детском контингенте и поэтому их применение на территориях данных стран законодательно запрещено. В России же без испытаний психотропных препаратов в установленном порядке и соответствующего разрешения Фармакологического Комитета на их клиническое применение (4-я стадия клинических испытаний) в детской психиатрической практике внедрение новых психотропных средств невозможно. Причина столь жесткого контроля кроется в отсутствии специальных исследований, изучающих вопросы безопасности применения лекарств в детской практике. В нашей стране практически отсутствуют работы, направленные на изучение проблемы метаболизма в целом и генетического метаболизма психотропных препаратов в детском возрасте, нет убедительных данных, указывающих на слабость и уязвимость той или иной системы или органов в свете возрастных особенностей при назначении психотропных препара-

тов, отсутствуют лонгитудинальные исследования безопасности лекарств в детской психиатрии. Подчеркивается незрелость и функциональная слабость различных образований мозга, что может привести к нежелательным последствиям после назначения психотропных средств в детском возрасте, но не указывается, в чем эта «слабость» проявляется и как практически в клиническом и общебиологическом аспектах организм детей реагирует или может реагировать на конкретные психотропные препараты.

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

Аналогичная ситуация сложилась и с антидепрессантами, где трициклические антидепрессанты (ТЦА) также остаются препаратами выбора у детей и подростков несмотря на значительное число и тяжесть побочных эффектов по сравнению с серотонинергическими (СИОЗС) антидепрессантами. В России только один СИОЗС сертралин (золофт) разрешен к применению в дошкольном возрасте (с 6 лет) при терапии обсессивно-компульсивных расстройств, а с 12 лет – при терапии депрессивных состояний. Остальные зарегистрированные в стране СИОЗС, такие как флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, циталопрам, в детской практике официально не применяются. В отличие от ТЦА, обладающих антихолинергическими, антиадренергическими, антигистаминными и серотонинергическими свойствами, что вызывает многочисленные побочные эффекты, побочные эффекты СИОЗС дозозависимы, а осторожный титрованный подбор индивидуальной дозировки обеспечивает адекватную клиническую эффективность препаратов с лучшей по сравнению с ТЦА переносимостью (F. Song et al., 1993).

Существующая ситуация с психотропными препаратами в детской практике в России, вероятно, аналогична положению дел с безопасностью в педиатрии в других странах, где, однако, предпринимаются активные действия по исправлению данной неправомерной ситуации. Так, например, в США в 90-х годах вышел закон, поощряющий фармацевтические компании тестировать выписываемые лекарства на детях. Закон был принят Конгрессом вследствие недостатка информации о влиянии лекарств и биологических добавок на детей. По закону изготовители лекарств, которые добровольно проводят определенные, обеспечивающие педиатрическую безопасность исследования, могут получить добавочные 6 месяцев защиты от общей конкуренции после истечения срока патента этих лекарств. До выхода закона компании не тестировали лекарства на детском контингенте из-за этических соображений, стоимости проведения подобных исследований и сравнительно небольшого педиатрического рынка. Цены на тестируемые лекарства повысились менее чем на 1%, а компании, исследующие лекарства в педиатрии, получают грант. Предложение таких финансовых стимулов лекарственной индустрии было сделано для поощрения клинических исследований, и в течение трех лет после принятия закона было проведено свыше 58 педиатрических исследований и дана дотация 25 лекарствам, среди которых такие, как кларитин, вазотек и прозак (R. Zimmerman, 2001). Очевидно, в качестве одного из результатов подобной деятельности, по данным Express Scripts, с 1998 по 2002 г. в США употребление антидепрессантов детьми и подростками увеличилось на 50%; особенно велико увеличение в возрастной группе 0-5 лет – среди девочек в 2 раза и среди мальчиков на 64%. По мнению Tom Delate, director of research at Express Scripts, это связано с рядом причин: увеличением частоты депрессий в данной возрастной группе, улучшением распознавания депрессий врачами и их уверенностью, что препараты будут у детей столь же эффективны и безопасны, как и у взрослых.

Приходится констатировать, что положение в России с внедрением современных и безопасных препаратов – как атипичных нейролептиков, так и антидепрессантов нового поколения (серотонинергических, атипичных трициклических и тетрациклических) – в детскую психиатрическую и педиатрическую практику остается неудовлетворительным. По-прежнему препаратами вынужденного выбора являются нейролептики первой генерации и ТЦА, клинический эффект которых сопряжен с массивными системными и тяжелыми побочными эффектами, нарушающими когнитивные функции детей, снижающими уровень социального функционирования и препятствующими адекватному обучению. В этой связи представляется необходимым создание при Фармакологическом комитете Комиссии по детской психофармакотерапии, возложив на нее функции проведения клинических испытаний психотропных препаратов в детской психиатрии. Комиссию целесообразно создать на основе детских психиатров-руководителей подразделений детской и подростковой психиатрии ведущих научно-исследовательских институтов, кафедр психиатрии, занимающихся проблемой психиатрии детского возраста, и детских психиатрических стационаров. С уче-

том существующего положения о педиатрических возрастных рамках в нашей стране (от 0 до 18 лет) целесообразно отдельно для этого возраста, по аналогии с геронтопсихиатрией и гериатрией, рассматривать в Фармакологическом комитете психотропные препараты, предлагаемые для внедрения в этом возрастном периоде, а также новые показания к их применению. Конечно же, одно административное нововведение не решит всех вопросов детской психофармакотерапии (в частности, связанных с этическим аспектом применения на детско-подростковом контингенте двойного слепого метода), однако сохранение статус-кво также представляется безусловно негуманным.

Следует сказать еще о некоторых организационных проблемах эффективной и безопасной психотропной терапии в детско-подростковой практической психиатрии, и в первую очередь о недостаточной информированности и профессиональной компетентности многих из тех психиатров, кто лечит детей и подростков. Чтобы не быть голословными, приведем лишь некоторые официальные данные. В 1994 г. лишь 41% из 1948 специалистов, занимавших должности детских и подростковых психиатров, имели тот или иной уровень профессиональной аттестации. После 1995 г., когда специальности детского и подросткового психиатров были изъяты из номенклатурного списка, такая статистика не ведется. Однако нет никаких оснований предполагать, что ситуация улучшилась, скорее наоборот, поскольку обучение на курсах специализации стало платным для местных органов здравоохранения, финансовые возможности которых, естественно, крайне недостаточны. Недостаток информированности специалистов связан и с очень слабой заинтересованностью дистрибьюторов современных психотропных препаратов в их рекламировании для применения у детей и подростков, что в целом понятно в связи с изложенной выше ситуацией. Хотя возможности такого рекламирования в последние 3 года значительно улучшились в связи с началом выхода впервые в нашей стране специального периодического издания Ассоциации детских психиатров и психологов – журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

И наконец, удручает все нарастающий разгул профессиональной некомпетентности в применении психотропных средств врачами, по определению не имеющими каких-либо знаний в области детско-подростковой психофармакологии, но тем не менее сплошь и рядом назначающими детям и подросткам и антидепрессанты, и транквилизаторы, и даже нейролептики (такие, как соннапакс, неупелтил), – невропатологами, психологами, именующими себя без достаточных профессиональных и правовых оснований психотерапевтами, и даже порой педиатрами.

Ясно, что для решения указанных проблем необходимо коренное реформирование всей системы подготовки кадров, их аттестации и сертификации в области детско-подростковой психиатрии, о чем уже на протяжении многих лет заявляют профессиональные психиатрические организации – Ассоциация детских психиатров и психологов, Российское общество психиатров, но ситуация остается прежней, и пока не видны реальные перспективы ее улучшения.

В. Г. Каледа, А. Н. Бархатова, М. А. Стрельцова
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И
ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА¹⁰

Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

Юношеский возраст, наряду с детским и старческим, относится к тем основным кризовым периодам, биологические и психологические параметры которого требуют строгого учета при проведении психофармакотерапии. Юношеский возраст характеризуется целым комплексом процессов, охватывающих наиболее важные стороны происходящего в этот период бурного психофизиологического созревания. К ним относятся: эндокринные перемены, носящие столь интенсивный характер, что получили название «гормональной бури»; активный процесс созревания головного мозга, пролиферация глиальных клеток, элиминация синапсов [38]; морфофункциональные изменения различных систем внутренних органов, происходящие скачкообразно, с высокой частотой функциональных нарушений. Для юношей характерна крайняя неустойчивость аффективной сферы с частыми сменами настроения, активный процесс перестройки мышления, носящий характер «когнитивной революции» [43], с переходом к формально-логическому и гипотетико-дедуктивному мышлению, с развитием комбинаторных, пропозициональных операций с отвлеченными абстрактными понятиями. Психологические особенности юношеского возраста определяются также стремлением к независимости, самостоятельности, с оппозицией, тотальной критикой принятых догм, протестом против влияния родителей, учителей и вообще любой авторитарной инстанции. Причем все эти процессы протекают в условиях резкого изменения стереотипа жизни (завершение школьного образования, выбор профессии, установление взаимоотно-

¹⁰ Доклад на Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» 19-23 апреля 2004 года, Москва.

шений с противоположным полом). Все описанные параметры и составляют сущность не только патопластического, но и патогенетического влияния пубертатного возрастного фактора при эндогенных заболеваниях юношеского возраста. Неслучайно именно на данный возрастной период приходится высокая частота манифестаций шизофрении и шизоаффективного психоза (около 22%, по данным отделения клинико-эпидемиологических и медико-демографических исследований НЦПЗ РАМН).

Материалом настоящего исследования послужили 387 больных шизофренией (F20. x1, F20. x2, F20. x3, по МКБ-10) и 120 больных шизоаффективным психозом (F25) юношеского возраста (16-25 лет), госпитализированных в 1993-2003 гг. в клиническое отделение Утдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН (руководитель проф. Г. П. Пантелеева) с манифестным психотическим приступом. На основании проведенного исследования было установлено, что биологические и психологические особенности юношеского возраста, а также особенности клиники и течения шизофрении и шизоаффективного психоза, манифестировавших в юношеском возрасте, определяют следующие основные принципы терапевтической стратегии.

Первым принципом терапии при ведении больных юношеского возраста является необходимость достижения терапевтического альянса врача и пациента, врача и родителей больного для преодоления симптомов болезни и проведения социально-реабилитационных мероприятий. Доверительные отношения между врачом и пациентом формируют позитивную установку к лечению, веру в то, что лекарства помогут преодолеть болезнь. Это является обязательным условием достижения адекватной комплаентности больного, выполнения им врачебных рекомендаций. Следует отметить, что в юношеском возрасте существует две противоположные тенденции: с одной стороны, чем моложе пациент, тем легче достигается доверие к врачу [32], с другой стороны, молодые пациенты (особенно мужского пола), показывают худшую комплаентность в сравнении с больными зрелого возраста [26, 45]. Последняя тенденция с особой остротой ставит вопрос об установлении партнерских отношений с родителями больного в понимании ими серьезности заболевания, необходимости оказания содействия больному в постоянном обеспечении его лекарственными препаратами, в корректном контроле за приемом антипсихотической терапии. Следует особо отметить другие факторы, влияющие на комплаентность больного юношеского возраста – это нередко недостаточная критика к перенесенному психозу, нежелание принимать лекарства, в первую очередь, из-за побочных эффектов, описываемых в рамках синдрома «психического паркинсонизма», а также влекущих за собой нарушения в сексуальной сфере. Необходимо также отметить, что существует и такое явление как врачебный нонкомплаенс, т. е. не предоставление пациенту достаточной информации о болезни, ее последствиях, назначенных препаратах, их возможных побочных действиях, что ведет к недоверию к профессиональным качествам специалиста и отказу в соблюдении его рекомендаций. Начиная фармакологическое лечение у данной группы пациентов, особенно важно помнить, что для них и их родителей это первый опыт применения психотропной терапии, действие которой окружено в обществе множеством мифов. Поэтому врачу необходимо с пониманием воспринимать отношение больного и его родственников к стационарированию вообще и к лекарственной терапии в частности. В связи с указанным встает вопрос о необходимости проведения комплексной терапии эндогенных психозов юношеского возраста, которая должна включать кроме психофармакотерапии преимущественно групповую и семейную психотерапию, а в некоторых случаях индивидуальную психотерапию [3, 7, 24, 42].

Вторым, не менее значимым, принципом терапевтической стратегии в юношеском возрасте является своевременность назначения нейролептической терапии при появлении первых симптомов, позволяющих диагностировать эндогенное заболевание. Раннее начало лечения шизофрении и сокращение «нелеченного» периода психотических состояний – трудная, но важная и ответственная задача врачей-психиатров. Это является наиболее многообещающим направлением развития психиатрии детского и юношеского возраста. Многие исследования показывают статистически значимую корреляцию между своевременностью начала нейролептической терапии и исходом заболевания. При затягивании периода «нелеченного психоза» увеличивается степень прогрессивности эндогенного процесса [25, 53]. В настоящее время обсуждается вопрос о возможности назначения нейролептической терапии на продромальном этапе. На основании критериев шизофрении по DSM-IV (наличие психотических симптомов) некоторыми исследователями [33, 55] это рассматривается как «первичная профилактика» шизофрении. В связи с этим обсуждаются такие понятия как «ранняя шизофрения» и «препсихоз» [30, 31]. Вопрос о начале нейролептической терапии в продромальном периоде не является окончательно решенным. Ряд исследователей [54] считает, что при появлении симптоматики, которую можно квалифицировать как «продромальная шизофрения», главной задачей психиатров является лишь наблюдение за больным, обеспечение гарантии пациентам и членам их семей доступности психиатрической помощи при появлении отчетливых психотических симптомов. В отечественной психиатрической школе вопрос о необходимости назначения нейролептиков решается однозначно положительно [2, 5, 14, 16]. Однако при оценке целесообразности раннего начала терапии необходимо учитывать, что у большинства пациентов

юношеского возраста продромальный этап проявляется неспецифичными непсихотическими симптомами, поэтому сохраняется очень высокий риск ошибочного принятия проявлений пубертатного криза за начальный этап развития заболевания. Необходимость раннего начала терапии при эндогенных психозах подтверждают современные данные о патогенезе шизофрении, которые свидетельствуют о серьезных биохимических и иммунологических сдвигах, происходящих в организме больного после манифестации заболевания, которые в дальнейшем становятся биологическими факторами, лежащими в основе прогрессивности шизофрении [10, 21, 23, 39].

Третьим принципом является приоритетное назначение антипсихотических препаратов с высокой эффективностью и низким уровнем побочных явлений и осложнений. Биологические особенности юношеского возраста обуславливают более высокую встречаемость побочных явлений и осложнений на фоне психотропной терапии в сравнении со зрелым возрастом. При этом, чем моложе пациент, тем он хуже переносит психотропную терапию [32]. Это положение справедливо как в отношении экстрапирамидных эффектов, так и других побочных явлений. В связи с незрелостью сердечно-сосудистой системы у данного контингента больных существенно чаще возникают тахикардия, нарушение атрио-вентрикулярной проводимости, гипотонические реакции включая коллаптоидные состояния. Имеются данные в отношении более высокого риска возникновения изменения формулы крови в юношеском возрасте на фоне терапии клозапином [40], а также повышения уровня пролактина на фоне терапии оланзапином [52], что не характерно для больных зрелого возраста. При этом следует подчеркнуть, что при выборе терапии необходимо обращать внимание на биологический возраст пациента, учитывая выраженный физический инфантилизм, который часто имеет место у больных юношеской шизофренией. Как известно, в настоящее время произошло изменение показаний к назначению атипичных нейролептиков. Если на первом этапе их применения, во второй половине 90-х годов XX в., акцент делался на их назначении в резистентных случаях и при наличии выраженных побочных эффектов на фоне терапии классическими нейролептиками, то на современном этапе атипичные нейролептики рассматриваются как препараты первой линии при терапии манифестных психозов и повторных психотических состояний в юношеском возрасте [8, 24, 47]. При этом некоторые исследователи особо отмечают нежелательность назначения традиционных нейролептиков при первом эпизоде психоза [37].

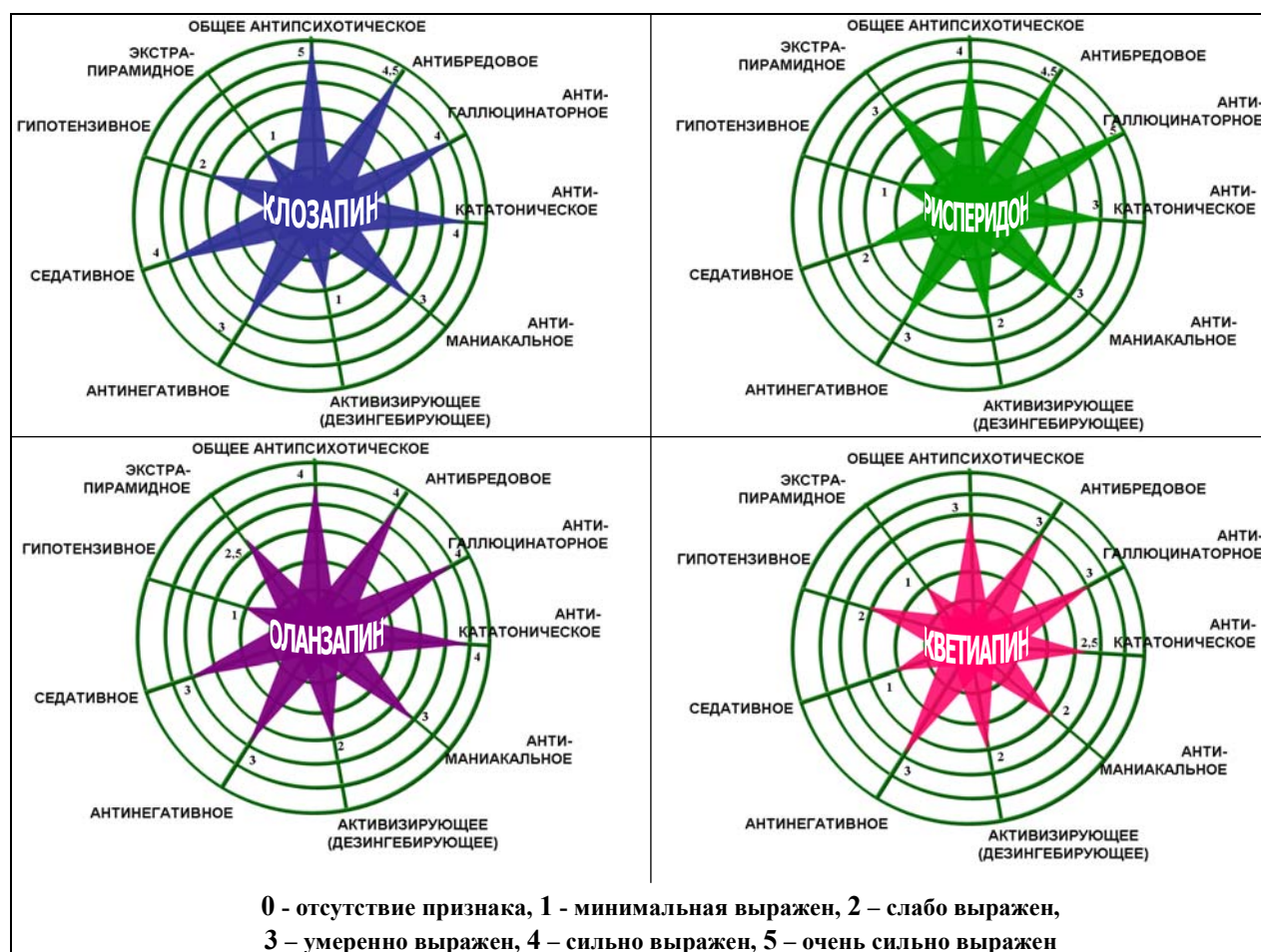


Рис. 1. Спектр психотропного действия атипичных нейролептиков.

Проведенный нами к настоящему времени предварительный анализ психофармакотерапии изученных больных показал, что в связи с особенностями клиники приступообразной шизофрении и шизоаффективного психоза юношеского возраста и, главное, с учетом особенностей переносимости психофармакотерапии этими больными, в данном возрастном периоде показано приоритетное назначение препаратов, которые, с одной стороны, являются высокоэффективными, с другой стороны, обладают низким уровнем побочных явлений и осложнений. Из современного арсенала психотропных средств этим требованиям в наибольшей степени отвечают атипичные нейролептики, которые, несмотря на целый ряд своих общих характеристик, имеют существенные различия как по аффинитету к нейротрансмиттерным рецепторам [15, 32, 36] и спектру психотропной активности, так и по клинической эффективности и частоте встречаемости различных побочных явлений, что и определяет различные показания к их назначению (на рис. 1 схематично представлены эти характеристики).

Однако основными препаратами при терапии острых психотических состояний с отказом от лечения в настоящее время все еще остаются инъекционные формы классических нейролептиков, в связи с тем что только данные препараты имеются в практической психиатрии в инъекционной форме. Лишь в последние годы, после появления рисперидона в форме раствора для перорального применения, появилась новая возможность купирования острых психотических состояний. Раствор рисперидона, в отличие от таблетированной формы, обладает более выраженным общим антипсихотическим и седативным действием [9, 17]. В ближайшее время ожидается появление оланзапина для парентерального введения, который, по данным зарубежных исследователей, имеет высокую эффективность [6, 13, 50, 51]. Соответствующая схема возможной терапии представлена на рис. 2.



Рис. 2.

Как показало изучение, для пациентов юношеского возраста с манифестным приступом препаратом первого выбора является рисперидон, который обладает наиболее широким спектром действия, что соответствует и современным мировым тенденциям. Так, в США наиболее назначаемым при данных состояниях препаратом также является рисперидон, на втором месте - арипипразол и оланзапин, реже назначаются zipразидон¹¹ и кветиапин [37]. Однако при выборе препарата для проведения антипсихотической терапии и определении его дозы необходимо учитывать психопатологические особенности состояния больных (см. табл. №№ 1 и 2).

Так, при остром галлюцинаторно-параноидном синдроме наиболее предпочтительным препаратом оказывается рисперидон, при кататоническом синдроме - оланзапин. При аффективно-бредовых состояниях нередко требуется дополнительное назначение антидепрессантов (при депрессивно-бредовых состояниях) или нормотимиков (при маниакально-бредовых состояниях). Клозапин назначается в качестве препарата второй линии при неэффективности предшествующей нейролептической терапии. В зарубежной литературе основным показанием для назначения клозапина являются резистентные психо-

¹¹ Регистрация препаратов zipразидон (фирма Pfizer) и арипипразол (фирма Bristol-Myers Squibb) в РФ предполагается в конце 2004 г.

тические состояния [47]. Алгоритм проведения антипсихотической терапии при купировании психотической симптоматики у больных юношеского возраста приведен на рис. № 3.

Табл. № 1.

Сравнительная характеристика эффективности атипичных нейролептиков при различных синдромальных состояниях в юношеском возрасте

Синдромальная характеристика	Степень эффективности			
	клозапин	рисперидон	оланзапин	кветиапин
Острый галлюцинаторно-параноидный	+++	+++	++	+ / +++
Хронический галлюцинаторно-параноидный <i>бредовой вариант</i> <i>галлюцинаторный вариант</i>	++	++	++ / +++	+
	++	+++	++	+
Маниакальный и маниакально-бредовой	++	++	++	++
Депрессивно-бредовой	++	+++ / ++	+++	++
Кататонический	+++	++	++ / +++	+
Острый парафренный	+++	++	++	- ?
Хронический парафренный	+++	++	++	- ?

Табл. № 2.

Дозы атипичных нейролептиков в мг на этапе активной терапии

Синдромальная характеристика	Клозапин	рисперидон	оланзапин	кветиапин
Острый галлюцинаторно-бредовой	150-200	4-8	15-40	400-800
Хронический галлюцинаторно-бредовой	150-250	5-8	15-30	400-800
Маниакальный и маниакально-бредовой	150-300	4-10	20-40	400-800
Депрессивно-бредовой	150-200	4-6	20	300-800
Кататонический	250-400	4-8	20-30	400-800
Острый парафренный	200-400	4-8	20-40	400-800
Хронический парафренный	200-400	4-8	15-30	600-800



Рис. 3.

Четвертым принципом проведения терапии в юношеском возрасте является необходимость ориентации на длительную поддерживающую и профилактическую терапию. В ряде исследований установлено, что так называемое одноприступное течение юношеской шизофрении имеет место только в 12-18% наблюдений, рекуррентное течение - в 5-26%, приступообразно-прогредиентное течение - в 45-

60%, непрерывное течение 22-43% [11, 18, 19]. Повторные приступы в юношеском возрасте нередко имеют тенденцию к серийному течению, которое охватывает период в 5-7 лет после манифестации заболевания. Некоторые исследователи называют данный промежуток времени «критическим» [22]. В связи с указанными особенностями течения шизофрении, манифестирующей в юношеском возрасте, здесь неприемлемы общепринятые рекомендации в отношении длительности приема профилактической терапии после манифестного приступа в течение лишь 1-2 лет [20, 28]. При манифестации заболевания в юношеском возрасте показан длительный, многолетний прием поддерживающей и профилактической терапии. Однако именно пациентам юношеского возраста, перенесшим манифестный приступ, особо присуще несоблюдение режима терапии. Они склонны рассматривать перенесенный ими манифестный психоз как «случайный эпизод» в их жизни вследствие «неправильного поведения», готовы «давать обещания», «что такое с ними больше не повторится». Все это свидетельствует о непонимании больными серьезности заболевания в силу как недостаточной критики к нему, психологических особенностей юношеского возраста, так и недостаточной их информированности и отсутствия терапевтического альянса врача с пациентом и его родственниками. По данным ряда исследователей [41, 49], к концу первых двух недель после выписки из больницы уже около 25% пациентов не соблюдают полностью врачебные назначения, к концу 1 года - 50%, а к концу 2 года - 75%. Пациенты, частично соблюдающие режим терапии, на 64% чаще требуют изменения терапии или дополнительной терапии и на 49% чаще повторно госпитализируются. Затраты на их госпитальное лечение на 55% выше, чем у комплаентных пациентов [27]. Важно отметить, что у пациентов с перерывами в терапии в 30 дней риск суицидальных попыток возрастает в 4.2 раза [34]. В результате с каждым обострением труднее достигается прежний уровень функционирования больных, снижается их самооценка, нарастает социальная отгороженность, этап «дозревания ремиссии» становится более длительным, учащаются госпитализации, развивается резистентность к терапии, растет риск суицидальных попыток.

Проблема оптимизации противорецидивной терапии при юношеской шизофрении и шизоаффективном психозе остается актуальной. С одной стороны, на фоне длительного приема традиционных нейролептиков (включая их депонированные формы) частота обострений остается достаточно высокой. С другой стороны, побочные эффекты, связанные с приемом препаратов, снижают качество жизни больных, уменьшают эффективность социально-реабилитационных мероприятий, существенно увеличивают стигматизацию больных. Кроме того, традиционные нейролептики не только не способны воздействовать на проявления когнитивного дефицита, свойственного шизофрении, но из-за блокады центральных холинергических рецепторов усиливают когнитивные расстройства у многих больных, что становится препятствием для продолжения их образования, выполнения ими высококвалифицированной работы даже при отчетливом приступном течении заболевания. Помимо этого, длительная терапия традиционными нейролептиками нередко приводит к формированию так называемой «психофармакотоксической энцефалопатии», проявляющейся интеллектуальным снижением, выраженными мнестическими нарушениями, эмоциональной неустойчивостью, психической гиперестезией, вспышками тревожного возбуждения, истероподобными проявлениями [4]. Таким образом, на современном этапе психофармакотерапии препаратами выбора при проведении противорецидивной терапии у больных юношеского возраста являются современные атипичные нейролептики. В тех случаях, когда соблюдение больным режима приема антипсихотика вызывает сомнение, необходимо решить вопрос о целесообразности назначения пролонгированных форм нейролептиков. Их клиническое преимущество заключается в том, что, с одной стороны, при возникновении некомплаентности пациента (пропуске инъекции) это сразу же станет известно родственникам больного и лечащему врачу, и с другой стороны, концентрация нейролептика в организме в этих случаях более стабильна, поддерживается при использовании более низких доз, отмечается меньше побочных явлений. Рядом исследователей к настоящему времени получены данные, доказывающие преобладание позитивного отношения большинства пациентов к депонированным формам [1, 29, 44, 48]. Бесспорно, более широкие возможности при проведении длительной терапии появятся после введения в клиническую практику пролонгированных форм атипичных нейролептиков (таких, как рисполепт конста). Условный алгоритм проведения поддерживающей и противорецидивной терапии представлен на рис. № 4. Рекомендуемые дозы атипичных нейролептиков отражены в табл. 3.

Резюмируя, можно заключить, что препаратами первого выбора при проведении терапии большинства больных юношеского возраста с психотическими формами шизофрении в настоящее время является применение атипичных нейролептиков как на этапе активной терапии острого психотического состояния, так и на этапе ремиссии в качестве длительной, многолетней поддерживающей и профилактической терапии. Раннее начало антипсихотической терапии обеспечивает более быстрое купирование психотических состояний и снижает прогрессивность заболевания. Психофармакотерапия больных юношеского возраста должна обязательно проводиться в сочетании с индивидуальной, групповой и семейной психотерапией. Достижение устойчивой комплаентности больных эндогенными психозами

юношеского возраста возможно только при установлении «партнерских» отношений с пациентом и его родителями в усилиях по преодолению симптомов болезни и проведении социально-реабилитационных мероприятий. Следование принципам предложенной терапевтической стратегии ведет к повышению качества жизни и снижению риска повторных госпитализаций.



Рис. № 4.

Табл. № 3.

Дозы атипичных нейролептиков в мг на этапе поддерживающей и противорецидивной терапии

Синдромальная характеристика	клозапин	рисперидон	оланзапин	кветиапин
Острый галлюцинаторно-бредовой	75-150	4-5	15-20	300-500
Хронический галлюцинаторно-бредовой	100-200	5-6	15-20	400-600
Маниакальный и маниакально-бредовой	50-150	3-40	10-15	300-500
Депрессивно-бредовой	75-150	3-4	10-20	400-600
Кататонический	150-200	4-6	15-20	400-600
Острый парафренный	100-150	4-6	15-20	400-600
Хронический парафренный	100-200	4-6	20	500-800

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Л. И., Кравченко Н. Е. Клинико-социальные аспекты терапии препаратами пролонгированного действия у больных приступообразной шизофренией / Профилактика нервно-психических заболеваний». – Томск, 1993.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1988. - 528 с.
3. Вайзе К., Воловик В. М., Кабанов М. М. К дискуссии о роли социально-нормативных реакций на психические заболевания / Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. - С. 115-121.
4. Гурович И. Я., Авруцкий Г. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний. - М.: Медицина, 1974. – 470 с.
5. Гурьева А. А., Гиндикин В. Я. Ранее распознавание шизофрении. - М., 2002. - 300 с.
6. Ипатов М. Внутримышечная форма оланзапина: результаты международных клинических исследований / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные подходы к психофармакотерапии расстройств шизофренического спектра: клинические и фармакоэкономические аспекты. Новые лекарственные формы. Москва, 15-16 декабря 2003 г.
7. Казьмина О. Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией. – Дисс. канд. псих. наук. = М., 1997.
8. Калед В. Г., Бархатова А. Н. Применение рисполепта при терапии эндогенных психозов юношеского возраста / Современные аспекты клиники и терапии эндогенных психических расстройств. – СПб, 2003. - С. 81.
9. Килькулькина М. А. Сравнительное исследование рисполепта (в растворе для приема внутрь и таблетках) и галоперидола при лечении острых психотических состояний у больных эндогенными заболеваниями // Российский психиатрический журнал, 2002, 5. – С. 46-50.

10. Ключник Т. П. Аутоантитела к фактору роста нервов при нервно-психических заболеваниях и нарушениях развития нервной системы // Дисс. Докт. биол. наук. - М., 1998.
11. Михайлова В. А. Разновидности течения и прогноз приступообразной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте (клинико-катамнестическое исследование). - Дисс. канд. мед. наук. - М., 1978.
12. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. - М., 1963. - 198 с.
13. Морозова М. А. Парентеральные лекарственные формы антипсихотиков // Психиатрия и психофармакотерапия, 2004, т. 6, № 1.
14. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии. - М., 1996. - 288 с.
15. Раевский К. С. Современные нейролептики: взаимодействие с системами нейротрансмиттеров мозга // Психиатрия и психофармакология, 2000, т. 2, №5. - С 132-134.
16. Смулевич А. Б. Лечение вялотекущей шизофрении // Психиатрия и психофармакология, 2000, т. 2, №5. - С. 134-138
17. Точилев В. А., Снедков Е. В. Раствор rispoleпта для перорального применения: новые возможности купирования острых психотических состояний у больных // Социальная и клиническая психиатрия, 2002, 2. - С. 85-91.
18. Цуцельковская М. Я., Каледа В. Г. Клинические особенности течения и исхода шизоаффективного психоза, манифестирующего в юношеском возрасте / Материалы научно-практической конференции «Аффективные и шизоаффективные психозы». - М., 1998. - С. 156-168.
19. Чуркин А. А. Современные тенденции распространенности шизофрении в Российской Федерации / Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные подходы к психофармакотерапии расстройств шизофренического спектра: клинические и фармакоэкономические аспекты. Новые лекарственные формы. Москва 15-16 декабря 2003 г.
20. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997;154(Suppl. 4):S1-S63.
21. Berman K. F., Weinberger D. R. Implication of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 1987, vol. 44, 7., p. 660-669.
22. Bosveld-van Haandel L. J. M., Slooff C. J., Van den Bosch R. J., Reasoning about the optimal duration of prophylactic antipsychotic medication in schizophrenia: evidence and arguments. Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 103 Issue 5 Page 335 - May 2001.
23. Carlsson A. A. Dahlstrom, K. Fuxe Linquist 1965, vol. 4 issue 7, page 809-816.
24. Clark AF, Lewis S., Practitioner review: treatment of schizophrenia in childhood and adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1998; 39, 1071-1081.
25. Crow TJ, MacMillan JE, Johnson AL, Johnstone EC. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. Br J Psychiatry 1986; 148: 120-7.
26. Di Matteo MR., Di Nicola DD., Achieving Patient Compliance. p 45 New York NY Pergamon Press 1982.
27. Docherty JP, Grogg AL, Kozma C. et al. Antipsychotic maintenance in schizophrenia : partial compliance and clinical outcome (poster) Presented at the 41st annual meeting of American College of Neuropsychopharmacology; Dec 8-12, 2002; San Juan, Puerto Rico pp. 1067
28. Dutch Schizophrenia Foundation. Consensus document. The Netherlands: Schizophrenia Foundation, 1996.
29. Eastwood N., Pugh R. Long term medication in depot clinics and patients rights: an issue for assertive outreach. Psychiatr Bull 1997; 21: 273 -275.
30. Falloon IR. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. Psychiatry 1992;55:4-15.
31. Falloon IRH, Kydd RR, Coverdale JH, Tannis ML. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. Schizophr Bull 1996;22:271-282.
32. Fleischhacker W. W. Treatment of first-episode schizophrenia/ Eur Psychiatry 2002; 17 Suppl 4:371-5.
33. Gross G, Huber G. Prodromes and primary prevention of schizophrenic psychoses. Neurol Psychiatry Brain Res 1998;6:51-58.
34. Herings RM, Erkens JA. The PHARMO Institute, The Netherlands; Submitted to *BMJ*. Increased suicide attment rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003 Jul - Aug ; 12(5): p. 423-424.
35. Heath R. et al. Shizophrenia as an immunologic disorder. 1. Demonstration of antibrain globulius by fluorescent antibody techniques. Arch. Gen. Psychiatry, 1967, vol. 16, p. 1-9.
36. Janicak P., Davis J., Preskory S., Ayd F. Principles and Practice of Psychopharmacotherapy. Williams & Wilkins, 1997 p. 725.
37. Kant J. M., Leucht S., Carpenter D., Docherty J. P Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorder/ The Journal of Clinical Psychiatry. Vol. 64, 2003, suppl. 12. pp 34-35.
38. Kipke D. M., ed. Adolescent Development and the Biology of Puberty: Summary of a Workshop on

New Research // Washington: National Academy of Sciences, 1999, p. 12.

39. Kolyaskina G. I., Sekirina T. P. Immunological studies in schizophrenia. *Ann. Psychiat.* 1996, v. 6, p. 105-122.
40. Kumra S, Frazier JA, Jacpben LK, McKenna K, Gordon CT, Lenane MC, et al. Childhood-onset schizophrenia. A doubleblind clozapine-haloperidol comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1090-7.
41. Lam YWF et al. Poster presented at: Annual Meeting of NCDEU; June 10-13, 2002; Boca Raton, Florida p. 188-189.
42. McClellan JM, Werry JS, Ham M. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1994, 33, 616-635.
43. Piaget J. Die Entwicklung des Erkennens //Gesammelte Werke, Bd. 8-9, p. 67-68 Klett-Cotta, Stuttgart, 1975.
44. Pereira S. Pinto R. A survey of the attitudes of chronic psychiatric patients living in the community toward their medication. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 464 – 468.
45. Riecher- Rossler A Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenen. Presented at the 3rd Congress «Psychiatrische Erkrankungen bei Frauen» Nov 4-6 1999; Basel Switzerland.
46. Sholevar EH, Baron DA, Hardie TL. Treatment of childhood-onset schizophrenia with olanzapine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; 10: 69-78.
47. Stahl S. M., Psychopharmacology of Antipsychotics, 1999 p. 148.
48. Walburn J. Gray K. Gournay K. et al. Sistematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 300-307.
49. Weiden PJ, Zygmunt A. *J Prac Psych Behav Hlth.* 1997;March:106-110.
50. Wright P., Birkett M., David S et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (7): 1149-51.
51. Wright P., Meehan K., Birkett M., Lindborg S., Taylor C., Morris P., Breier A. A comparison of Efficacy and Safety of Olanzapine Versus Haloperidol During Transition from Intramuscular to Oral Therapy. *Clinical Therapeutics.* 2003; 25 (5): 1420-1428.
52. Wudarsky M, Nicolson R, Hamburger SD, Spechler L, Gochman P, Bedwell J, et al. Elevated prolactin in pediatric patients on typical and atypical antipsychotics. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9: 239-45.
53. Wyatt, RJ, Green MF, Tuma AH. Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients: a re-analysis of the Camarillo State Hospital data. *Psychol Med* 1997; 27: 261-8.
54. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al., Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22, 283-303.
55. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD et al. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172:14-20.

И. В. Олейчик В. В. Артюх

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛОФТА ПРИ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

С тех пор как появились первые письменные источники, встречаются свидетельства того, что люди во все времена страдали депрессиями. Однако лишь спустя много веков после того, как депрессивные состояния были описаны поэтами и летописцами, врачи начали проявлять интерес к этим расстройствам психики [22, 41, 54]. В поисках ответа на вопрос, является ли этот феномен исключительным явлением или же он представляет собой общечеловеческий способ реагирования на окружающую действительность, представители различных психиатрических школ пришли к настоятельной необходимости определения, насколько широко распространяются границы самого понятия «депрессия». В наши дни на основании систематических эпидемиологических исследований [29] сделан вывод, что тяжелые (психотические) формы депрессий составляют относительно малую долю депрессивных расстройств. Значительно чаще встречаются кратковременные или не столь тяжело протекающие депрессии, которые приводят к преходящим ограничениям жизнедеятельности. Их переносит приблизительно каждый пятый человек один или несколько раз на протяжении жизни [29, 33]. Исходя из этого на рубеже предыдущего столетия депрессивные состояния, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, стали традиционно считаться одним из самых распространенных недугов человека. Риск перенести депрессию хотя бы один раз в жизни в настоящее время достигает для мужчин уровня 10-15%, для женщин – от 20 до 30% [22], при этом около 1% депрессивных расстройств ежегодно диагностируется впервые [42]. По данным Всемирной организации

здравоохранения [41], выздоровление или наступление стойкой ремиссии отмечается лишь у 33% больных, перенесших депрессивный эпизод, у 55% депрессия рецидивирует, а у 12% становится хронической. По доле в общих трудопотерях, выраженных длительностью нетрудоспособности в течение жизни, депрессивные расстройства опережают любую другую психическую патологию и, согласно прогнозу, выйдут к 2020 г. по тяжести социально-экономических и гуманитарных последствий на второе место после ишемической болезни сердца [33]. Применительно к личности каждого отдельного больного депрессией болезнь причиняет сильнейшие эмоционально-психологические и физические страдания, существенно снижает качество жизни больного, уровень его семейной, социальной и трудовой адаптации, нередко приводит к той или иной степени нетрудоспособности.

В последние годы весьма серьезное значение проблема изучения закономерностей возникновения, клинических проявлений и методов терапии депрессий приобретает также в связи с резким ростом распространенности этой патологии в подростково-юношеской популяции. По данным некоторых авторов, различные формы депрессивных расстройств обнаруживаются у 15-40% юношей и подростков, составляя более 50% всей психиатрической заболеваемости в этой возрастной категории [42, 46, 51, 54, 58]. Данная ситуация вызывает большую обеспокоенность, поскольку врачи общей практики не имеют достаточной подготовки для своевременного и качественного распознавания депрессии, в результате чего больные или совсем не получают квалифицированной психиатрической помощи, или она оказывается им с большим запозданием [21].

Актуальность изучения возрастных особенностей депрессий не вызывает сомнения, в связи с чем этой проблеме посвящен большой объем научных публикаций. Однако в абсолютном большинстве работ исследуются вопросы феноменологии, клиники, патогенеза и психофармакотерапии депрессий у больных зрелого или преклонного возраста [1-3, 5, 6, 11, 12, 14, 17, 29, 33, 35, 36, 39, 41, 56, 57 и др.]. Значительно меньше публикаций посвящено исследованию депрессий у детей и подростков [7, 26-28, 32, 42, 44-46, 48, 50-53] и буквально единичные работы освещают особенности проявления и терапии депрессивных расстройств, манифестирующих в юношеском возрасте [4, 7, 9, 10, 23, 24]. Характерно, что в доступной нам зарубежной психиатрической литературе практически отсутствуют работы, посвященные депрессивным расстройствам в собственно юношеском возрасте. Как правило, публикации наших иностранных коллег посвящены психиатрической патологии детей, подростков или контингента больных зрелого и инволюционного возраста.

В то же время ряд существенных особенностей эндогенных депрессий юношеского возраста обуславливает необходимость специального изучения данной проблемы. В частности, свойственный юношескому возрастному периоду психобиологический фон является патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим как высокую частоту заболеваемости, так и возникновение особых, не зависящих от нозологической принадлежности феноменологических проявлений депрессивных расстройств, а также определяет иные закономерности реагирования этих больных на психофармакотерапию по сравнению с реакцией больных зрелого возраста [23, 24].

Данное направление исследований является тем более важным, что и в наши дни в научной литературе не существует единой точки зрения на природу, нозологическую квалификацию и закономерности фармакотерапии депрессивных расстройств юношеского возраста. Все аспекты данной проблемы требуют тщательного изучения в связи с затяжным течением депрессивных расстройств, склонностью их к рецидивированию и сопутствующими им явлениями аутоагрессии [15, 31]. Крайне высокая частота суицидальных попыток, достигающая при депрессиях в этом возрастном периоде 55-70%, а также угрожающий уровень завершенных суицидов обуславливают отношение к данным состояниям как к жизненно опасным, требующим неотложного профессионального вмешательства [10, 20, 28, 31, 34, 40], а возрастной патоморфоз клинической картины и особое реагирование на фармакотерапию обуславливают значительные трудности при выборе правильной тактики лечения [4, 23, 24, 37].

В настоящее время во всем мире самым распространенным методом лечения расстройств депрессивного спектра, к числу которых относятся не только ядерные варианты эндогенной депрессии, но и ее стертые, атипичные формы, является использование нескольких десятков антидепрессантов, которые различаются между собой как по механизму действия, так и по спектрам психотропной активности и характеру побочных эффектов [16-18]. Среди антидепрессантов, применяющихся для лечения юношеских депрессий, заметную роль традиционно играют препараты трициклической структуры. Однако их применение в юношеской возрастной группе нередко сопряжено с отсутствием достаточно выраженного терапевтического действия (часто лишь незначительно превышающего плацебо-эффект) при значительно большей, чем при лечении больных зрелого возраста, частоте и выраженности нежелательных побочных явлений [1, 5, 15, 32, 37, 53]. Осторожное отношение исследователей к назначению трициклических антидепрессантов связано также с возможностью формирования при их применении истинной терапевтической резистентности [5].

Этих недостатков, по данным ряда исследователей [2, 4, 11, 18, 19, 48, 55], практически лишены антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), активно внедряющиеся в психиатрическую практику в последние годы. По клинической эффективности они близки к трициклическим антидепрессантам, но при терапии целого ряда депрессивных расстройств серотонинергические препараты считаются более предпочтительными [7, 13, 15]. Кроме того, побочные эффекты терапии СИОЗС, в отличие от лечения трициклическими антидепрессантами, не сопровождаются нарушением когнитивных функций и при передозировке препаратов вызывают менее опасные последствия [16]. Интерес клиницистов к СИОЗС объясняется также тем, что последние оказались достаточно перспективными для лечения атипичных депрессий, резистентных к терапии трициклическими антидепрессантами [6]. Тимолептическое действие СИОЗС связывается с потенцированием серотонинергических структур головного мозга, осуществляющих контроль над тревожным и депрессивным аффектами, импульсивными влечениями, половым и пищевым поведением, проявлениями агрессивности, регуляцией циклов сна, снижением болевой чувствительности и т. д. [15, 16, 39]. Оценивая влияние СИОЗС на иммунную систему в динамике терапии депрессивных расстройств, Т. П. Ветлугина с соавт. [3] показала, что данные препараты, успешно купируя депрессивную симптоматику, положительно влияют и на показатели иммунной, нейромедиаторной и гормональной систем.

Одним из эффективных антидепрессантов группы СИОЗС является золофт (сертралина гидрохлорид) – препарат бициклической структуры, производное нафтиламина. Препарат обладает высокой эффективностью, сопоставимой с результатами лечения депрессивных расстройств эталонными трициклическими антидепрессантами (амитриптилином, мелипрамином), но отличается значительно лучшей переносимостью и благоприятным профилем побочных эффектов, что существенно расширяет возможности его применения [8, 14, 25, 32, 38, 44, 57]. Являясь мощным селективным ингибитором реаптейка серотонина, золофт в то же время не вызывает блокаду мускариновых, серотониновых, адренергических и ГАМК-ергических рецепторов. В связи с этим препарат практически не обладает холинолитическим, кардиотоксическим и седативным эффектами. Основу профиля его психотропной активности составляет отчетливое тимолептическое действие с мягким стимулирующим компонентом [8, 10, 18]. Существенной особенностью золофта является его способность значительно редуцировать суицидальные тенденции у больных с эндогенными депрессиями [20], что представляется очень важным элементом терапии депрессивных расстройств в юношеской когорте.

Клинической оценке применения золофта для лечения депрессий у больных различных возрастных групп посвящен ряд работ отечественных и зарубежных исследователей [7, 8, 14, 25-27, 35, 36, 38, 47, 57]. Относительно недавно были проведены исследования эффективности золофта и других СИОЗС при депрессиях у детей и подростков [7, 26, 27, 30, 49]. Анализ психофармакологической эффективности золофта в детской и подростковой амбулаторной и стационарной психиатрической практике показал, что данный препарат высокоэффективен, относительно безопасен, не вызывает седативного эффекта и не нарушает когнитивных функций. Быстрое наступление собственно тимолептического и анксиолитического эффектов позволяет говорить о золофте как о сбалансированном антидепрессанте в целом [6, 30, 49]. В то же время исследование эффективности и безопасности золофта при лечении депрессивных расстройств, манифестирующих в юношеском возрасте, за редким исключением остается вне зоны внимания современных исследователей [7, 26, 27, 49].

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования являлось определение эффективности золофта при лечении депрессивных состояний у больных юношеского возраста, уточнение спектра психотропной активности препарата, выявление сопутствующих терапии нежелательных (побочных) явлений.

Материал и методы

Критериями включения больных в исследование являлись диагнозы биполярного аффективного расстройства (F31.3; F31.4), рекуррентного депрессивного расстройства (F33.1; F33.2), шизотипического расстройства, протекающего с аффективными фазами (F21), пубертатной динамики расстройств личности различных типов: шизоидного, психастенического, циклоидного, истерического (F60.1; F60.3 F60.4 F60.6). Все депрессивные состояния были различной степени тяжести, но без психотических симптомов. Критериями исключения больных из исследования являлись: наличие в анамнезе сведений о злоупотреблении психоактивными веществами; признаки органического поражения ЦНС и соматических заболеваний; предшествующая терапия золофтом.

Изученная выборка включала 36 больных юношеского возраста (16-25 лет, в среднем – 20,8 лет), 25 юношей и 11 девушек, страдающих депрессивными расстройствами в рамках вялотекущей невротоподобной шизофрении, аффективного заболевания моно- или биполярного типа и пубертатной динамики психопатий (шизоидной, психастенической, циклоидной, истерической). Основные клинико-демографические характеристики больных приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Общая характеристика больных, получавших лечение золофтом

Исследуемые больные	Число больных		Средний возраст больных, лет	Средняя длительность заболевания, лет	Средняя длительность депрессивного эпизода, мес.	Количество перенесенных фаз
	абс.	%				
Мужчины	25	69,4	21,3	4,2	6,5	2,7
Женщины	11	30,6	19,7	3,9	6,1	2,3
Всего	36	100,0	20,8	4,1	6,3	2,3

Все больные наблюдались в Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН. Исследование было проведено открытым, неконтролируемым методом. Распределение больных по диагностическим рубрикам МКБ-10 приведены в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение больных по диагностическим рубрикам МКБ-10

Диагностические рубрики по МКБ-10	Число больных	
	абс.	%
Аффективные расстройства (F31.3; F31.4; F33.1; F33.2)	11	30,6
Шизотипическое расстройство (F21)	14	38,9
Пубертатная динамика расстройств личности (F60.1; F60.3 F60.4 F60.6)	11	30,6
Всего больных	36	100,0

Длительность заболевания колебалась от 1 г. до 8 лет (в среднем – 4,1 г.), продолжительность текущего депрессивного состояния – от 1 до 26 мес. (в среднем – 6,3 мес.). Количество перенесенных фаз варьировало от 1 до 7 (в среднем – 2,5). Длительность наблюдения составляла 6 недель. У 28 больных (77,8%) степень тяжести депрессии расценивалась как средняя, у 8 (22,2%) – как тяжелая. По шкале общего клинического впечатления (CGI) общая тяжесть состояния оценивалась от умеренной степени выраженности до тяжелой.

Типологически были представлены следующие варианты юношеских депрессивных состояний: депрессии с преобладанием в клинической картине обсессивно-фобических расстройств (17 случаев), а также: деперсонализационные (6), психастеноподобные (4), по типу юношеской астенической несостоятельности (4), сенестоипохондрические (3), и дисморфофобические депрессии (2 случая) – см. табл. 3.

Таблица 3.

Типология пролеченных юношеских депрессий

Типы депрессивных состояний	Число больных	
	абс.	%
Депрессия с преобладанием ОФР	17	47,2
Деперсонализационная депрессия	6	16,7
Психастеноподобная депрессия	4	11,1
Депрессия по типу юношеской астенической несостоятельности	4	11,1
Сенестоипохондрическая депрессия	3	8,3
Дисморфофобическая депрессия	2	5,6
Всего больных	36	100,0

Тревожный аффект доминировал у 19 больных, тоскливый – у 9, апатоадинамический – у 8. Все больные получали в качестве основной фармакотерапии золофт. Терапевтическая доза препарата колебалась в пределах 50-200 мг в день при двукратном приеме (в среднем – 125,9 мг)*. Коррекцию тревожных и диссомнических расстройств осуществляли небольшими дозами нейролептиков и транквилизаторов (сонапакса, хлорпротиксена, лоразепама, ксанакса).

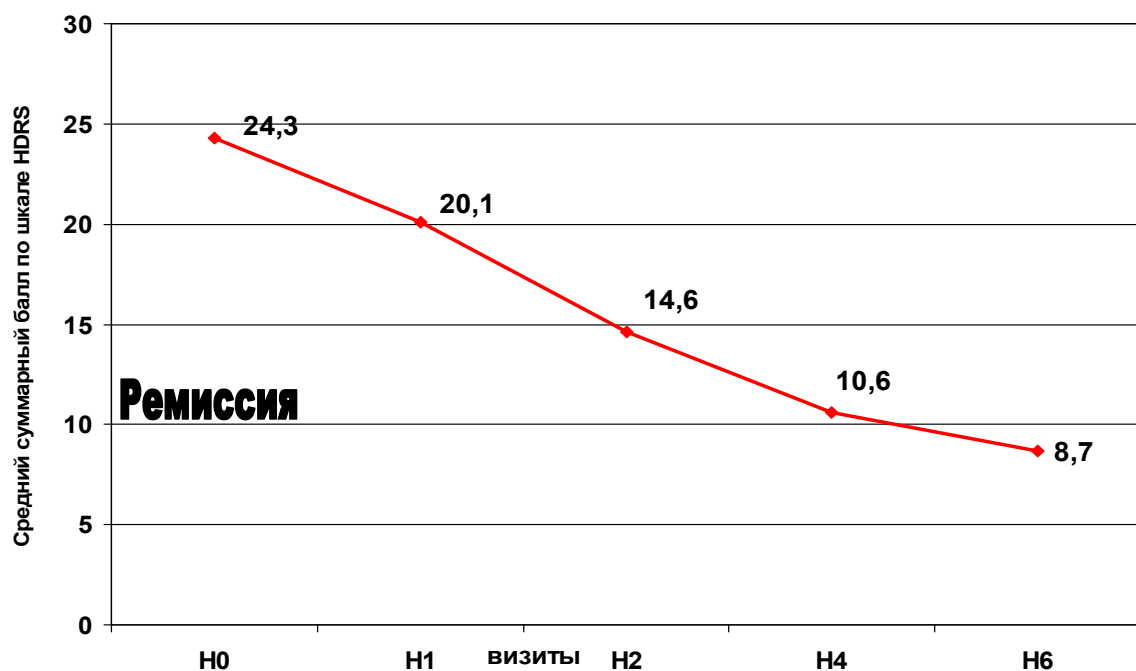
* Столь широкий диапазон доз объяснялся тем, что в клиническую выборку были включены больные с тяжелыми депрессивными состояниями (>27 баллов по HDRS-21).

Терапевтический эффект золофта оценивался по количеству респондеров, определяемых по степени редукции суммарного балла шкалы Гамильтона для оценки депрессивной симптоматики (HDRS-21) в разные сроки лечения. Суммарный балл фиксировался в ходе пяти визитов: 1 - при включении в исследование, 2 - через 1 нед. после начала лечения, 3 - через 2 нед., 4 - через 4 нед. и 5 – по истечении 6 нед. Таким образом, длительность исследования составила 42 дня. Критерием эффективности терапии являлась редукция симптоматики по HDRS, составляющая 50% и более. Дополнительные сведения для оценки эффективности терапевтических мероприятий получали, используя шкалу CGI. Наличие нежелательных побочных эффектов еженедельно регистрировалось с помощью шкалы UKU. Для обработки результатов исследования использовались статистические методы анализа сопряженности признаков.

Обсуждение результатов

Полный курс лечения завершили все 36 больных. Динамика нарастания терапевтического эффекта золофта, выраженная в редукции общего балла HDRS, представлена на рис. 1.

Рис. 1 Динамика депрессивной симптоматики при терапии Золофтом

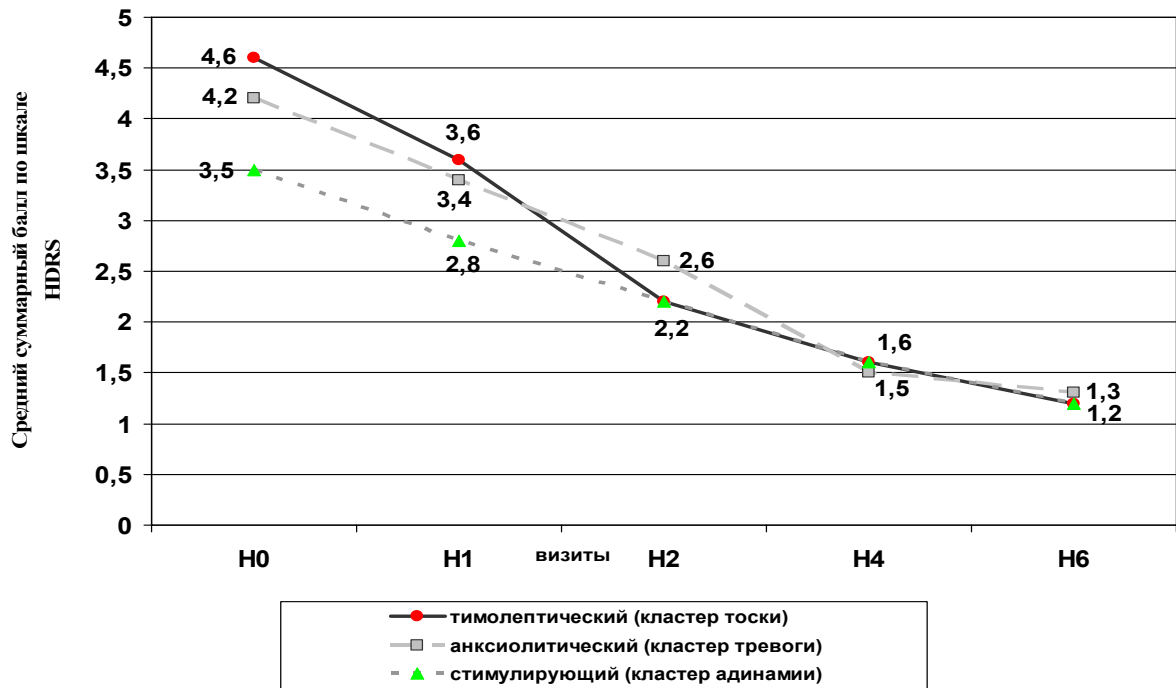


При оценке редукции депрессивной симптоматики в целом обратило на себя внимание, что наиболее выраженный темп изменений отмечался в период с 7 по 14 день терапии. В дальнейшем (с 28 по 42 день лечения) темп редукции депрессивной симптоматики постепенно замедлялся. К окончанию исследования у больных сохранялась незначительно выраженная депрессивная симптоматика* (в среднем на уровне 8,7 баллов), что не столько говорит о недостаточной эффективности препарата, сколько, по нашему мнению, свидетельствует о специфике юношеских депрессий, отличающихся затяжным характером и резистентностью к терапии. По-видимому, для достижения стойкой терапевтической ремиссии депрессий у больных юношеской когорты требуется проведение более длительных курсов антидепрессивной терапии, чем у лиц зрелого возраста.

При дифференцированной клинической оценке влияния золофта на основные компоненты депрессивного синдрома (тоски, тревоги и адинамии) обнаружено, что анксиолитическое и тимолептическое действие препарата было достаточно быстрым, практически синхронным и достигало выраженной значимости уже к 14 дню терапии (рис. 2).

* Следует отметить, что, по мнению С. Н. Мосолова с соавт., редукция депрессивной симптоматики по HDRS-21 до 10 баллов уже свидетельствует о достижении терапевтической ремиссии.

Рис. 2 Динамика основных компонентов клинического действия Золофта при терапии юношеских депрессий



Субъективно к этому времени больные отмечали некоторое улучшение настроения, значительное уменьшение тревоги, снижение суетливости. У них появлялось положительное отношение к приему лекарств и сотрудничеству с врачом. В то же время у больных сохранялись вялость, быстрая утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности. Стимулирующий эффект, выражающийся в редукции показателей кластера адинамии, был выражен слабее. Стимулирующее действие препарата проявлялось лишь к 28 дню терапии, больные при этом становились активнее, возвращались к привычному образу жизни, впервые пытались заняться какими-либо делами. Таким образом, позитивной особенностью препарата является отсутствие на первых неделях лечения гиперстимуляции, проявляющейся при применении некоторых других антидепрессантов из группы СИОЗС ажитацией, активизацией латентных суицидальных тенденций. Мягкое стимулирующее действие золофта, наступая после редукции тоски и тревоги, позволяет избежать этих нежелательных проявлений.

При оценке клинической картины депрессий были получены результаты, свидетельствующие о превалировании в типологической структуре депрессивных состояний депрессий с доминированием обсессивно-фобических расстройств (ОФР), достигающих 47%. Данный факт, по-видимому, может быть объяснен высоким удельным весом подобных состояний среди депрессий, манифестирующих в юношеском возрасте. Кроме того, согласно показателям шкалы Гамильтона, среди исследованных пациентов было небольшое число больных с депрессиями тяжелой степени, а выраженность обсессивно-фобических расстройств при оценке по данной шкале не всегда линейно соответствует общему уровню баллов, характеризующему тяжесть депрессии. Учитывая это обстоятельство, мы сочли целесообразным провести сравнительный анализ депрессий с преобладанием в клинической картине ОФР и депрессий иной типологической принадлежности (психастеноподобных, деперсонализационных, сенестоипохондрических, дисморфобических и депрессий по типу юношеской астенической несостоятельности). С этой целью мы разделили изученную когорту больных на 2 равноценные по клинικο-демографическим показателям группы. Обоснованность данного деления становится особенно очевидной при анализе динамики показателей шкалы HDRS в зависимости от клинической картины юношеских депрессий с ОФР и депрессивных расстройств иной типологической принадлежности. При исходном, практически равном в обеих группах, уровне депрессий по HDRS-21 дальнейшая динамика депрессивной симптоматики была различной. Редукция депрессивных расстройств была более быстрой, интенсивной и последовательной у больных юношеской депрессией, сопровождавшейся ОФР. Характерно, что данные изменения касались, в первую очередь, собственно депрессивных проявлений, но не самих ОФР, которые лишь незначительно редуцировались к моменту окончания терапии. Однако субъективно состояние больных значительно улучшалось: фобии и обсессии становились менее тягостными,

снижалась их актуальность, формировалось положительное отношение как к препарату, так и к длительней длительной терапии, которое, как известно, необходимо для успешного лечения данной категории больных [4, 21, 23].

Анализ спектра антидепрессивной активности золофта в двух вышеописанных группах также продемонстрировал результаты, представляющие определенный интерес. Если редукция суммарных баллов HDRS, характеризующих динамику тимолептического и стимулирующего эффектов золофта в обеих группах, происходила практически параллельно (при более низких исходных показателях тимических и адинамических нарушений у больных депрессией с ОФР), то при оценке анксиолитического эффекта наблюдались выраженные различия: исходный уровень тревоги у больных депрессией с ОФР значительно превышал аналогичные показатели у больных другой группы, но к 42 дню терапии достигал практически одних и тех же значений. Данный факт подтверждает сбалансированный характер действия золофта с некоторым преобладанием анксиолитического эффекта, что является наиболее ценным качеством для юношеской когорты больных депрессией с ОФР.

Анализ переносимости

В ходе проведенного исследования у 12 больных (33,3%) были выявлены те или иные нежелательные (побочные) явления, причем только у 3 пациентов они носили сочетанный характер. Все побочные эффекты условно можно разделить на две группы. К первой из них относились так называемые психические нежелательные явления (НЯ), такие, как тревога, возбужденность (4 наблюдения). Как правило, они регистрировались в первые дни терапии и, видимо, были связаны не столько с явлениями «гиперстимуляции», сколько с отставленностью анксиолитического действия препарата, еще не проявившегося на данном этапе лечения. Эти явления носили хотя и выраженный, но достаточно краткосрочный характер и легко купировались назначением небольших доз транквилизаторов. У 4 пациентов лечению золофтом сопутствовала сонливость. Однако данный эффект появлялся значительно позже – между 14 и 28 днями терапии. Выраженность дневной сонливости была незначительна и, с учетом особенностей включенного в исследования контингента больных (доминирующий тревожный аффект, выраженная психическая тревога и нарушения сна), данное НЯ не воспринималось больными как тягостное. Напротив, пациенты положительно относились к возможности «отключиться от переживаний». Ко второй группе НЯ относились побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, такие, как диарея и тошнота (3 наблюдения). Возникновение их было связано, по-видимому, с возбуждением серотониновых рецепторов, содержащихся в гладкой мускулатуре пищеварительных органов. Эти НЯ возникали, как правило, с 7 по 28 дни терапии, в основном у пациентов женского пола, были для них весьма тягостными и требовали дополнительной работы врача с пациентом для сохранения комплаентности. Снижение темпов наращивания дозы препарата, однократное назначение церукала приводило к полному купированию данных расстройств. Другой тип нежелательных явлений, отнесенных ко второй группе, проявлялся у пациентов мужского пола в течение первой недели терапии и выражался в затруднении мочеиспускания (2 наблюдения). Однако назначение спазмолитиков, таких, как но-шпа, полностью их купировал, не вызывая серьезного беспокойства у пациентов. Следует отметить, что подробно описанные в литературе (J. Lipinski et al., 1989, H. Gommans, 1990) побочные эффекты, свойственные пациентам зрелого возраста и возникающие вследствие возбуждения серотониновых рецепторов в центральной и периферической нервной системе (нарушения в половой сфере, головная боль, тремор, гипертония), в нашем исследовании не встречались.

Заключение

Проведенное исследование показало несомненную эффективность золофта при лечении депрессивных состояний различной степени тяжести у больных юношеского возраста. Выраженный терапевтический эффект наблюдался при лечении данным препаратом юношеских депрессий различной типологической принадлежности и особенно депрессий с доминированием в клинической картине обсессивно-фобических расстройств. В то же время достигнутый в процессе исследования сравнительно невысокий уровень редукции показателей шкалы Гамильтона подтверждает тезис об особой резистентности к терапии юношеских депрессий и их затяжном характере, обусловленных специфическим психобиологическим фоном, свойственным данному возрастному периоду. Последнее диктует необходимость увеличения длительности лечения по крайней мере до двух месяцев.

Благоприятная динамика терапевтического действия золофта с последовательным проявлением анксиолитического, тимолептического и, наконец, стимулирующего эффектов дает возможность избежать повышения или появления суицидального риска на ранних этапах лечения депрессии. Наступление терапевтического эффекта золофта характеризуется плавностью, постепенностью и отсутствием дисгармоничной редукции депрессивной триады.

Сбалансированный характер терапевтического действия и отсутствие выраженных побочных эффектов позволяет рассматривать золофт как один из препаратов выбора для лечения депрессивных рас-

стройств юношеского возраста. Представляется целесообразным дальнейшее углубленное изучение эффективности золофта с целью обоснования более широкого круга показаний к его использованию в клинической практике и выработки наиболее эффективной тактики использования данного препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусенко М. П. Эффективность курсовой и профилактической терапии поздних депрессий // Журн. Современ. психиатрия. - 1998, № 4. - С. 24-26
2. Банщиков Ф. Р., Рогачев С. В. Применение селективных серотонинергических антидепрессантов в комбинированной терапии депрессий с обсессивно-компульсивной коморбидной симптоматикой // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2003, Т. 5, № 2. - С. 54-56.
3. Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Корнетов Н. А. Сравнительное влияние селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на иммунную систему в динамике терапии депрессивных расстройств // Депрессивные расстройства: (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы). - Томск, 2003. - С. 11-16.
4. Владимирова Т. В., Олейчик И. В. Место антидепрессантов нового поколения в терапии юношеских эндогенных депрессий // Аффективные и шизоаффективные психозы. - Материалы научно – практической конференции с международным участием. - М., 1998. - С. 340-346.
5. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. - Л.: Медицина, 1982. - 191 с.
6. Вовин Р. Я., Иванов М. В., Мазо Г. Е. и др. Сравнительная эффективность применения серотонинергических антидепрессантов в лечении депрессий // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995, № 1. - С. 72-79.
7. Волошин В. М., Кашникова А. А., Татарова И. Н., Ким Л. В., Корень Е. В. Применение сертралина в детской и подростковой психиатрии // Журн. неврол. и психиатрии. - 2001, Т. 101, № 8. - С. 25-28.
8. Канаева Л. С., Ибрагимов Д. Ф., Куликова Т. Ю. Предикторы эффективности применения стимулотона (сертралина) у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // Русский мед. журн. - 2003, том 11, № 25. - С. 1436-1439.
9. Карпова В. В. К структуре депрессий у лиц молодого возраста // Сравнительно-возрастные аспекты нервных и психических заболеваний: Тез. докл. 24-26 марта 1982 г. / Под ред. В. В. Ковалева. - Свердловск, 1982. - С. 21-22.
10. Корнетов А. Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999, Том 9, Вып. 2. - С. 75 -90.
11. Корнетов Н. А., Счастный Е. Д. Монотерапия депрессивных расстройств селективными серотонинергическими антидепрессантами // VIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». - М., 2001. - с. 104-105
12. Костюкова Е. Г. Сравнительное влияние антидепрессантов нового поколения на тревогу и заторможенность в структуре депрессивного симптомокомплекса // Новые достижения в терапии психических заболеваний. - М.: Издательство Бином, 2002. - С. 232 – 244.
13. Мазо Г. Э., Иванов М. В., Вовин Р. Я. Терапевтическая динамика и предикторы ответа на терапию при использовании селективных серотонинергических антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2003, Т. 5, № 2. - С. 49-52.
14. Морозов П. В. Золофт (сертралин) в психиатрии и общей медицинской практике: данные последних лет // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2003, Т. 5, № 3. - С. 3 – 6.
15. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. - 566 с.
16. Мосолов С. Н., Калинин В. В., Костюкова Е. Г. и др. Избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина при лечении больных эндогенными депрессиями. Сравнительное изучение сертралина и флуоксетина // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002, - С. 94-99.
17. Мосолов С. Н., Костюкова Е. Г. Актуальные вопросы фармакотерапии депрессий // Новые достижения в терапии психических заболеваний. - М.: Издательство Бином, 2002. - С. 211 – 231.
18. Мосолов С. Н. Современные антидепрессанты: механизмы действия и клиническое применение // Фарматека. - 2003, № 4. - С. 27-34.
19. Пантелеева Г. П., Абрамова Л. И., Корнев А. Н. Ингибиторы обратного захвата серотонина в лечении разных типов эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 2000, № 3. - С. 224-232.
20. Пантелеева Г. П., Корнев А. Н. Особенности терапевтического воздействия препаратов из группы селективных ингибиторов на суицидальное поведение больных эндогенной депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002, Т. 4, № 6. - С. 240–245.
21. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. - М., 2000. - 159 с.
22. Хелл. Д. Ландшафт депрессии. Интегративный подход // Пер с нем. И. Я Сапожниковой. - М.: Алетея, 1999. - 280 с.

23. Цуцульковская М. Я., Олейчик И. В. Владимирова Т. В. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение) // Пособие для врачей – М., 2000. – 32 с.
24. Цуцульковская М. Я., Копейко Г. И., Олейчик И. В., Владимирова Т. В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Журн. «Психиатрия». – 2003, № 5. – С. 21-28.
25. Шмуклер А. Б. Сертралин: применение в клинической практике (по материалам публикаций за 2002 год) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002, № 4. – С. 101–104.
26. Alderman J., Wolkow R., Chung M. et al. Sertraline treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder or depression: pharmacokinetics, tolerability, and efficacy// J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1998, N 37. - P. 386–394.
27. Ambrosini P. J., Wagner K. D., Biederman J. Multicenter open-label sertraline study in adolescent outpatients with major depression// J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1999, № 38. - P. 566–572.
28. Andrews J. A., Lewinsohn P. M. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1992, №31. – P. 655-662
29. Angst J. Epidemiology of depression // Psychopharmacology, 1992, № 106. – P. 71-74.
30. Axelson D. A., Perel J. M., Birmaher B. et al. Sertraline pharmacokinetics and dynamics in adolescents// J. Am. Acad. Child. Adolescent. Psychiatry. – 2002, Vol. 41, N 9. – P. 1037–1044.
31. Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study// J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1993, №32. - P. 521-529
32. Birmaher B., Waterman G. S., Ryan N. D. et al. A randomized controlled trial of amitriptyline versus placebo for adolescents with "treatment-resistant" major depression// J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 1998, №37. - P. 527-535
33. Costa-e-Silva J. A. Facing depression// WPA teaching bulletin on depression. – 1993, V. 1, № 1. - P. 1.
34. Crumley F. Adolescent suicide attempts// JAMA. – 1979, №241. - P. 2404-2407
35. DeVane C. L., Liston H. L., Markowitz J. S. Clinical pharmacokinetics of sertraline // Clin. Pharmacokinet. – 2002, Vol. 41, № 15. - P. 1247-1266.
36. Ekselius L., von Knorring L., Eberhard G. A double-blind multicenter trial comparing sertraline and citalopram in patients with major depression treated in general practice // Int. Clin. Psychopharmacology. – 1997, Vol. 12. – P. 323 – 331.
37. Everett A. V. Pharmacologic treatment of adolescent depression (Therapeutics and toxicology)// Current Opinion in Pediatrics. – 2002, Vol. 14, №2. - P. 213 – 218.
38. Feiger A. D., Flamment M. F., Boyer P. Sertraline versus fluoxetine in the treatment of major depression: a combined analysis of five double-blind comparator studies // Int. Clin. Psychopharmacol. – 2003, № 13. - P. 203-210.
39. Geddes J. R., Camej S. M., Davies C. et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review// Lancet. – 2003, № 361. - P. 653 – 661.
40. Harkavy-Friedman J., Asnis G., Boeck M., et al. Prevalence of specific suicidal behavior in a high school sample // Am. J. Psychiatry. – 1987, №144. - P. 1203-1206
41. Hirschfeld R. M. A. Depression// WPA teaching bulletin on depression. – 2000, V. 4, № 19. - P. 7-10.
42. Kandel D. B., Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents // Archives of General Psychiatry. - 1982, №39, pp. 1205-1212.
43. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für studierende und Ärzte // 8 Aufl. – Leipzig: Barth, 1913, B. 3, Teil 2. – S. 366-1395.
44. Kye C. H., Waterman G. S., Ryan N. D. et al. A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1996, Vol. 35, № 9. - P. 1139–1144.
45. Leonard H. L., March J., Rickler K. C., Allen A. J. Pharmacology of the selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 1997, V. 36, №6. – P. 725-736
46. Lewinsohn P. M., Moerk K. C., Klein D. N. Epidemiology of adolescent depression // The Economics of Neuroscience. – 2000, Vol. 2, 7. - P. 52-68.
47. Mauri M. C., Laini V., Cerveri G. et al. Clinical outcome and tolerability of sertraline in major depression: a study with plasma level // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2002, Vol. 26, № 3. – P. 597–601.
48. McConville B. J., Chaney R. O., Browne K. L. et al. Child and adolescent psychopharmacology. Newer antidepressants: Beyond selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants // Pediatric Clinics of North America. - 1998, Vol. 45, № 5. - P. 1157–1159.
49. McConville B. J., Minnery K. L. et al. An open study of sertraline on adolescent major depression // J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. - 1996, № 6. - P. 41–51.

50. Rao U. Continuities and discontinuities between adolescent and adult depression: clinical and policy implications // *The Economics of Neuroscience*. – 2000, Vol. 2, № 7. – P. 34-40.
51. Riolo S. A. Depression Common in Teens, but Few Seek Help // Abstracts of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's annual meeting, 2002.
52. Ryan N. D. Pharmacologic and psychotherapeutic treatments for adolescent depression // *The Economics of Neuroscience*. – 2000, Vol. 2, № 7. – P. 49-51.
53. Ryan N. D., Varma D. Child and adolescent mood disorders-experience with serotonin-based therapies // *Biol. Psychiatry* - 1998, Sept., Vol. 44, № 5. – P. 336-340.
54. Rushton J. L., Forcier M., Schectman R. M. Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health// *J. Am. Acad. Child. Adolescent. Psychiatry*. - 2002, Vol. 41, № 2. – P. 1147-1156.
55. Song F., Freemantle N., Sheldon T. A. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors: Meta-analysis of efficacy and acceptability// *Brit. Med. Jour.* – 1993, 306. – P. 683-687.
56. Thase M. E., Ruch A. J., Howland R. H. et al. Double-blind switch study of imipramine or sertraline treatment of antidepressant-resistant chronic depression// *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2002, Vol. 59, N 3. – P. 233 – 239.
57. Warrington S. J. Clinical implications of the pharmacology of sertraline// *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1992, Suppl. 6, №2. – P. 11 – 21.
58. Weissman M. M., Wolk S., Goldstein R. B. et al. Depressed adolescents grown up // *JAMA*. - 1999, №281. – P. 1707-1713.

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская, Т. А. Куприянова
ПАНТОГАМ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ
ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

Введение

Пантогам – ноотропный препарат, оказывающий мультимодальное действие на центральную нервную систему в виде нейрометаболических, нейропротективных и нейротрофических эффектов. Наши предыдущие клинические исследования, а также испытания препарата, проведенные другими исследовательскими группами, показали его высокую эффективность при различных формах психической патологии у детей и подростков [1-6]. Между тем, до настоящего времени в литературе нет сообщений о профилактическом использовании ноотропов при высоких психоэмоциональных и интеллектуальных нагрузках у детей, представляющих группу риска по формированию невротического и патохарактерологического спектра расстройств. В то же время данные официальной медицинской статистики, также как и результаты специальных эпидемиологических исследований свидетельствуют о неуклонном росте пограничных форм психической патологии у детей [7, 8, 9]. В значительной степени данное явление обусловлено тем, что дети, как и все население в целом, подвержены в настоящем социуме высоким психогенным и информационным нагрузкам, превышающим подчас резервные возможности человека. В связи с этим, возникает насущная необходимость в средствах, повышающих адаптационно-компенсаторные возможности организма, определяющие, как известно, меру индивидуального здоровья человека.

Объем и методы исследования

Для изучения эффективности пантогама в качестве профилактического средства в исследование были включены 11 детей в возрасте от 11 до 14 лет, представляющих группу риска по формированию расстройств невротического круга (11 человек). Это дети с легкими проявлениями «психовегетативного синдрома» по А. М. Вейну (10), сложившегося в процессе онтогенеза вследствие различных экзогенно-органических воздействий или длительного пребывания в измененных условиях существования, часто при наличии определенной конституциональной предрасположенности.

Для психовегетативного синдрома характерно избыточное реагирование в стрессовой ситуации, приводящее к перенапряжению регуляторных систем с появлением соматовегетативных дисфункций, эмоциональных расстройств в виде различных по тяжести проявлений и продолжительности тревожных, тревожно-депрессивных, астеносубдепрессивных реакций, переходящих в условиях хронического или повторяющегося стресса в затяжные невротические состояния с высокой вероятностью последующего формирования психосоматических расстройств. Этому способствуют свойственные данному контингенту черты эмоциональной лабильности, сенситивности, высокой реактивной тревожности. По результатам эпидемиологического исследования [11] частота встречаемости психовегетативного синдрома с явлениями эмоциональной и вегетативной неустойчивости (с учетом легких его проявлений) среди детей, проживающих в различных регионах Российской Федерации, колеблется от 28,3% до 45,9%.

Все 11 детей обучались в специализированных гимназиях или лицеях, дополнительно занимались в

Школе сильного мышления или других тематических кружках, изучали иностранные языки. Высокий уровень интеллектуального развития (IQ выше среднего), учебная и познавательная активность этих детей сочетались с относительно невысокой работоспособностью, истощаемостью при необходимости усвоить большой объем информации.

Всем обследованным детям проводилось клиническое исследование с использованием специально разработанной шкалы для объективизации степени выраженности симптоматики, которая оценивалась по четырех бальной системе: 0 – отсутствие симптома, 1 – симптом слабо выражен, 2 – симптом умеренно выражен, 3 – симптом значительно выражен. Дополнительно проводилась оценка уровня познавательных способностей обследуемых, в том числе количественное определение интеллекта, в сочетании с результатами других психологических тестов, направленных на оценку уровня внимания, памяти, работоспособности, личностной и ситуативной тревожности.

С целью оценки эффективности лечения все дети проходили двукратное обследование: непосредственно перед началом лечения и в день его окончания (день 30). Эффективность оценивалась как с качественной (по шкале общего клинического впечатления), так и с количественной стороны (по результатам психологического тестирования).

Пантогам назначался внутрь через 15-30 минут после еды 2 раза в день в суточной дозе 500–750 мг в периоды высоких информационных и психоэмоциональных нагрузок (экзамены, окончание четверти, астенизация под действием различных дополнительно действующих факторов). Продолжительность курса составляла 30 дней. При наличии отчетливой метеозависимости с усилением эмоциональной и вегетативно-сосудистой неустойчивости, появлении церебрастенических головных болей предлагалось использовать пантогам в течение 2–3 дней между курсами.

Результаты исследования

В таблице 1 представлена динамика отдельных соматовегетативных проявлений при использовании сиропа пантогама у обследованных детей.

Таблица 1.

Динамика соматовегетативных проявлений у детей при использовании сиропа пантогама
(оценка по шкале общего клинического впечатления)

Клинические проявления	Кол-во детей с данными проявлениями	Выраженность симптомов в баллах	
		До лечения	В конце лечения
Головная боль	7	1. 0	0. 25
Головокружение	7	1. 0	0. 25
Колебания АД гипотензивные	3	1,33	0,33
Колебания АД разнонаправлен.	1	1,0	1,0
Вазомоторная лабильность	4	1. 5	1. 13
Частые позывы на мочеиспускание	2	1. 6	1. 0
Частые позывы на дефекацию	2	1. 0	0
Нарушение функции ЖКТ	5	1. 6	0. 3
Потливость	4	1. 55	0. 91
Ощущение нехватки воздуха	4	1. 25	0
Учащенное дыхание	2	1. 0	0
Ощущение жара	2	1. 0	0
Гипотермия	1	1	0

Как видно из представленных данных, в процессе употребления сиропа пантогама у детей из группы риска отмечался выраженный вегетостабилизирующий эффект, который проявлялся уже в течение первой недели приема препарата: улучшалось функционирование желудочно-кишечного тракта, снижалась потливость, исчезали позывы на учащенное мочеиспускание и дефекацию, другие проявления вегетативной дисфункции. Более редкими становились (а в ряде случаев исчезали совсем) головные боли, головокружения, стабилизировалось АД. У детей улучшалось физическое состояние, повышалась работоспособность.

В таблице 2 представлена динамика психоэмоциональных проявлений у детей до начала приема сиропа пантогама и на 30 день его использования. Положительная динамика психоэмоционального состояния детей, в первую очередь, проявлялась в снижении уровня ситуативной тревожности, проявлявшейся с особой отчетливостью в ситуации оценки их компетенции, уменьшении эмоциональной лабильности, обидчивости, раздражительности, более ровном фоне настроения.

Как видно из представленных ниже данных, личностная тревожность как устойчивая характеристика человека несущественно меняется в процессе приема сиропа пантогама и колеблется в границах

верхних показателей умеренной тревожности. Реактивная тревожность в целом по группе до начала лечения соответствует высокому уровню и достоверно ($p < 0,001$) снижается в процессе приема пантогама, достигая умеренных показателей.

Таблица 2.

Динамика психоэмоциональных проявления у детей при использовании сиропа пантогама (оценка по шкале общего клинического впечатления)

Клинические проявления	Кол-во детей с данными проявлениями	Выраженность симптомов в баллах	
		До лечения	После лечения
Эмоциональная лабильность интрапунитивная	3	2,0	1,0
Эмоциональная лабильность экстрапунитивная	3	1,86	1,0
Эмоциональная лабильность смешанная	5	2,0	1,0
Гипотимия	2	1,0	0
Ситуационная тревожность	11	1,5	0,7
Обидчивость	3	2,0	1,0
Нарушения сна	3	1,0	0,3
Запинки в речи	1	1,0	0
Раздражительность	3	1,3	0,5

Результаты клинического наблюдения подтверждаются данными психологического исследования личностной и ситуативной тревожности детей, полученными при помощи методики Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина, графически представленными на рис. 1.

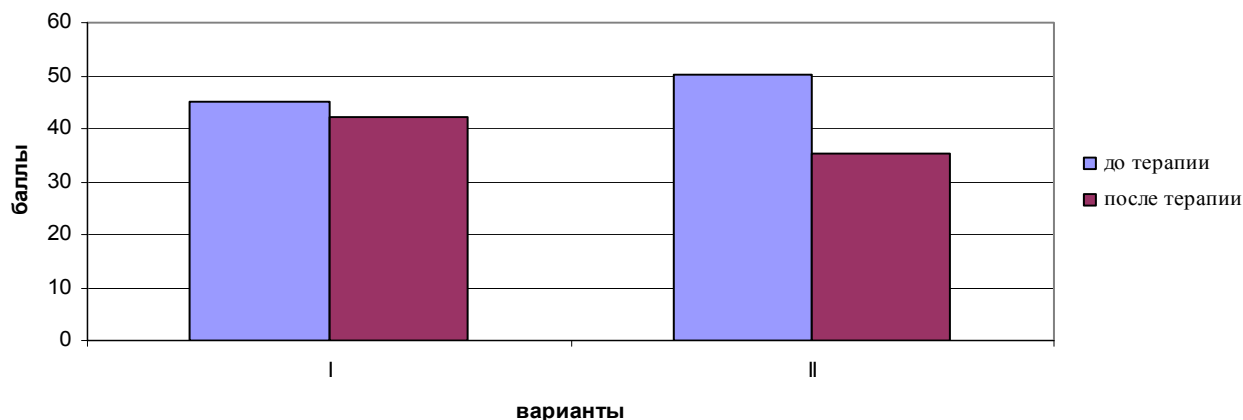


Рисунок 1. Динамика личностной и ситуативной тревожности детей (по Ч. Д. Спилбергеру-Ю. Л. Ханину) при использовании сиропа пантогама (I – личностная тревожность; II – ситуативная тревожность).

Отчетливые положительные сдвиги в процессе употребления сиропа пантогама наблюдались в показателях памяти, которая оценивалась методом запоминания 10 слов и повторением цифр (прямой и обратный порядок). Полученные результаты графически отображены на рис. 2 и 3.

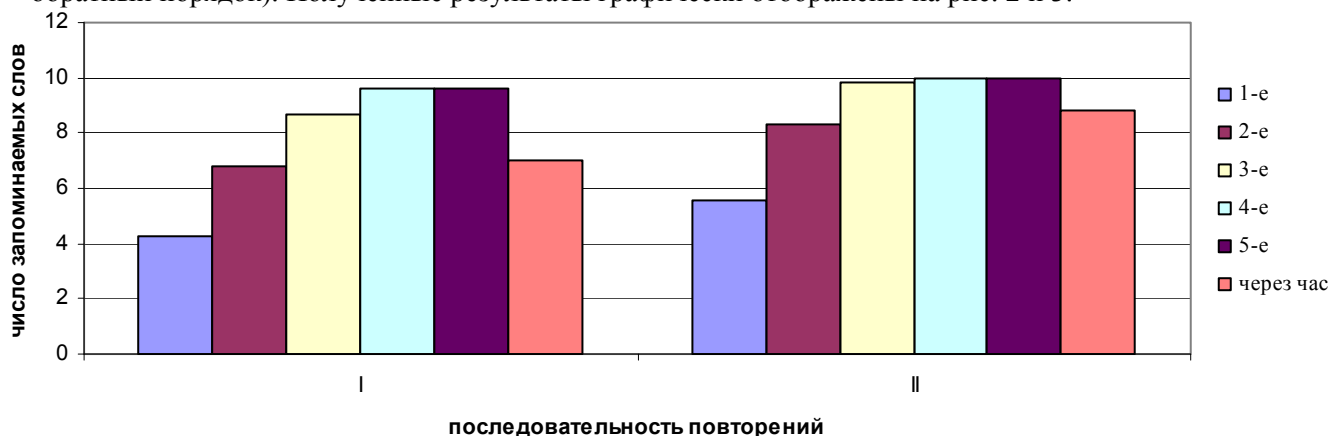


Рисунок 2. Исследование памяти методом запоминания 10 слов (I - число запоминаемых слов до приема сиропа пантогама; II. Число запоминаемых слов через месяц после употребления пантогама).

Из представленных на рис. 2 данных видно, что число запоминаемых слов после первого повторения составляло в среднем по группе 4 слова, а на 30 день приема сиропа пантогама около 6 слов.

Воспроизведение всех 10 слов до приема сиропа пантогама у 10 детей наблюдалось после 4 повторения (у одного обследованного не более 9 слов), а на 30 день приема сиропа пантогама у всех 11 обследуемых воспроизведение 10 слов отмечалось после 3-го повторения.

Исследование памяти методом повторения цифр (прямой и обратный счет), оцениваемый в баллах (рис. 3), для данного контингента обследованных детей оказался более демонстративным, чем повторение слов. Количество повторяемых слов в ряду достоверно увеличивается после 30 дня приема сиропа пантогама. ($p < 0,01$).

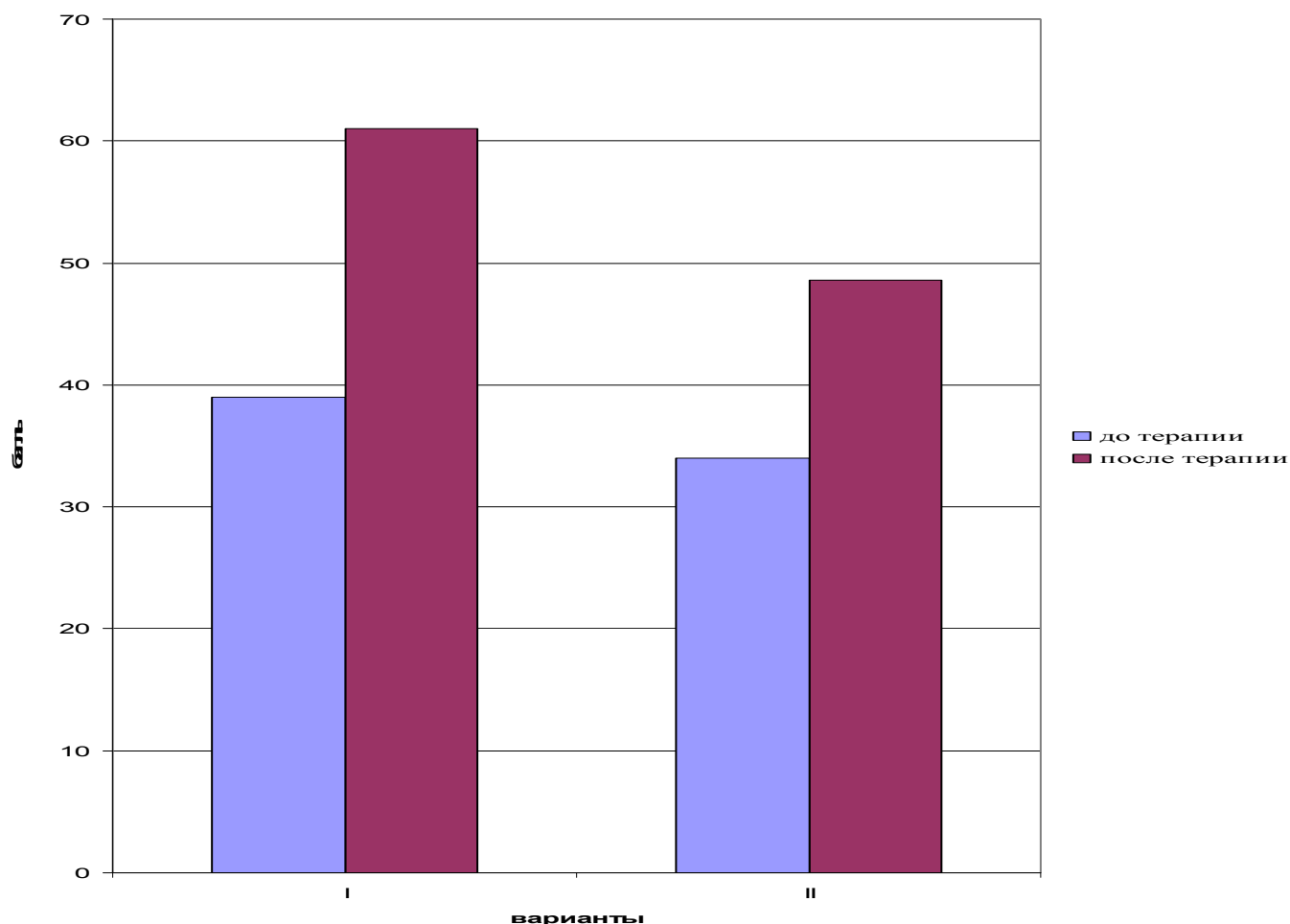


Рисунок 3. Исследование памяти методом повторения цифр (I - прямой счет; II - обратный счет).

В табл. 3 представлены сравнительные данные динамики показателей исследования памяти методом повторения цифр в процессе приема пантогама детей из группы риска и детей с пограничной психической патологией.

Таблица 3.

Усредненные показатели количества повторяемых цифр в ряду
(до приема и на 30 день приема сиропа пантогама)

Счет	Дети из группы риска			Дети с пограничной психической патологией		
	0 день	30 день	Динамика	0 день	30 день	Динамика
Прямой	6,3	8	+ 1,7	5,43	5,86	+ 0,43
Обратный	5,6	7	+1,4	3,18	3,57	+ 0,39
Суммарный показатель	11,9	15	+3,1	8,61	8,61	+ 0,82

Как видно из представленных данных, дети из группы риска демонстрируют достоверно больший прирост объема памяти в процессе приема меньших доз сиропа пантогама.

Исследование работоспособности и внимания с использованием методики «Кодирование» также свидетельствует о положительной динамике показателей в процессе приема пантогама.

Таблица 4.

Показатели работы и внимания по данным методики «Кодирование»
(до приема и на 30 день приема сиропа пантогама)

Показатель	До приема пантогама	30 день приема пантогама	Динамика
Среднее значение знаков при работе в течение 2 минут	34,4	38,33	+ 3,93
Среднее количество ошибок по группе	0,55	0,03	- 0,52

Это свидетельствует о том, что пантогам восстанавливает потенциальные возможности внимания, памяти, работоспособности у астенизированных детей. Как уже указывалось ранее, в группу риска включались дети с высокими интеллектуальными показателями, подверженные значительным информационным и психоэмоциональным нагрузкам, объем которых превышал возможности их интеллектуальных предпосылок.

Заключение

Представленное нами исследование демонстрирует возможности использования одного из ноотропных препаратов (сиропа пантогама) в качестве психопрофилактического средства у детей, представляющих группу риска по формированию пограничных психических расстройств невротического спектра. Полученные данные свидетельствуют о том, что прием пантогама в профилактических целях решает проблему расширения диапазона адаптационных возможностей путем оптимизации соматовегетативных, когнитивных и эмоциональных составляющих их психической деятельности. Тем самым подтверждается возможность фармакологической профилактики расстройств невротического спектра в условиях высоких психоэмоциональных и информационных нагрузок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Державин В. М., Вишневецкий К. Л., Авруцкий Г. Я. и др. «Средство для лечения расстройства мочеиспускания пантогам» Авт. свид. № 850083 СССР, 1981.
2. Ермолина Л. А., Кашникова А. А., Коваленко Ю. Б. и др. Пантогам в психиатрической клинике детского (дошкольного возраста) // Пантогам. Двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. – М., 1998. – С. 53-58.
3. Крыжановская И. Л. . Куприянова Т. А., Коновалова В. В. Использование пантогама при различных вариантах интеллектуальной недостаточности у детей // Пантогам. Двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. – М., 1998. – С. 58-64.
4. Маслова О. И., Шелковский В. И. Пантогам и детская психоневрология // Пантогам. Двадцатилетний опыт применения в психоневрологии. – М., 1998. – С. 50-53.
5. Сухотина Н. К. . Крыжановская И. Л., Копелевич В. М. и др. Пантогам в клинике психических заболеваний детского возраста (пособие для врачей). – М., 2000, 28с.
6. Сухотина Н. К., Крыжановская И. Л., Коновалова В. В., Куприянова Т. А. Пантогам в лечении гиперкинетических расстройств у детей // Биохимия, фармакология и клиническое применение производных пантотеновой кислоты (сборник научных статей). – Гродно, 2003. – С. 175-180.
7. Ковалев В. В. . Козловская Г. В. Значение эпидемиологического изучения детей с повышенным риском возникновения психических заболеваний для профилактики // Городская конференция по вопросам профилактики и организации психиатрической помощи детям. – М., 1980. – С. 22-24.
8. Бережков Л. Ф., Бондаренко Н. М. . Зутлер А. С. Динамика состояния здоровья детей школьного возраста // Вестник Российской АМН. – 1993. - № 5. – С. 8-15.
9. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте – клиническая реальность // Росс. психиатрический журнал. – 1989. - № 3. – С. 9-14
10. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегетативно-сосудистая дистония. – М.: Медицина, 1981. – 185 с.
11. Сухотина Н. К. Доклинические формы нервно-психических расстройств в детской популяции по данным эпидемиологического исследования (пособие для врачей). – М., 2001. – 28 с.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КЛАРЫ САМОЙЛОВНЫ ЛЕБЕДИНСКОЙ

К. С. Лебединская

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПУБЕРТАТНОЙ ФАЗЫ В РАЗВИТИИ И ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ¹²

Как показывают многочисленные клинические наблюдения, начало шизофренического процесса в детском возрасте очень часто совпадает с переходной фазой развития. У младших детей шизофрения нередко начинается в первом переходном периоде (3—4 года). Значительно чаще болезнь начинается в препубертатном и пубертатном возрасте. Шизофрения, возникшая в эти критические возрастные фазы, зачастую принимает особые клинические формы, отражающие не столько типичные проявления болезненного процесса, сколько искаженные психологические черты возраста.

Роль возрастного фактора в формировании психических расстройств всегда привлекала к себе внимание клиницистов. До настоящего времени не решен вопрос о том, является ли критическая возрастная фаза одним из важных условий возникновения психических нарушений, либо она только патопластически оформляет клиническую картину болезни, не участвуя в ее патогенезе. Результаты наблюдений психиатрической клиники детского возраста, в частности исследования особенностей течения и клинических вариантов шизофрении, позволяют предположить, что возрастная фаза может явиться одним из внутренних условий, способствующих возникновению психического заболевания, если эта фаза протекает дисгармонично, меняя общую и специфическую реактивность организма.

Значимость возрастного фактора в пубертатном периоде зависит от сроков начала, быстроты темпа и степени массивности процесса полового созревания. Эта сложная гормональная перестройка, связанная с усилением активности системы гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников—половые железы, играет большую роль в резком изменении не только соматического, но и психического облика подростка.

Как известно, пубертатный период является одним из важнейших этапов в психическом развитии человека. Именно в этом возрасте формируются самосознание и самооценка, интенсивно развивается функция мышления. Возрастает способность к анализу и синтезу явлений, расширяются интересы к отвлеченным вопросам.

Однако нервно-психическая сфера даже здорового и гармонически, своевременно развивающегося подростка часто характеризуется определенной дисгармонией и неустойчивостью. В интеллектуальной деятельности это нередко выражается в стремлении к мудрствованию, разрешению сложных философских проблем, чрезмерной склонности к фантазированию; в сфере эмоций — в сочетании повышенной сенситивности в отношении собственных переживаний и интересов с определенной черствостью к другим, застенчивости и тормозимости — с развязностью и самоуверенностью. Критицизм, оппозиционная готовность во взаимоотношениях с окружающими, в первую очередь с родителями, невыносимость опеки, гипертрофированное стремление к самостоятельности легко приобретают характер реакций протеста. Появляется повышенный интерес к своей внешности, сенситивная реакция на ее оценку другими, иногда — рудименты дисморфобических образований. Пробуждается сексуальное влечение и возникают связанные с ним сложные, иногда более или менее конфликтные переживания. Типичны проявления эмоциональной неустойчивости: лабильность аффекта, нерезко выраженные немотивированные колебания настроения.

Однако у физически и психически здорового подростка, воспитывающегося в благоприятных условиях внешней среды, эти явления, как известно, не носят патологического характера и не приводят к срыву его деятельности.

Психические отклонения разной степени выраженности, связанные с возрастной фазой развития, возникают тогда, когда биологический пубертатный сдвиг протекает дисгармонично, большей частью — с явлениями акселерации — ранним началом, усилением интенсивности и темпа полового метаморфоза.

Акселерация — ускоренное физическое и половое созревание организма — наблюдается в течение последних десятилетий как специалистами в области клинической медицины, так и антропологами,

¹² Опубликовано: Г. Е. Сухарева. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1974. — С. 221-229.

психологами, педагогами. Данные, имеющиеся в распоряжении антропологов, позволяют предположить, что этот процесс на протяжении эволюционного развития человечества повторяется в виде волн, последняя из которых возникла около 100 лет назад.

Генез этого явления до настоящего времени не выяснен. Часть исследователей объясняет возникновение акселерации улучшением условий питания, увеличением потребления белков, жиров, а также витаминов, особенно стимулирующих рост и развитие. В пользу этой теории приводят факт исчезновения акселерации в период второй мировой войны и первые послевоенные годы, а затем возобновление ее в странах Европы, восстановивших экономику. Другие исследователи, указывая на преимущественное распространение акселерации в цивилизованных странах, связывают ее с урбанизацией — с фактором повышенной стимуляции нервной системы в специфических условиях городской жизни, где радио, кино, телевидение являются постоянным источником информации, атакующей с раннего возраста растущий мозг, в том числе его вегетативно-эндокринные центры, регулирующие процессы роста и полового созревания. Существуют предположения о связи акселерации с изменением климата. Указывается на возможную роль повышения естественного фона радиации, причем не только за счет колебаний уровня космических излучений, но и в результате атомных испытаний, а также рентгенологических исследований.

Однако каждая из этих теорий имеет слабое место. Так, несмотря на различия в климатических и социальных условиях жизни, в качестве и количестве питания, процесс акселерации, хотя и в разной степени выраженности, наблюдается во всех странах. Этот процесс начался задолго до открытия лучей Рентгена и тем более атомных испытаний, поэтому не может быть связан только с ними.

На основе этого выдвинуто предположение о существовании какой-то причины акселерации, общей для людей, живущих в разных условиях. Не исключено, что эта причина лежит в генетических изменениях, связанных с интенсивным смешением населения планеты в условиях роста средств коммуникаций (массовая миграция, браки между людьми, выросшими в различных популяциях, и т. д.).

Нет единства мнений и в отношении биологической целесообразности процесса акселерации. С одной стороны, антропологи, педиатры наблюдают явные улучшения показателей физического состояния детей на каждом возрастном этапе. Пубертатный период с явлениями бурного роста, ускоренного полового метаморфоза начинается у этих детей раньше: в возрасте 9—10 лет у девочек и в возрасте 11—12 лет у мальчиков. Высказывается мысль и об ускоренном умственном и моторном развитии. Что же касается интеллектуальной активности и целенаправленности, эмоционального и психосексуального созревания, то здесь мнения исследователей расходятся, особенно в отношении пубертатного возраста.

Психиатры нередко отмечают у части этих подростков в периоде рано начавшегося полового метаморфоза отчетливые признаки психической неустойчивости. Все особенности психики, свойственные гармонически, своевременно развивающемуся подростку, присущи им в большей мере и нередко образуют тот психологический симптомокомплекс, который известен под названием «пубертатного криза».

Но все же эти проявления и здесь не достигают степени патологии, так как речь идет о подростках биологически здоровых, с полноценной нервной системой.

Совершенно иначе обстоит дело с детьми, у которых акселерация возникает в пубертатном возрасте на фоне (а скорее на почве) органической неполноценности нервной системы. Большой частью это подростки либо с резидуальными состояниями после перенесенных внутриутробных, натальных и постнатальных заболеваний головного мозга различного генеза, реже — с хронически текущими церебрально-органическими заболеваниями, например, ревматическим поражением. Общими для всех них являются вовлечение в болезненный процесс диэнцефальных структур, наличие эндокринных и обменных дисфункций задолго до периода полового созревания.

Раннее начало полового развития у этих подростков находится в тесной патогенетической связи с декомпенсацией их церебральной недостаточности. Бурный физический рост и ускоренный половой метаморфоз сопровождаются появлением выраженного диэнцефального синдрома в физическом и неврологическом статусе.

У многих больных развиваются разной степени ожирение, трофические расстройства (*striae dis-sense*, фолликулиты, сухость либо сальность кожных покровов, кровоподтеки вследствие повышения проницаемости сосудистой стенки и т. д.), склонность к аллергическим явлениям. Возникают разнообразные вегетативные расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности: тахи- или брадикардия, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, ощущения нехватки воздуха и т. д. Обмороки, головокружения, пароксизмы тахикардии отмечаются нередко в ортостатических условиях. Сосудистая дистония проявляется в легкой смене окраски кожи, акроцианозе, гипотермии конечностей. Часты сенестопатии, парестезии, зуд в разных участках тела. Подростки жалуются на то, что «колет иголками», «бегает мурашки», немеют, холодеют, сохнут пальцы, ноги «неживые», «не тело, а просто мясо» и т. д. Повышенная рефлекторная возбудимость проявляется в непереносимости громких звуков, резких запахов, яркого света. Типичны и нарушения сна: тревожность,

прерывистость, затрудненное засыпание, яркие и неприятные по содержанию сновидения.

Характерно усиление аппетита жажды. У некоторых подростков наблюдаются расстройства терморегуляции: «немотивированный» субфебрилитет, значительные утренние и вечерние колебания температуры, гипертермия после физической или эмоциональной нагрузки, непереносимость жары, холода, гипергидроз и т. д. Нередки приступы озноба, «приливы» жара. В части наблюдений обращает на себя внимание пароксизмальность этих проявлений, а иногда и определенная периодичность в распределении вегетативных кризов.

Клинические особенности некоторых из этих пароксизмальных состояний позволяют иногда отнести их к проявлениям диэнцефальной эпилепсии.

В обычных условиях у большинства этих подростков вегетативная недостаточность относительно компенсирована, но легко выявляется при физической нагрузке, аффективном напряжении, легкой инфекции, а у девочек особенно часто — в предменструальный период.

Ряд признаков вегетативной дисфункции, наблюдаемых у этих подростков (тенденция к тахикардии, артериальной гипертонии, к гипертермии, атоническим запорам, вязкость и резкий запах пота, склонность к мидриазу), а также особенности картины крови (относительно высокий гемоглобин, лимфопения и эозинопения) свидетельствуют о преобладании у этих больных тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Другая группа явлений — гипертиреоз, иногда и легкий тиреотоксикоз у девочек, нерезко выраженные явления акромегалоидизма у мальчиков, пологость гликемической кривой — указывает на нарушение регуляции и эндокринных функций. Наиболее постоянные сдвиги обнаруживаются при исследовании функций надпочечников и половых желез. Количество выделяемых с мочой 17-кетостероидов (отображающих продукцию андрогенов — гормонов, которые, помимо других свойств, способствуют развитию сексуального влечения у лиц обоих полов) у этих подростков либо находится в пределах нормы взрослых либо превышает ее. Выше возрастной нормы и количество женских половых гормонов — эстрогенов — у девочек. Все эти явления свидетельствуют о том, что процесс полового созревания протекает у этих детей патологически, с резким вегетативным и гормональным напряжением, характерным скорее для состояния стресса, чем для физиологической фазы развития.

И одновременно с этими явлениями со стороны гормонально-вегетативной сферы у подростков с акселерацией «органического» генеза возникают выраженные психические отклонения, которые, имея определенное клиническое сходство с возрастным кризом, отличаются от него не только массивностью, но и качественной окраской и имеют уже явно патологический характер.

Так, для явлений аффективной неустойчивости типичны резкая взрывчатость, склонность к агрессивным разрядам даже у девочек. Последним свойственны и выраженные истероформные проявления: выразительность аффективных вспышек, функциональные припадки, демонстративные суицидальные попытки. Немотивированные колебания настроения имеют органический оттенок дисфорий, часто сопровождаются головными болями.

У большей части этих подростков основное место в клинической картине психопатоподобного синдрома занимает патология влечений. У мальчиков нередко наблюдается склонность к бродяжничеству, иногда жестокость с элементами садизма. У девочек преобладает повышенная сексуальность, проявляющаяся также в наклонности к вымыслам характерного содержания (оговоры в изнасиловании, утверждения о беременности). Несмотря на формально сохранный интеллект, характерно снижение школьных интересов; нередко эти подростки оставляют школу или их исключают в связи с тяжестью поведения. Повышенные влечения и большая внушаемость часто толкают их на антисоциальный путь.

Следует подчеркнуть, что все описанные выше нервно-психические нарушения наблюдаются у подростков с церебральной недостаточностью не только при акселерации в смысле раннего наступления полового созревания. У некоторых из этих подростков ускорение процесса полового созревания касается не сроков начала полового метаморфоза, а темпа его развития. Так, у многих пубертатный период, начавшись в обычные сроки, протекает с большей интенсивностью и формирование половой зрелости заканчивается за короткий срок — к 14—15 годам. У этих подростков наблюдаются не только описанные выше явления вегетативно-сосудистой дисфункции, но и те же психические нарушения: выраженная аффективная неустойчивость, патология влечений, фантазии сексуального содержания у девочек. Это позволяет рассматривать акселерацию и ускорение темпа полового созревания у детей с церебральной неполноценностью в рамках одного ряда явлений. Не исключено, что психические нарушения у всех этих детей в большей мере связаны именно с фактором интенсивности полового метаморфоза — степенью остроты этого процесса, а не временем его возникновения.

Нарушение темпа полового созревания обнаруживается и при других клинических вариантах искаженного «пубертатного криза».

Так, у детей с ускоренно и бурно протекающим половым метаморфозом чаще, чем у их своевременно развивающихся сверстников, возникают дисморфофобические образования. Рудименты дисморфофобии

иногда наблюдаются и у психически здоровых подростков с явлениями акселерации. Этот синдром встречается при дисгармонии полового созревания и у подростков с психопатическими чертами, с органической неполноценностью нервной системы.

Так, дисморфофобические идеи в периоде бурно и ускоренно протекающего полового созревания наблюдались у мальчика, страдающего эпилепсией. Эпилептический процесс протекал у него благоприятно: припадки были редкими, выраженных интеллектуальных расстройств не отмечалось. Больной хорошо учился. Всегда был чрезмерно мнительным. В пубертатном возрасте возникли идеи об уродливости своего телосложения. Мальчик стал хуже заниматься, стеснялся идти в школу, боясь, что там заметят его дефект и будут смеяться. Брал у матери (санитарного врача) медицинскую литературу и изучал стандарты телосложения.

То же касается известного варианта дисморфофобии – «нервной анорексии» — сверхценной идеи похудения и связанным с ней резким ограничением в еде. Как известно, «нервная анорексия» возникает только у девочек-подростков с особым складом личности, приближающимся к паранойальному. Как показали исследования Н. С. Ротинян, у большинства этих больных отмечались явления ускоренно протекающего полового метаморфоза. Началу патологической реакции отказа от еды обычно предшествовали бурный рост, быстрое развитие вторичных половых признаков, ранние менструации, обменные нарушения в виде разной степени ожирения. Появление дисморфофобической идеи нередко совпадало с временем наступления первой менструации. Не случайно некоторые зарубежные исследователи связывают возникновение «нервной анорексии» с психологической неподготовленностью подростка к интенсивному половому метаморфозу и с более или менее осознанной попыткой его задержки.

Дисгармонически протекающее половое созревание не только накладывает характерный отпечаток на «пубертатные кризы» у детей с явлениями органической церебральной неполноценности и психопатическими чертами характера, но и своеобразно видоизменяет клиническую картину душевного заболевания. Начальные проявления шизофрении как бы маскируются гротескно-возрастной симптоматикой. Это особенно характерно для непрерывного течения процесса, при котором у детей с ускоренным либо бурно протекающим половым созреванием наблюдаются клинические варианты преимущественно тех же синдромов: психопатоподобных, дисморфофобических, а также неврозоподобных состояний, напоминающих дизэнцефальные кризы.

Так, у девочек с акселерацией шизофренический процесс в периоде бурного полового метаморфоза нередко манифестирует приступообразными явлениями ипохондрически-фобического характера (чаще страха смерти), возникающими на фоне резкой эмоциональной возбудимости, лабильности настроения и насыщенными не столько сенестопатиями, сколько симптомами острых, часто тоже приступообразных вегетативно-сосудистых расстройств.

Описанные выше психопатоподобные проявления с выраженной патологией влечений также находят отражение в клинической картине шизофрении у подростков с большой интенсивностью полового созревания. Так, у мальчиков с явлениями акселерации либо бурно протекающим половым метаморфозом значительно чаще, чем у подростков с обычным темпом созревания, при непрерывно прогрессивном типе течения шизофрении наблюдается гебоидный синдром, при котором грубое эмоциональное оскудение сочетается с выраженной патологией влечений, носящих садистически-перверзный характер. Для девочек более характерны психопатоподобные варианты шизофрении, в клинической картине которых ведущая роль принадлежит патологии сексуального влечения, истероформным расстройствам.

В содержании бредоподобных фантазий и бредовых переживаний у этих девочек находят отражение описанные выше характерные вымыслы (оговоры в изнасиловании, утверждения о беременности), а также бредовые самооговоры, отражающие патологию влечений. Последние часто наблюдаются и у мальчиков. Больные утверждают, что они участники воровских шаек, убийцы, предатели, рассказывают о совершенных ими насилиях, казнях. Патологическое фантазирование сочетается с выраженным психопатоподобным синдромом, склонностью к бродяжничеству, алкоголизации, сексуальным эксцессам. В. Н. Мамцева, описавшая психопатологическую картину и динамику этих клинических вариантов шизофрении, отмечала у всех наблюдаемых больных явления ускоренного полового метаморфоза.

Относительно частым для шизофрении, развивающейся на фоне ускоренно и интенсивно протекающего полового созревания, является и дисморфофобический синдром. По данным С. В. Немировской, у большинства этих больных обращает на себя внимание характерный сюжет сверхценных образований, связанный с реальной физической диспластичностью, вызванной ускоренным созреванием, преждевременным закрытием эпифизарных зон. Так, больные жалуются, что у них короткие, толстые ноги, длинная спина и т. д. Типичные для шизофренических дисморфофобий идеи отношения часто проявляются в утверждениях о якобы отрицательной реакции окружающих на признаки их чрезмерного полового развития. Интенсивный половой метаморфоз нередко предшествует синдрому «нервной анорексии», развивающейся и в пределах шизофренического процесса.

Симптоматика, типичная для бурно протекающего полового созревания, занимает определенное место и в клинической картине ряда острых приступов шизофрении. Так, острые деперсонализационные расстройства, депрессивные состояния часто насыщены выраженными дисморфобическими переживаниями. В клинической картине явно выступает патология влечений: в идеях обвинения и самообвинения фигурируют мысли об осуждении за «разврат», проституцию и т. д.; для маниакального состояния характерна повышенная сексуальность.

Таковы некоторые клинические особенности шизофрении у этих детей.

Обращает на себя внимание, что и в пределах шизофренического процесса всем описанным выше вариантам психопатологической картины сопутствуют различные признаки дизэнцефальной дисфункции (явления вегетативно-сосудистой дистонии, расстройства терморегуляции, повышение аппетита и жажды, обменные нарушения и т. д.), наличие которых часто вносит определенные затруднения в диагностику на начальном этапе заболевания.

Тесная спаянность этих симптомов с характерными вариантами психопатологической картины дает основание предположить, что ускоренное и бурное половое созревание нельзя рассматривать только как фактор патопластический, участвующий лишь в оформлении клинических проявлений шизофрении. Приведенные данные позволяют думать, что критическая возрастная фаза, протекающая дисгармонично, может служить и необходимым патогенетическим звеном формирования болезни.

Более того, хотя интенсивно, дисгармонично протекающий половой метаморфоз сам по себе не является патогенным фактором, но массивность и бурный темп физиологической возрастной перестройки могут, очевидно, способствовать реализации наследственного предрасположения к различным, в том числе психическим заболеваниям.

На основании полученных данных можно также предположить, что преобладание в клинической картине различных заболеваний типичных «возрастных» симптомов связано не просто с данным возрастным периодом, а с фазой возрастного развития, протекающей патологически, дисгармонично.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В. В. Красавина

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРОКВЕЛЯ (КВЕТИАПИНА) В ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Клиническая психиатрическая больница № 15 (Москва).

Терапия нейролептиками психических заболеваний в подростковом возрасте связана с определенными трудностями. При выборе препарата необходимо учитывать не только его клиническую эффективность и фармакокинетические особенности для данного возраста, но также и тот факт, что подростки отличаются большей сенситивностью к побочным эффектам нейролептической терапии. При использовании типичных нейролептиков зачастую возникают такие осложнения, как экстрапирамидные, неврологические и эндокринные расстройства. Появление вышеупомянутых нарушений осложняет течение основного заболевания и, кроме того, требует дополнительного назначения препаратов с целью коррекции, что существенно снижает комплаентность терапии. Несмотря на небольшое количество публикаций [1-12], посвященных применению сероквеля в подростковой психиатрии, достаточно очевидными являются широкий спектр его применения, хорошая переносимость и безопасность использования, что позволяет активно использовать сероквель в лечении подростков с различными психопатологическими расстройствами.

В подростковом психоневрологическом отделении на базе психиатрической клинической больницы № 15 сероквель применялся в течение года для лечения больных в возрасте 15-18 лет, страдающих шизофренией, протекающей с преобладанием аффективных нарушений, сенестоипохондрических расстройств и невротоподобной симптоматики (10 больных), и больных с обсессивно-компульсивными расстройствами (ОКР) (10 больных).

Наши наблюдения показывают, что уже на первой неделе приема кветиапина в дозе 100-600 мг отмечается уменьшение проявлений симптоматики депрессивного спектра с последующей ее редукцией к 3-4 неделе терапии. Больные становятся более активными, подвижными, мимика - более «живой», исчезают депрессивная экспрессия, ощущение тоски, «скуки», подавленности, пессимистическая настроенность, заниженная самооценка, идеи самообвинения, нормализуется сон, уменьшается идеаторная загроможденность, улучшаются показатели когнитивных процессов. Одна больная 17 лет, страдающая шизофренией с депрессивными расстройствами, сравнивала свое состояние при приеме сероквеля с ощущением «парения в облаках», отмечала появление «легкости восприятия реальности», «ясности в голове». В то же время на фоне приема кветиапина не было зарегистрировано нарушений, относящихся к кластеру мании.

Было также отмечено положительное влияние сероквеля в отношении редукции сенестоипохондрических расстройств (СИР). Ко 2-3 неделе терапии у пациентов с СИР уменьшались (а в дальнейшем редуцировались) тягостные и неприятные ощущения (онемения, покалывания, сдавливания, необычные ощущения «веревки на шее», «стягивающей маски на лице» и т. д.), теряла свою актуальность прежняя фиксация на своем самочувствии, исчезали беспокойство, опасения за свое здоровье. Больные переставали «прислушиваться к своему состоянию», начинали стремиться к контакту, интересоваться окружающим миром. Необходимо отметить, что хорошая переносимость и безопасность кветиапина позволяют рекомендовать его именно данной категории больных, поскольку у них обнаруживается высокая чувствительность к любым сопровождающим терапию побочным эффектам.

Эффективность сероквеля в отношении невротоподобной симптоматики хотелось бы рассмотреть на примере пациентки, страдающей псевдоневротической формой шизофрении с 12-летнего возраста.

Больная С., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на страх тошноты и рвоты и боязнь «захлебнуться рвотными массами». Заболела остро в 12 лет - увидела, как брата «вырвало в туалете»; с тех пор боялась заходить в туалет, просила, чтобы ее проводили, беспокоилась, что ее тоже там «может стошнить». Стала часто жаловаться на боли в животе, запоры, была консультирована гастроэнтерологом, данных за патологию обнаружено не было. Стало меняться настроение: стала капризной, плаксивой, раздражительной, с утра часто отмечала сниженное настроение, слабость, сонливость, к вечеру чувствовала себя лучше. Год спустя появились приступы тошноты со страхом рвоты, девочка не находила себе места, дрожала, плакала, жаловалась на плохое самочувствие, говорила, что боится захлебнуться своими рвотными массами и умереть. Стала избирательной в еде - предпочитала только жареное и соленое, объясняя это тем, что подобная пища «снимает тошноту». Иногда отказывалась принимать пищу из-за страха тошноты. Потеряла в весе 6 кг за полгода. Пропало желание ходить в

школу, доходила до автобусной остановки, потом начинала жаловаться на тошноту, «спазмы в горле», слабость. Перестала выходить из дому, приходилось даже вызывать такси для того, чтобы добраться до поликлиники. Ограничила контакты со сверстниками, прекратила общение с молодым человеком, которого с ее слов «сильно любила». В школе была переведена на домашнее обучение.

При поступлении: Вошла в кабинет медленной неуверенной походкой. Эмоционально тускловата. Речь монотонная, тихая. Разговаривает, держа мать за руку, вне ее присутствия отказывается отвечать на вопросы. В ходе беседы периодически плачет, жалуется на приступы тошноты, сопровождающиеся страхом рвоты, в руке держит дольку лимона и чеснока, объясняет это тем, что запах этих продуктов препятствует возникновению тошноты. Тревожна, напугана, растеряна. Рассказала, что питается избирательно: ест только соленые огурцы, лимоны и чеснок, говорит, что эти продукты помогают ей избавиться от тошноты. От другой пищи отказывается, т. к. боится возникновения тошноты и рвоты. Фон настроения снижен. Обманы восприятия и суицидальные мысли отрицает. Просит помощи.

В отделении одинока, замкнута, сосредоточена на своих переживаниях. К контакту не стремится, держится в стороне от девочек, ничем не занята, большую часть времени проводит в пределах палаты. Периодически становится тревожной, не находит себе места, испытывает приступы тошноты со страхом рвоты и боязнью «захлебнуться рвотными массами и умереть». Отказывается есть, боится, что ее стошнит. Придерживается особой диеты: пьет воду, ест лимоны и сухари.

Назначены сероквель 100 мг/с и паксил 20 мг/с. На фоне лечения отмечается улучшение состояния - выровнялось настроение, приступы тошноты практически не беспокоят, нормализовался аппетит, стала питаться разнообразными продуктами (включая мясо, фрукты, овощи). В поведении стала более спокойной, жизнерадостной, избирательно контактировала с девочками. Высказывала желание продолжать учебу.

В вышеописанном случае уменьшение неврозоподобной симптоматики отмечалось уже на первой неделе терапии, а к 5 неделе приступы исчезли вовсе. Данный пример демонстрирует эффективность кветиапина в комбинации с СИОЗС в лечении неврозоподобных расстройств.

Отдельно хотелось бы поговорить о влиянии сероквеля на обсессивно-компульсивную симптоматику, протекающую, в том числе, и в рамках эндогенного процесса. Нами было обследовано 10 пациентов в возрасте 15-18 лет (9 мальчиков и 1 девочка, средний возраст составил 16,5 лет). 6 пациентов с диагнозом ОКР, согласно критериям МКБ-10, и 4 пациента с обсессивно-компульсивной симптоматикой в рамках шизофрении. У всех подростков выявлены обсессивно-компульсивные нарушения, включающие те или иные навязчивости: навязчивые идеи загрязнения, навязчивые мысли и воспоминания неприятного содержания, навязчивые опасения в отношении собственного здоровья и здоровья близких, а так же ритуалы, совершаемые больными с целью уменьшения тревоги (частое мытье рук, определенные движения и действия, идеаторные ритуалы). Больные в качестве монотерапии в течение 4 недель получали сероквель. Начальная доза препарата составляла 50 мг в сутки с последующим титрованием до 300–600 мг в сутки. До начала лечения сероквелем подростки не получали какой-либо психотропной терапии включая нейролептики. Выбор именно этого атипичного нейролептика был сделан сознательно. Известно, что одной из причин возникновения ОКР является нарушение функционирования серотонинергической системы, приводящее к дефициту серотонина. Сероквель - атипичный нейролептик, который обладает способностью избирательно блокировать серотониновые 5-HT_{2a} рецепторы, тем самым увеличивая концентрацию серотонина в пресинаптической щели. Кроме того, фармакологические особенности препарата указывают на его отчетливый специфический анксиолитический и неспецифический седативный эффекты за счет блокады H₁- и α₁-, α₂-рецепторов соответственно. Мягкий профиль побочных эффектов кветиапина - еще один весомый аргумент в пользу его выбора. Начальная дозировка сероквеля составила 50 мг/сутки с последующим титрованием дозы до 250-300 мг/сутки. Оценку клинической эффективности препарата проводили с помощью следующих шкал: шкала тревоги Гамильтона (НАМ-А), шкала ОКР Йель-Брауна и шкала общего клинического впечатления CGI.

Уже на первой неделе лечения сероквелем пациенты испытывали выраженное облегчение: отмечали уменьшение тревожного настроения, раздражительности, напряженности. Показатели тревоги по шкале Гамильтона уменьшились с 23,3 до 13,4 балла, что соответствовало редукции тревоги на 42,5%. К концу терапии сероквелем редукция тревоги составила 78,1%, показатели тревоги НАМ-А либо отсутствовали, либо были выражены незначительно – в среднем 5,1 балла.

Тяжесть ОКР в начале и к концу терапии сероквелем составляла 16,3 и 8,6 баллов по шкале Йель-Брауна соответственно, что говорит о редукции обсессивно-компульсивной симптоматики на 47,2%. Сами больные отмечали, уменьшение времени, затрачиваемого на выполнение обсессий, повышение контроля над ними, усиление сопротивления им, к минимуму сводилось напряжение, обусловленное возникновением навязчивости.

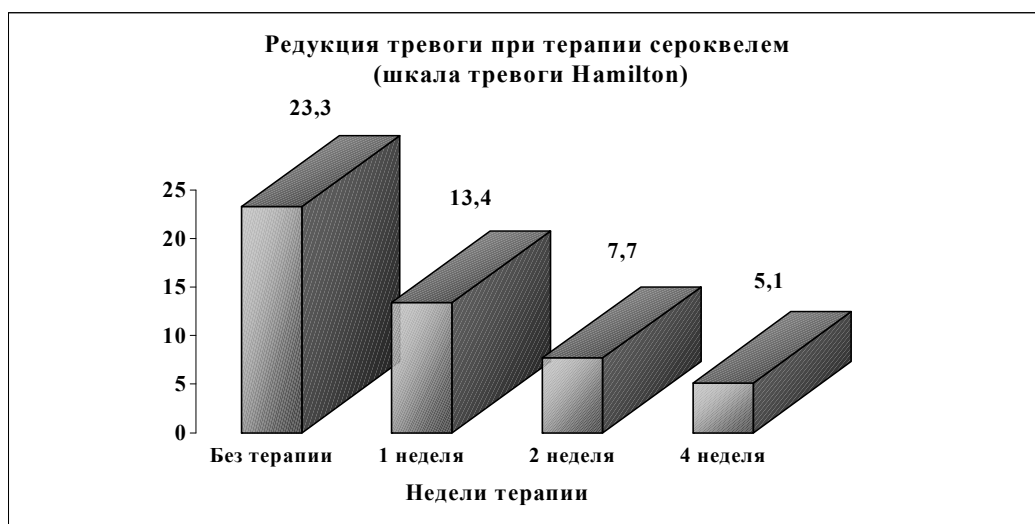


Рисунок 1.

Также было отмечено значительное уменьшение обсессивно-компульсивной симптоматики (рис. 2).

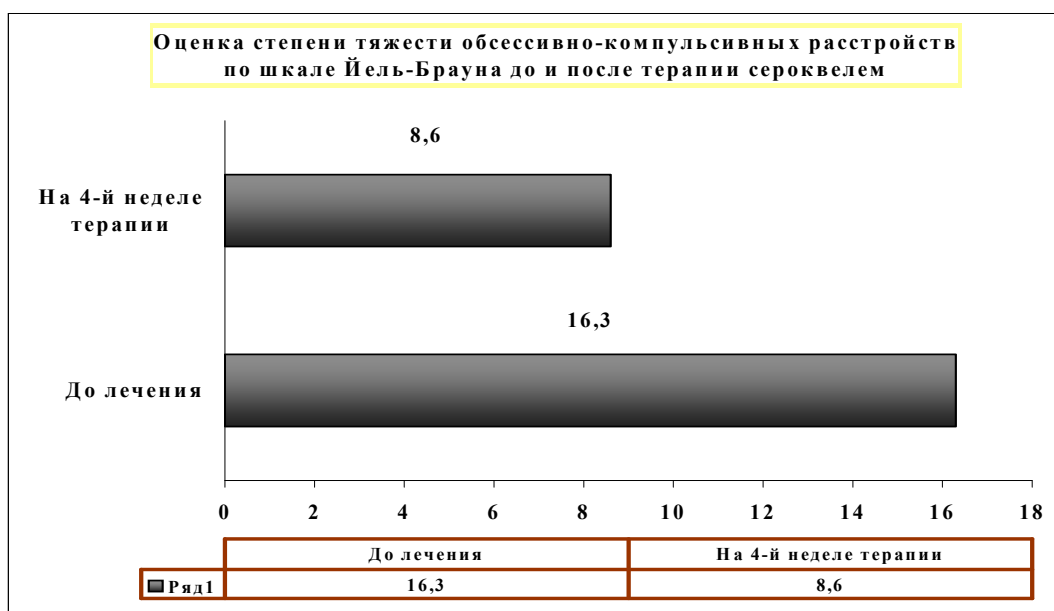


Рисунок 2.

Тяжесть заболевания по шкале CGI-S до начала терапии у 3 пациентов (30%) характеризовалась как тяжелая, у 4 пациентов (40%) - значительная и у 3 пациентов (30%) состояние средней тяжести. Общая эффективность проведенного лечения, оцениваемая по шкале CGI-I, представлена в таблице 1. В конце исследования отмечены высокие показатели клинической эффективности терапии. Подтверждением этого являлся тот факт, что у всех больных наблюдалось улучшение состояния той или иной степени выраженности и не было зарегистрировано случаев нечувствительности к терапии сероквелем или отрицательной динамики состояния (см таб. 1).

Таблица 1.

Эффективность терапии сероквелем по шкале CGI-I.

Градация улучшения	1 неделя терапии (n, %)	Окончание лечения (n, %)
Значительное улучшение	1 (10%)	6 (60%)
Существенное улучшение	6 (60%)	2 (20%)
Незначительное улучшение	3 (30 %)	2 (20 %)

Заключение

Таким образом, кветиапин обладает широким спектром клинической активности - оказывает выраженное влияние на редукцию позитивной и негативной симптоматики и уменьшает когнитивный дефицит у больных шизофренией, благотворно воздействует на симптоматику аффективного спектра (депрессивные и тревожные расстройства), редуцирует проявления враждебности, агрессивности и импульсивности. Данный препарат демонстрирует хорошую клиническую эффективность в отношении ОКР и может быть предложен в качестве монотерапии у больных подросткового возраста с такими расстройствами. Сероквель безопасен в применении, хорошо переносится, обладает мягким профилем побочных эффектов. Все это позволяет успешно применять данный препарат для лечения психических расстройств в подростковой психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барденштейн Л. М., Якимова Т. П., Демин А. А., Скачедубов В. Ю., Курашов А. С., Можгинский Ю. Б., Посохова В. И.. Опыт применения атипичного нейролептика сероквеля для лечения первого психотического эпизода шизофрении у подростков / Точка зрения. Т. 3/№ 6/2001.
2. Козлова И. А., Масихина С. Н., Савостьянова О. Л. Опыт применения препарата 'Сероквель' (кветиапин) в лечении шизофрении детского возраста // Психиатрия и психофармакотерапия, Т. 5/№ 2/2003.
3. Catalano G, Catalano MC, Agustines RE, Dolan EM, Paperwalla KN. Pediatric quetiapine overdose: a case report and literature review. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002 Winter; 12(4): 355-61.
4. Findling RL. Use of quetiapine in children and adolescents. J Clin Psychiatry. 2002; 63 Suppl 13: 27-31
5. Hayden F. Long-term remission of schizophrenia in an adolescent treated with quetiapine. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001 Fall; 11(3): 289-93
6. Hilger E, Barnas C, Kasper S. Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder. World J Biol Psychiatry. 2003 Jan; 4(1): 42-4.
7. Juhl GA, Benitez JG, McFarland S. Acute quetiapine overdose in an eleven-year-old girl. Vet Hum Toxicol. 2002 Jun; 44(3): 163-4
8. 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.
9. McConville B, Carrero L, Sweitzer D, Potter L, Chaney R, Foster K, Sorter M, Friedman L. 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.
10. Mukaddes NM, Abali O. Quetiapine treatment of children and adolescents with Tourette's disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2003 Fall; 13(3): 295-9.
11. Shaw JA, Lewis JE, Pascal S, Sharma RK, Rodriguez RA, Guillen R, Pupo-Guillen M. A study of quetiapine: efficacy and tolerability in psychotic adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001 Winter; 11(4)
12. 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.

М. Е. Проселкова, Т. И. Кудряш

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФЕНАЗИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЦ психического здоровья РАМН, 66-й специальный санаторий МЗ РФ (Москва).

Перфеназин (этаперазин) является пиперазиновым производным фенотиазина. Его антипсихотическое действие связано с блокадой постсинаптических допаминэргических рецепторов в мезолимбических структурах головного мозга. По атарактическому эффекту он превосходит хлорпромазин в 2-13 раз [1-4, 7, 10]. При этом соотношение терапевтической активности и токсичности, т. е. терапевтическая широта, у перфеназина в 10 раз выше, чем у хлорпромазина [10]. Перфеназин уступает хлорпромазину по гипотермическому, адренолитическому действию и по способности потенцировать эффект снотворных и наркотических средств [15]. Перфеназин обладает сходной с трифлуоперазином (стелазин, трифтазином) антипсихотической активностью и способностью воздействия на галлюцинаторно-бредовые расстройства [1-6, 9, 11, 12]. Многие авторы обращают внимание на активизирующий эффект перфеназина, позволяющий применять его для лечения дефицитарных симптомов. В то же время достаточный седативный эффект перфеназина позволяет в ряде случаев купировать состояния кататонического и маниакального возбуждения, что является показанием к эффективному лечению перфеназином параноидной, кататонической и простой форм шизофрении [4-13, 16]. Следует обратить внимание на малую токсичность и незначительную экстрапирамидную активность перфеназина [4, 6, 8, 9]. Отсутствие соматических осложнений позволяет использовать данный препарат в детской практике как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях [4, 6, 8, 9, 12].

Нами проводилось лечение перфеназином 116 больных в возрасте 5-7 лет, страдающих разными

формами шизофрении. Длительность терапии составляла от 3 мес. до 1 г. Продолжительность катамнеза - 5 лет. Препарат применялся в дозах от 6 до 15 мг/с с постепенным наращиванием доз до получения оптимального клинического эффекта. Максимальные дозы достигали 30 мг в сутки. Оптимальные терапевтические дозы перфеназина находились во взаимосвязи с клиническими формами шизофренического процесса, преобладающими синдромами в клинической картине болезни, различными этапами течения болезни к моменту начала лечения.

Таблица 1.

Эффективность лечения перфеназином в зависимости от типа течения шизофрении и ведущего синдрома (А, В, С, D - типы ремиссии, по М. Я. Серейскому).

Синдром	Вялотекущая малопрогрессирующая шизофрения				Прогрессирующая шизофрения				Рано начавшаяся злокачественная шизофрения			Приступообразно-прогрессирующая шизофрения					
												Малопрогрессирующий тип			Прогрессирующий тип		
	А	В	С	Всего	А	В	С	Всего	С	Д	Всего	А	В	Всего	В	С	Всего
Кататонический	0	0	0	0	0	6	2	8	2	12	14	0	2	2	2	4	6
Раннего аутизма	0	0	0	0	2	8	2	12	2	8	10	0	0	0	0	0	0
Галлюцинаторно-параноидный	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0	2	2
(Гипо)маниакальный	0	2	0	2	2	4	0	6	0	0	0	2	4	6	2	6	8
Депрессивный	2	0	0	2	0	4	0	4	0	0	0	2	2	4	2	4	6
Психопатоподобный	0	2	2	4	0	2	2	4	0	0	0	0	2	2	0	2	2
Неврозоподобный	2	6	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого	4	10	2	16	4	26	6	36	4	20	24	4	12	16	6	18	24

Эффективность лечения перфеназином в зависимости от типа течения шизофрении и ведущего синдрома представляется в таблице четырьмя вариантами течения: вялотекущая малопрогрессирующая; прогрессирующая; рано начавшаяся злокачественно текущая шизофрения и приступообразно-прогрессирующая шизофрения с вариантом а - малопрогрессирующего типа течения и б - прогрессирующего типа течения. Были выделены ведущие синдромы: кататонический, раннего аутизма, галлюцинаторно-параноидный, маниакальный, депрессивный, психопатоподобный и неврозоподобный.

Из таблицы видно, что на дозе перфеназина до 15 мг в сутки (44 случая) терапевтический эффект наступал при малопрогрессирующих формах непрерывной и приступообразной шизофрении с преобладающими аффективными и неврозоподобными синдромами. Больные становились активнее, собраннее, уменьшались их отгороженность, апатия, редуцировались страхи, навязчивости и другие неврозоподобные расстройства. При более выраженных прогрессирующих формах шизофрении и начале лечения на более поздних этапах заболевания клиническое улучшение наступало при более высоких дозах - до 30 мг в сутки (62случая). При этом был отмечен более выраженный седативный и «собирающий» эффект, в значительной степени возрастало антипсихотическое действие препарата. Терапевтически резистентные больные с преобладанием в клинической картине возбуждения кататонического, маниакального, психопатоподобного характера нуждались в увеличении дозы перфеназина от 30 мг и выше в сутки (10случаев). В этих случаях эффект по седативности был сходен с эффектом хлорпромазина.

Действие перфеназина в различных дозировках:

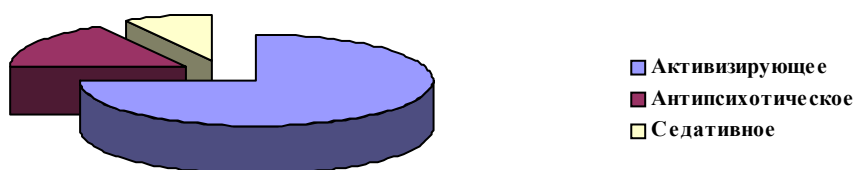


Рис. 1. Дозировка препарата до 10 мг в сутки.

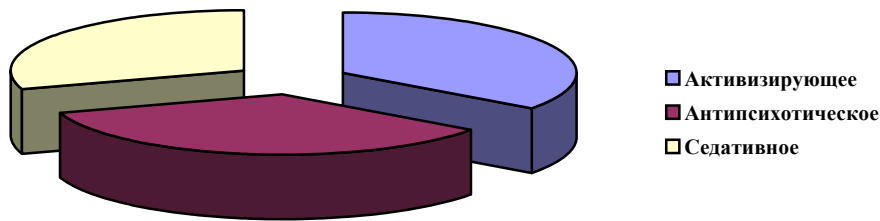


Рис. 2. Дозировка препарата до 15 мг в сутки.

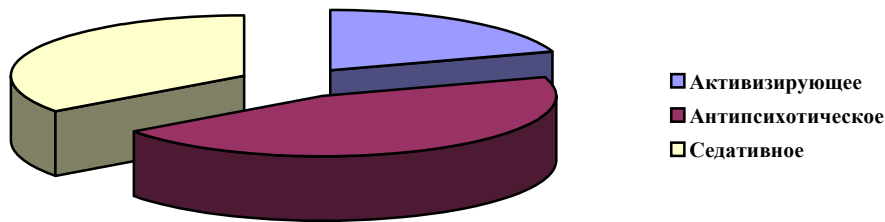


Рис. 3. Дозировка препарата до 30-40 мг в сутки.

Из рисунков видно, что с увеличением дозировки перфеназина активизирующее действие препарата уступает место антипсихотическому и седативному.

Нами было установлено, что перфеназин, в отличие от трифлуоперазина, легко переносится обследуемой возрастной группой детей и не всегда требует применения корректоров (при дозировках до 15 мг). В 34 случаях из 116 в суточных дозах, не превышающих 15 мг, корректор не применялся. В трех случаях возникли легкие экстрапирамидные расстройства, которые быстро были купированы введением корректора (циклодола). В 72 случаях проводилась превентивная коррекционная терапия циклодолом из расчета 1 мг препарата на 4-5 мг перфеназина. В 7 случаях возникла необходимость повышения дозы корректора (циклодола) вследствие выявления экстрапирамидных расстройств. Указанные клинические проявления экстрапирамидных расстройств скорее всего были связаны с индивидуальной непереносимостью препарата и наличием у больных церебрального резидуально-органического фона. Необратимых неврологических осложнений не было отмечено. В 6 случаях были отмечены соматические расстройства в виде гипотензивного эффекта, в 10 случаях - кожные аллергические проявления, в 8 случаях эозинофилия. Эти осложнения не имели тяжелого характера и были быстро купированы при снижении дозы перфеназина или отмены его.

При лечении учитывались особенности детского организма, а именно повышенная чувствительность детей дошкольного возраста к медикаментозному лечению вследствие недостаточности коркового контроля над вегетативными функциями, что усиливает судорожную готовность, лабильность водно-солевого и кальциевого обмена, наклонность к диатезам. Поэтому лечение перфеназином проводилось на фоне общеукрепляющей терапии, дегидратационной терапии, при необходимости подключались другие нейролептики, антидепрессанты, мягкие ноотропы, нейропептиды, стабилизирующая терапия. Особое значение придавалось введению в систему лечения препаратов, охраняющих паренхиму печени, - это метионин, лив-52.

Таким образом, перфеназин вследствие незначительной токсичности легко переносится больными обследуемой возрастной группы; психофармакологическая активность его зависит от дозы препарата - от стимулирующего эффекта до выраженного антипсихотического и седативного. Перфеназин можно широко рекомендовать для лечения и длительной поддерживающей терапии разных форм шизофрении, раннего детского аутизма - как в условиях стационара, так и при амбулаторном лечении детей дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Гурович И. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний. - М., 1975. - С. 47.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А.. Лечение психически больных. - М., 1988. - С. 26, 30, 50.
3. Галенко Е. Е, Кузнецов О. Н. // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1963. - № 1. - С. 80-86.
4. Кузнецов О. Н. // Вопросы психофармакологии. - М., 1962. - С. 148.

5. Кузнецов О. Н. // Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии. - М., 1980. - С. 76-84.
6. Любимов Б. Н. // Фармакология и токсикология. - 1961. - № 2. - С. 136.
7. Проселкова М. Е., Ужанов Н. В. // Ж. невропатол. и психиатр. - 1991. - Т. 91. - С. 120-122.
8. Темнов И. В. Киров К. Клиническая психофармакология. - М., 1971. - С. 19.
9. Машковский М. Д. Лекарственные средства. - М., 1986, т. 1. - С. 49.
10. Че-Си-Пин // Фармакология и токсикология. - 1961. - № 2. - С. 140.
11. Durbing H. E. // Dis. nerv. Syst. - 1958, Vol. 9. - P. 428.
12. Deley J. Deniker P. Methods chemiotherapeutiques en psychiatrie. - Paris, 1963. - P. 14.
13. Trumen E., Gross H. // Wien. Klin. Wschr. - 1959, Bd 71. - P. 808.
14. Hackstein E. G. // Nervenartz.- 1959, Bd. 30. - P. 246.
15. Урсова Л. Г. Психиатрия. - М., 1989. - С. 266.
16. Малин Д. И., Козырев В. В., Равилов Р. С. // Психиатрия и психофармакология. - 2001. - № 6. - С. 199-201.

Е. В. Хаяйнен

ЛИЧНОСТНАЯ РЕФЛЕКСИЯ КАК ПУТЬ ВОСПИТАНИЯ ВЗРОСЛОСТИ

Кафедра возрастной психологии МГУ (Москва).

Как часто мы можем слышать слова непонимания или противопоставления взрослых и подростков, как нередко это бывает основой длительных конфликтов между растущей личностью и взрослым. И каждый раз возникает один и тот же вопрос: есть ли какое-то удивительное «средство», позволяющее понять этим двум возрастам друг друга? Этот же вопрос можно увидеть в следующем ракурсе: как воспитывать подростка, чтобы ему и вам жилось легче (без баталий и последствий «военных» действий)? И этот ответ, оказалось, лежит не где-то вокруг нас, а в нас самих. Последние психологические исследования многих зарубежных авторов указывают на то, что сохранять и восстанавливать психическое здоровье подрастающего поколения можно через обучение способности к личностной рефлексии.

Так, исследования J. Noyer & A. Klein [9] показывают прямую квадратичную зависимость психического здоровья от развития способности личностной рефлексии. В исследованиях K. Thorpe & J. Barsky [10] указывается на эффективность такого развивающего обучения медсестер, которые, в свою очередь, не только эффективно помогают выздоровлению пациентов, но также обладают способностью к самопомощи в сложных профессиональных и личностных проблемах. В научных кругах эта проблема рассматривается очень часто в контексте подготовки будущих педагогов и других специалистов, которым по роду своей деятельности необходимо общаться с разными людьми [11, 12, 13]. Термином «личностная рефлексия» обозначается средство переосмысления субъектом содержания своего самосознания в проблемной ситуации. Это средство дает возможность более целостной реконструкции своих представлений о себе.

Личностная рефлексия, как и любая другая человеческая способность, проходит ряд формирующих стадий. Условиями развития этой способности являются:

- диалог, являющийся разговором равных субъектов;
- активное участие со стороны индивидуума;
- необычность или озадачивающая ситуация для человека;
- необходимость вовлечения для исследования ответов или верований других людей;
- открытость своих переживаний и мыслей перед другими людьми;
- наличие сознательного понимания, иначе говоря, возможности работать над интерпретацией контекстов;
- баланс между проблематичностью ситуации и поддержкой личности, а для этого требуется эффективная обратная связь;
- преднамеренный выбор самим человеком и его автономность в этом выборе;
- осознание своих переживаний о телесной, чувственной, интеллектуальной и духовной сущностях.

Важно, чтобы воспитательный процесс подростков содержал все компоненты развивающей ситуации личностной рефлексии. Следовательно, в педагогическом плане, главное - это создание условий для осознания ребенком себя как «нового открытия», как активного, преобразующего (в широком смысле) начала, как строителя мира, реализующего в процессе этого строительства свою личность и свои отдельные способности, знания и умения.

Рассмотрим наиболее важные стороны такого пути взросления. На наш взгляд, именно диалог является весомым компонентом ситуации присвоения этой способности. С одной стороны, диалог - это разговор равных субъектов, когда признается значимость каждого участника. Мы видим феномен говорящего сознания только в диалоге, о чем писал М. М. Бахтин, - «внутренне убедительное слово - полу-

свое, получужое [1, с. 158], и оно имеет диалогическое взаимное освещение. Он отмечал, что «творческая продуктивность заключается именно в том, что она пробуждает самостоятельную мысль и самостоятельное новое слово, что она изнутри организует массы наших слов, а не остается в обособленном и неподвижном состоянии [1, с. 158]». Можно сделать вывод о том, что диалог - именно та форма, в которой идет переход из интерпсихической деятельности (социальные отношения) во внутренний план, интрапсихическую деятельность. Одно говорящее сознание дает возможность принять способы «говорения» другому говорящему сознанию именно в диалоге. Значимость диалога заключается в предоставленной возможности личного выбора каждым участником. Сам момент соприкосновения двух говорящих сознаний создает возможность расширения диапазона внутреннего диалога личности.

С другой стороны, одно диалогичное «Я», вступая в диалог с другим диалогичным «Я», позволяет встретиться и обменяться двум персональным (индивидуальным) сущностям. Если содержательной стороной диалога будут выступать вопросы самопонимания и самосознания, а также будет происходить обсуждение: как я это делаю, то диалог становится еще и сущностной формой. В диалоге двух личностей происходит момент столкновения двух представлений о значимости существования человека и особенностей понимания себя. Вот это столкновение и есть точка отсчета активизации личностной рефлексии. Именно в такие моменты происходит реконструкция своего представления о телесной, чувственной, интеллектуальной и духовной сущностях. Строится их новая единая целостность.

Особо подчеркнем, что диалогичное «Я» не сможет присвоить способность самосознания к личностной рефлексии, если этого опыта нет у его собеседника. Вот здесь, в этом месте мы должны себе поставить восклицательный знак – и вспомнить начало наших рассуждений: именно в нас самих и лежит ответ на вопрос: Как развивать подростка, как его воспитывать? Взрослый сам должен обладать опытом личностной рефлексии для того, чтобы воспитанник мог присвоить этот опыт.

Наш взгляд на проблему был реализован в разработке экзистенциального тренинга по развитию личностной рефлексии.

Программа тренинга «Как встретиться с самим собой?» ориентирована на решение проблемы поиска идентичности подростками, развития личностной рефлексии, развитие процесса самопознания, как процесса понимания собственной экзистенции. Тренинг позволяет подростку прийти к пониманию: что означает жить и действовать с чувством внутреннего согласия и как это чувство можно создавать в себе.

Структурно программа тренинга делится на пять последовательных блоков:

1. Приобретение навыков рефлексивной фиксации своих каналов восприятия.
2. Освоение механизмов понимания своих телесных переживаний.
3. Создание условий для проживания и понимания своих эмоций, а также особенностей реагирования.
4. Приобретение навыков понимания другого и его принятия.
5. Осознание своей позиции «Я в мире».

В своем подходе мы следовали модели А. Лэнгле [5] о четырех фундаментальных экзистенциальных мотивациях человека. Поэтому первый и второй блоки содержательно относятся к прояснению (актуализации) первой фундаментальной экзистенциальной мотивации (мочь быть), по А. Лэнгле [5], соответственно, третий блок – ко второй фундаментальной экзистенциальной мотивации (нравится жить), четвертый блок – к третьей фундаментальной экзистенциальной мотивации (иметь право быть собой), а пятый блок – к последней, четвертой мотивации (долженствовать действовать).

По продолжительности весь тренинг составляет суммарно 36–40 академических часов. Поэтому данная программа может быть использована психологами для работы с подростками во внеурочное время, как внеклассное мероприятие продолжительностью почти в четверть либо как целостная программа выездного лагеря.

Для подтверждения эффективности предложенной формы развития (совершенствования) и присвоения личностной рефлексии нами были проведены группы тренинга с подростками и констатирующие серии диагностик, которые позволили увидеть ее динамику.

Мы рассматривали процесс более целостной реконструкции представлений о себе на всех четырех уровнях бытия человека: на физическом, чувственном (эмоциональном), познавательном, духовном (ценностном) уровне. Сложность заключалась в том, что диагностики на определение личностной рефлексии пока не создано. Рассматривая каждую составляющую интегративного «Я», мы должны были увидеть целостное представление человека о себе, и как оно изменилось.

Нами были диагностированы 54 подростка на принятие своего телесного переживания с помощью диагностики Тома Йоуменса «Кто Я?» [4], а также дискурс-анализа видеозаписи. Было выявлено, что 78,4% участников тренинга расширили свое представление о переживаниях своего тела.

Эмоциональный уровень представлений диагностировался тестом СПА (методика определения характеристик социальной адаптации, А. К. Осницкий, 1998), диагностикой механизмов и функций регуляции переживаний в подростковом возрасте (Р. А. Туревская, 1991), и проективной методикой «Вос-

приятие себя и окружения» (М. Н. Утицина 2001). Увеличение этого показателя в своих представлениях показали 86,8% участников.

Уровень интеллектуальной рефлексии диагностировался методом содержательно-смыслового анализа конкретной ситуации решения учащимися задач на соображение (модифицированный, Г. И. Катрич, 1994). Вторая констатирующая серия показала развитие этого средства у 94,5% участников.

Динамика развития и реконструкций личностных ценностей была диагностирована методикой ценностных ориентаций (модифицированная, Д. А. Леонтьев, 1990). Развитие соотносительности терминальных и инструментальных ценностей наблюдалась у 82% испытуемых.

Общая составляющая показателя интеграции своего «Я» была диагностирована методикой исследования самоотношения - МИС (С. Р. Пантеев, 1993) и контент-анализом высказываний человека о себе в ходе проведения тренинга. Динамический процесс установления среднего показателя по каждому из факторов наблюдался у 87,3% участников. Изучение данного феномена показало положительную динамику (в среднем для всей группы - за 80%) у участников тренинговых групп, что подчеркивает эффективность использования выше перечисленных условий для присвоения человеком способности личностной рефлексии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин М. М. Проблемы литературы и эстетики. - М. 1975.
2. Катрич Г. И. Метод содержательно-смыслового анализа конкретной ситуации решения учащимися задач на соображение. Дисс. канд. психол. - М., 1994.
3. Йоуменс Том. Упражнение «Кто Я?». <<http://psylib.kiev.ua>>
4. Леонтьев Д. А. Методика ценностных ориентаций. - М., 1990.
6. Лэнгле А. Психотерапия – научный метод или духовная практика? О соотношении между имманентным и трансцендентным на примере экзистенциального анализа // Московский психотерапевтический журнал. – 2003, № 2. - С. 7–35.
7. Осницкий А. К. Методика определения характеристик социальной адаптации. – 1998.
8. Пантеев С. Р. Методика исследования самоотношения. - 1993.
9. Туревская Р. А. Диагностика механизмов и функций регуляции переживаний в подростковом возрасте. Дисс. канд. психол., 1991.
10. Hoyer J. & Klein A Self-reflection and well-being: is there a healthy amount of introspection? // Psychological Report. – 2000, V. 86, Issue 1. - P. 135.
11. Thorpe K. & Barsky J. Healing through self-reflection // Journal of Advanced Nursing. – 2001, V. 35. - P. 760–771.
12. Jennings C. & Kennedy E. The Reflective Professional in Education: psychological perspective on changing contexts. // Cambridge Journal of Education. – 1997, V. 27. - P. 132.
13. Shaw J. P. A model for reflective processing using narrative symbol: Time and space coordinates in adult reflection. Harvard University. – 2002.
14. Ekebergh M. Acquiring caring science knowledge: the importance of reflection for learning. Finland, ABO Academia. – 2002.

С. С. Носов, Л. П. Копылова

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ СТАРШЕКЛАССНИЦ И СКЛОННОСТЬ К ДЕПРЕССИИ

Московский государственный открытый педагогический университет им. М. А. Шолохова;
средняя школа № 15 (г. Электросталь).

Проблема взаимосвязи основных характеристик полового самосознания - полоролевых качеств (маскулинности/фемининности) с особенностями психологического здоровья личности несет в себе актуальность для современных исследований клинической психологии, стимулирует научные споры, является почвой для новых исследований. Исследования в клинической психологии показывают, что нарушение половой идентичности является тонким индикатором нарушений как психологического здоровья, так и социальной адаптации [3].

Специфика эмоциональных расстройств, по мнению различных авторов, имеет корреляции с биологическим полом индивидуума. По данным Е. П. Ильина (2002), частота нервно-психических расстройств у женщин выше, чем у мужчин, что объясняется ролевой перегрузкой женщин. У женщин чаще отмечаются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, у мужчин же – психопатические расстройства и алкогольные психозы. К. Vredenberg (1986), объясняет это тем, что мужчины просто реже обращаются за врачебной помощью и борются с депрессией с помощью подручных средств – алкоголя и наркотиков [13]. По сведениям А. Angold (1991), девушки в 2 раза чаще обнаружи-

вают депрессивные расстройства, что согласуется с данными И. В. Грошева [1], считающего, что эмоция печали переживается девушками чаще, чем юношами. Существует определенная специфика протекания депрессии соответственно возрастным особенностям. Так, у мальчиков-подростков и юношей депрессия сопровождается «срывами», а у девочек и девушек – анорексией и булимией [5]. Таким образом, частота депрессивных расстройств зависит от принадлежности индивидуума к биологическому полу и чаще выявляется у женщин.

Проблематику эмоциональных нарушений исследователи рассматривают также в связи с особенностями психологического пола (спецификой полового самосознания). В настоящее время существуют различные модели половой идентичности, объясняющие вклад этой структуры в психическое здоровье. Ранние исследователи психологии пола отдавали предпочтения биполярной модели маскулинности/фемининности, в соответствии с которой выраженность маскулинных черт для мужчины и фемининных для женщины отражает наибольшую психологическую адаптированность [14].

В 80-х годах был сделан вывод о том, что существует сильная положительная связь между маскулинными качествами и психическим здоровьем [8, 12]. По мнению R. E. Ingram (1988) высокофемининные индивидуумы отличаются большей чувствительностью к негативным эмоциональным переживаниям и депрессивным состояниям, а как высокая маскулинность предупреждает фиксированность на негативных эмоциональных состояниях [9]. В работе С. А. О'Херон, J. L. Orlofsky (1990) низкомаскулинные мужчины и женщины обнаружили склонность к депрессии, тревожность и социальную дизадаптированность [10]. Как показывает М. Р. Санфилипо (1994), больший уровень маскулинности обычно у юношей и девушек сочетается с меньшей склонностью к депрессии, по сравнению с фемининностью, выраженность которой независимо от пола сочетается с различными по степени тяжести депрессивными состояниями [11]. По результатам исследования J. Aube, и др. (1995) - маскулинные черты связаны с удовлетворенностью жизнью и позитивным настроением как для мужчин, так и для женщин [7].

В начале 70-х годов биполярная модель была пересмотрена в концепции андрогинии S. Bem. Было предположено, что мужчины и женщины не обязательно должны соответствовать традиционным моделям, а могут сочетать в своем поведении маскулинные и фемининные характеристики. Индивид, обладающий андрогинными качествами более гибок в пределах полоролевого поведения, чем те, кто является носителем только маскулинности или фемининности [3].

Таким образом, кроме биологических детерминант пола, выделяются психологические особенности полового самосознания (маскулинные, фемининные, андрогинные качества), не одинаково влияющие на эмоциональные нарушения.

Исходя из всего вышесказанного, мы предположили, что склонность девушек к депрессии связана не только с биологическими характеристиками пола, но и с особенностями полового самосознания.

Предметом настоящего исследования выступила основная составляющая полового самосознания - полоролевая идентичность девушек, влияющая на особенности психологического здоровья. Объект исследования составили 52 испытуемых женского пола (средний возраст 16,5 лет), учениц 11-х классов общеобразовательной школы № 15 г. Электросталь.

Методы

«МиФ» (маскулинность и фемининность) - модифицированная методика позволяет установить индивидуальную степень выраженности маскулинности/фемининности (М/Ф), андрогинности, определить субъективное отношение личности к своему уровню развития этих черт, выявить представления о полоролевых стереотипах, паттернах полоролевого поведения и сексуальных предпочтениях (S. Bem, 1974; Т. Л. Бессонова, 1994; Н. В. Дворянчиков, А. В. Герасимов, А. А. Ткаченко, 1997).

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова, позволяет выявить индивидуальную степень выраженности депрессивного состояния (В. А. Жмуров, 1994).

Результаты

Все испытуемые были обследованы методикой «МиФ», по результатам которой составились 3 группы девушек, различавшихся по доминированию в структуре полоролевой идентичности маскулинных, фемининных, андрогинных качеств. Все группы («андрогинная» – 21 человек, «маскулинная» – 10 человек, «фемининная» – 21 человек) сравнивались между собой по средним показателям маскулинных/фемининных качеств с помощью t-критерия Стьюдента (см. табл. 1). Выяснилось, что девушки «фемининной» подгруппы обнаруживают фемининный тип полоролевой идентичности (высокие показатели по фемининным качествам и низкие по маскулинным). Девушки «маскулинной» подгруппы – маскулинный тип полоролевой идентичности («Я-реальное» с высокими показателями по маскулинности и низкими по фемининности), «андрогинная» же группа интегрирует высокие показатели по маскулинной составляющей (различие по фемининности с «маскулинной» группой - $p < 0.001$) и высокие показатели по фемининности (различие по маскулинности с «фемининной» группой - $p < 0.001$). Таким образом, деление выборки на «андрогинную», «маскулинную» и «фемининную» подгруппы можно считать правомерным.

Таблица 1.

Результаты сопоставления группы девушек с андрогинным типом полоролевой идентичности с другими группами

М/Ф	маскулинная группа		фемининная группа	
	показатель t	показатель p	показатель t	показатель p
М	0, 52	нет различий	6, 49	0, 001
Ф	8	0, 001	2	нет различий

Примечание: М/Ф – маскулинность/фемининность; t – критическое значение показателя Стьюдента; p – вероятность допустимой ошибки.

Все группы были обследованы с помощью методики В. А. Жмурова. Выяснилось, что группа с фемининным типом полоролевой идентичности не обнаруживает признаков депрессии, группа с андрогинным типом полоролевой идентичности показывает минимальную степень выраженности депрессии, группа маскулинного типа выявляет легкую депрессивность. Средние показатели по группам сравнивались между собой (t-критерий Стьюдента). Различия по средним показателям можно считать достоверными: сравнение по средним значениям выраженности депрессии между «андрогинной» и «фемининной» группой с $p < 0.001$, «фемининной» и «маскулинной» с $p < 0.001$, «андрогинной» и «маскулинной» с $p < 0.01$.

Таким образом, по полученным результатам можно заключить, что нарастание депрессивности у девушек-старшеклассниц идет с увеличением маскулинных качеств в структуре полового самосознания. Все полученные в ходе исследования результаты требуют обсуждения, обобщения и сопоставления в свете целей и задач исследования, выдвинутых гипотез.

Выводы

Выдвигавшееся предположение о том, что склонность девушек к депрессии связана не только с биологическими характеристиками пола, но и с особенностями полового самосознания подтвердилась. Более подверженными к депрессии оказались старшеклассницы с маскулинным типом полоролевой идентичности; кроме того, нарастание депрессивности идет с увеличением маскулинных качеств (от фемининности, через андрогинность к маскулинности). Полученные данные не согласуются с устоявшимися взглядами зарубежных исследователей [8, 9, 11, 12], считавшими высокую маскулинность залогом психического здоровья как у мужчин, так и у женщин. При этом результаты скорее соотносятся с ранними исследованиями психологии пола в рамках биполярной модели маскулинности/фемининности, в соответствие с которой выраженность маскулинных черт для мужчины и фемининных для женщин - отражает наибольшую психологическую адаптированность [14].

Обсуждая полученные данные, следует также учитывать актуальную ситуацию старшеклассниц, которая определяется средовыми (социальными) требованиями к положению учащейся выпускного класса. Специфика указанной ситуации требует от учащейся проявления самостоятельности в выборе дальнейшего жизненного и профессионального пути, повышенной самостоятельности, активности, решительности, уверенности и настойчивости (т. е. маскулинных качеств). Девушки-старшеклассницы вынуждены соответствовать предъявляемым им социальным требованиям, и наращивают маскулинные качества, пытаясь обрести социально желаемый образец успешного поведения. Полностью не оформившиеся паттерны полоролевого поведения в социуме и сигналы, исходящие из психофизиологических особенностей пола, создают у старшеклассниц чувство эмоционального дискомфорта, проявляющегося в повышенной склонности к депрессивным проявлениям.

Противоречивость и дискуссионность получаемых результатов исследований увеличивают актуальность данной проблемы и требуют развития новых идей, посвященных вопросам психологии пола в процессах психической адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грошев И. В. Психология половых различий. – Тамбов: ТГУ им. Г. Р. Державина, 2001. - С. 488.
2. Дворянчиков Н. В. , Герасимов А. В. , Ткаченко А. А. Психологические особенности лиц с парafilиями / Аномальное сексуальное поведение. Под ред. А. А. Ткаченко. - М.: РИО ГНЦ СиСП им. В. П. Сербского, 1997. - 426 с.
3. Ениколопов С. Н. , Дворянчиков Н. В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии // Психологический журнал, 2001, т. 22, № 3. - С. 100-115.
4. Жмуров В. А. Патопсихология. – Иркутск, 1994.
5. Ильин В. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. –СПб.: Питер, 2002. - С. 112-113.
6. Angold A. The effects of age on depression ratings in children and adolescents // J. of American Academy of Childs and Adolescent Psychiatry, 1991, v. 30. - P. 67-74.
7. Aube J. , Norcliffe H. , Craig J. , Koestner R. Gender characteristics and adjusment-related autcomes:

questioning masculinity model // Pers. Soc. Psychology. Bull. 1995. V. 21. - P. 285-295.

8. Basoff E. S. , Glass G. V. The relationship between sex-roles and mental health: A meta-analysis of twenty-six studies // Counselling Psychologist. 1982. V. 10. - P. 105-112.

9. Ingram R. E. , Cruet D. , Johnson B. R. , Wisnicki K. S. Self - focused attention, gender, gender role, and vulnerability to negative affect // J. Pers. Soc. Psychol. 1988. V. 55. - P. 967-978.

10. O'Heron C. A. , Orlofsky J. L. Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations, gender identity, and psychological adjustment // J. Pers. Soc. Psychol. 1990. V. 58. - P. 134-143.

11. Sanfilippo M. P. Masculinity, femininity and subjective experiences of depression // J. Clin. Psychol. 1994. V. 50. - P. 144-157.

12. Tabor M. S. , Hall J. A. Psychological androgyny: Theories, methods and conclusions // Psychol. Bull. 1982. V. 92. - P. 347-366.

13. Vredenberg K. , Krames L. , Flett G. L. Sex differences in the clinical expression of depression // Sex Roles, 1986, v. 14. - P. 37-49.

14. Whitley B. Sex-role orientation and psychological well-being. Two meta-analyses // Sex-roles, 1984. V. 12. - P. 207-220.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА**Г. Н. Пачеко-Рейнага****ЧУЖИХ ДЕТЕЙ НЕ БЫВАЕТ****Центр социальной помощи семье и детям «Восточное Дегунино» (Москва).**

С первых минут жизни ребенок осознает то, что происходит вокруг. И это начало становления личности, в которой участвуют две стороны - ребенок и взрослый. Насколько взрослые готовы к этому процессу, настолько увереннее ребенок пройдет становление и взросление. Самыми важными компонентами в воспитании любого ребенка всех стран и народов являются **защита и общение**. **Защита** - это создание условий, необходимых для нормального развития и жизнедеятельности. Это желание родителей идти на большие жертвы ради своего чада и без усталости заботиться о его благополучии. **Общение** включает в себя огромный пласт деятельности: вербальное, тактильное, визуальное общение, окрашенное эмоциональной радугой. Как утверждают педиатры и психологи, с первых минут общения после рождения матери и ребенку необходимы не сон и не еда, а возможность нежно прижаться друг к другу, ощутить радость прикосновения, посмотреть друг другу в глаза и услышать родной голос. С момента рождения ребенка родители ощущают естественную потребность брать ребенка на руки, обнимать его, ласкать, прижимать к себе. Благодаря этому у младенца развивается привязанность к родителям, возникают узы, объединяющие родителей и детей, формируют навыки эмоционального общения. Если их привязанность друг к другу достаточно крепка, ребенку впоследствии будет легче ладить с окружающими по сравнению с теми детьми, у которых отсутствовала подобная близость.

По словам некоторых врачей, сегодня становится все больше детей, которые не плачут и не улыбаются, так называемые «молчаливые дети». Причина этому кроется в том, что детям недостает общения с родителями. Существует мнение, что, если потребность ребенка в общении постоянно игнорировать, в конце концов он замкнется в себе, и если не использовать возрастную восприимчивость ребенка в этот период, то участок мозга, ответственный за умение сопереживать, может не развиваться. В случаях, когда об эмоциональных потребностях ребенка никто не заботится, его способность к гармоничному восприятию мира может быть безвозвратно утрачена. Желая наглядно показать, к каким серьезным последствиям приводит недостаток эмоционального общения, известный детский психиатр Брюс Пери сказал: «...если бы меня спросили, что было бы страшнее для шестимесячного ребенка: сломать ему все кости или в течение двух месяцев игнорировать его эмоциональные потребности, я бы сказал, что первое было бы для него более гуманным, потому что кости могут срастись, но вот если ребенка на два месяца лишит важнейшей стимуляции мозга, это навсегда нарушит его мозговые функции». Как показывают исследования, положительная эмоциональная среда крайне необходима для полноценного развития ребенка.

Ни для кого не секрет, что в современном обществе многие родители, вынужденные работать по тем или иным причинам, передоверяют воспитание своих детей родственникам или - еще хуже - неквалифицированным няням, что также наносит вред эмоциональному развитию ребенка. Поэтому обоим родителям необходимо со всей серьезностью подойти к решению этого вопроса. Нужно внимательно рассматривать все возможные варианты, так как в этот период закладывается основа коммуникативных способностей личности ребенка, что в дальнейшем определяет его успешность. Нужно четко понять, что никакие даже самые лучшие программы, направленные на воспитание детей, не могут восполнить ребенку время, которое ему необходимо провести с родителями.

Проблемы, которые наполнили наше общество сегодня, во многом мешают родителям в полной мере реализовать стоящие перед ними обязательства. И, как мы сейчас понимаем, это отражается на ребенке - сначала дома, потом в детском саду, ну а потом хронический процесс переходит вместе с ребенком в школу. Неумение общаться и правильно излагать свои мысли приводит к трудностям в обучении, плохому самочувствию и нарушению поведения. Ребенок плохо читает, пишет, устно отвечает, не выполняет домашние задания. Это вызывает тревожность, что ухудшает самочувствие, появляется психическая утомляемость. В конечном счете, все это приводит к социальной дизадаптации и появлению девиантных форм поведения.

В этот момент взрослые пытаются определить причины:

- Педагогическая запущенность?

¹³ С этого выпуска Редколлегия начинает новый раздел, который будет посвящаться тем или иным специальным проблемам психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения.

- Плохие взаимоотношения с одноклассниками, учителями, родителями?
- Плохая память, воображение, мышление, восприятие, ощущение?
- Психофизиологические особенности?
- Личностные особенности?

Формирование личности ребенка, его взглядов, системы ценностей напрямую связано с родителями. Ребенку необходимы любовь в сочетании со строгостью, понимание - с требованиями дисциплины, предоставление свободы действий - с контролем. Важно наладить хорошие, доверительные взаимоотношения в системе «родитель–ребенок». Для ребенка младшего возраста родитель - и царь и бог, все знающий, все умеющий. И вот этот ребенок становится подростком. Он уже многое умеет сам, многое знает, в какой-то мере уже самодостаточен, но по-прежнему в большой степени нуждается в родительском участии, только уже по-другому. Это не легко, не каждый родитель во время осознает, что настало время менять стиль, манеру и тактику общения с подрастающим ребенком, что это скорее партнерство, при котором младший партнер обладает меньшим опытом, но испытывает огромную тягу к самоопределению, поиску себя.

Там, где родители подозрительно настроены по отношению к подростку, живут в ожидании проблем, неприятностей, они их получают. К родительской подозрительности и недоверию отношение у подростка одно: раз уже подозревают и не ждут ничего хорошего, не верят - зачем стараться? Родители, принявшие за аксиому, что все дети в подростковом возрасте проблемные, рискуют не заметить предупреждающих сигналов о надвигающихся действительно серьезных проблемах, когда нужно немедленно вмешаться. Если родители опускают руки в этот период, то подросток делает вывод, что родителям нет времени для него, что он им безразличен, и именно тогда он обращается к толпе сверстников за советами и рекомендациями или же сам, набивая шишки, предпринимает рискованные попытки найти себя, определить степень своих возможностей и способностей.

Родители, которые отказываются понимать и принимать во внимание факт, что их ребенок взрослеет, и продолжают строить свои отношения с ним по прежней схеме, тоже напрашиваются на проблемы. Подросток-то уже не ждет, чтобы за него решалось все. Он активно этого не хочет, он требует свободы во многих своих действиях, в принятии своих решений, будь то выбор друзей, стиля одежды и прически, музыки, способа и времени проведения досуга, выполнение школьных заданий и т. д. Эксперты постоянно подчеркивают, что в этот период необходимо перестроиться самим родителям. Многочисленные исследования показывают, что в этом возрасте не ребенок отходит, отстраняется от родителей, как принято считать, а скорее родители отстраняются и как бы отталкивают ребенка от себя, не сумев осознать, что этот появившийся в доме «ерш» и есть их еще вчера такой ласковый, нежный, послушный ребенок, который уже сегодня почему-то не хочет жить по старым правилам. Значит, правила надо менять. И эти правила не так сложны и невыполнимы, как кажется. Прежде всего:

1. Эмоциональная поддержка во всех начинаниях и интересах своего ребенка с элементами участия и коррекции.
2. Поиск новых решений в преодолении разногласий и конфликтных ситуаций. Криком и запретами трудно добиться компромиссных решений.
3. Позитивные мысли, намерения и поведение в любых ситуациях.
4. Изменение внутрисемейных отношений между мамой и папой, родителями и старшим поколением, родителями и детьми.
5. Развитие семейных традиций, воспитание уважения к родителям, преемственность поколений, воспитание патриотизма.
6. Понимание поведения ребенка в связи с его личностными особенностями. Нет понятия «неспособный ребенок», есть понятие - каждому свое и в свое время. Каждого человека можно сравнить с яблоней, ее плоды созревают в свое время. И мы должны помнить об этом, воспитывая и обучая своих детей. Один человек лирик, другой – физик, один – тигр, другой – мышонок. Но каждый из них несет свое предназначение в этом мире. Никемных людей не бывает. Бывают только избыточно высокие требования, предъявляемые человеку, которые непосильной ношей ложатся на его плечи. Как сказал один мудрец: «Каждый человек – это уникальный эксперимент природы, который никогда не повторится».

Гармоничная личность воспитывается в любви и красоте, и это не ограничивается только семьей. Ведь наши дети принадлежат той социальной среде, в которой они живут, учатся, общаются и начинают работать. Внимание, понимание, желание быть самым лучшим – вот путеводная звезда для каждого взрослого по отношению к нашим детям.

В Центре социальной помощи семье и детям «Восточное Дегунино», мы реализуем данные принципы, а именно: помощь детям и семьям, это:

- укрепление семьи, как социального института; улучшение социально-экономических условий семьи;

- создание благоприятных психолого-социальных и социально-педагогических условий для семейного воспитания и внутрисемейных отношений;
- формирование здорового образа жизни и развития личности с учетом национально-культурных традиций России;
- формирование новой социокультурной среды общения детей и взрослых, воспитывающих активные гуманистические нормы личной и коллективной жизни;
- профилактика безнадзорности и противоправных действий детей, подростков и семей «группы риска»;
- благотворительная деятельность с привлечением благотворительных фондов, организаций и частных предпринимателей;
- разработка новых программ для улучшения практической работы Центра во взаимодействии со школами, комиссиями по делам несовершеннолетних и правоохранительными органами.

В нашем Центре совместная деятельность родителей и детей реализуется в таких программах, как:

1. Семейный клуб для детей с ограниченными возможностями, где решается проблема социальной адаптации детей и их родителей, которые, в большинстве случаев, остаются со своим горем один на один.
2. В подростковом клубе «Надежда» восстанавливаются взаимоотношения между подростками, родителями и их социальным окружением путем включения их в совместные культурные мероприятия, семейную психотерапию и активную профилактику правонарушений и безнадзорности.
3. Проведение большого количества праздников и конкурсов помогает реализовать творческий потенциал и развить скрытые таланты не только детей, но и взрослых, что повышает авторитет родителей в глазах ребенка.
4. В рамках туристско-краеведческой программы работает туристический кружок, где дети и их родители участвуют в походах, слетах, учатся верховой езде, посещают бассейн, что позволяет лучше познать друг друга, научиться новому, поделиться опытом и найти общие интересы.
5. Проводятся учебные семинары для родителей и детей по вопросам:
 - ранней профилактики наркомании;
 - возрастных особенностей детей и подростков;
 - социально-психологического взаимодействия между родителями и детьми, между подростками;
 - профессиональной ориентации;
 - познавательных-культурных семинары.

Сотрудники Центра стараются реализовать ту направленность в работе, которая помогает родителям преодолеть проблемы в общении с собственными детьми; передать им эмпирический опыт в совместной деятельности, необходимый для становления здоровой личности, полезной для общества. И это очень здорово, когда ты знаешь, как можно хоть чуть-чуть дать людям любви и счастья, надежды и веры в то, что любые трудности преодолимы, если их решать вместе.

Т. М. Барсукова

МИР СЕМЬИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ¹⁴

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Отрадное» (Москва).

Главной причиной детской беспризорности и безнадзорности остается глубокий кризис семьи, продолжающийся рост числа родителей, не исполняющих должным образом своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей. Анализ причин социального сиротства, проведенный в округе, показывает, что основной причиной, приводящей к этому, является передача из поколения в поколение негативного социального опыта проживания в семье, т. е. дети, проживающие в таких семьях, не имеют возможности полноценно освоить социальную роль члена семьи. То же самое касается выпускников государственных интернатных учреждений, которые, заводя семьи, порождают себе подобных. Важно, чтобы и ребенок, и его семья заняли активную жизненную позицию, а не стали иждивенцами. В связи с этим возникла острая необходимость в модернизации системы оказания помощи детям, находящимся в социально опасной ситуации. Основная задача на сегодняшний день – помощь не только самому ребенку, а ребенку в его социальном окружении. Нельзя говорить о «карательных мерах» по отношению к семьям, имеющим беспризорных и безнадзорных детей. Мы должны говорить прежде всего о том, кто и как может помочь таким семьям и как сделать так, чтобы эти дети не порождали себе подобных.

В Северо-восточном административном округе столицы с 1997 г. в районе «Отрадное» работает социальный приют, который сейчас имеет статус социально-реабилитационного центра (СРЦ): в СРЦ были от-

¹⁴ Выступление на 2-й конференции «Гражданское общество – детям России».

работаны такие технологии, которые на сегодняшний день имеют огромный потенциал для комплексного решения проблем семей с детьми. Важно, что СРЦ находится все время в поиске новых технологий и программ работы, это действительно научно-практическое экспериментальное учреждение, которое, апробируя у себя, передает опыт другим. Наши специалисты осуществляют анализ своей деятельности для нахождения оптимальных вариантов решения проблем и поиска эффективных форм деятельности.

На основании проведенного анализа существующих за рубежом и в России систем оказания помощи семьям, оказавшимся в социально опасном положении, были найдены наиболее прогрессивные формы работы. Ярким примером этого является выездная мобильная бригада, которая выезжает на дом для решения проблем семьи. Состав мобильной бригады может меняться в зависимости от проблемы, но обычный ее состав – психолог, специалист по социальной работе, врач, социальный педагог. Мобильные бригады входят в структуру **отделения социальной диагностики**, специалисты которого работают со всеми комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН) и органами опеки по выявлению проблем семьи на ранних этапах. Они определяют причины возникших проблем и решают, какие службы учреждения нужно подключать к работе с ней.

Важно отметить и взаимодействие СРЦ с другими учреждениями округа, Москвы и за ее пределами: с Московским НИИ психиатрии мы отработываем программы психиатрического обследования и оказания помощи детям и их родителям и методику семейной терапии; с наркологическим центром – программу реабилитации родителей с алкогольной зависимостью; с НИИ семьи и воспитания программу психологического сопровождения ребенка и семьи; со Стокгольмским университетом – методику сетевой терапии и метод использования мобильных бригад специалистов для оказания экстренной помощи семье с детьми на дому.

Вся деятельность СРЦ направлена на соблюдение права ребенка жить и воспитываться в семье. С этой целью предпринимаются попытки сохранить биологическую семью ребенка, оказавшегося в социально опасном положении, или используются замещающие формы семейного устройства детей-сирот (патронатные семьи, семейно-воспитательные группы, опека и др.).

Решая проблемы ребенка и его семьи, СРЦ **взаимодействует со всеми другими органами и учреждениями и органами системы профилактики беспризорности и безнадзорности города:**

1. С органами и учреждениями социальной защиты населения

Как уже было отмечено выше, при взаимодействии с органами социальной защиты населения отделение социальной диагностики получает информацию о выявленных семьях с различного рода проблемами. Специалисты, получив информацию, сами «выходят» на контакт с семьей, проникают во внутренний мир, отношения, условия жизни людей, в характер проблем, к решению которых затем подключаются другие специалисты. Они оказывают социальную, психологическую, правовую, иную помощь несовершеннолетним и их родителям или законным представителям в ликвидации трудной жизненной ситуации, а также привлекают детей из неблагополучных семей к работе в мастерских, студиях, оказывают содействие в организации оздоровления и отдыха несовершеннолетних детей.

Совместная работа СРЦ с Отделениями помощи семье и детям (ОПСИД) района проводится по различным направлениям, включающим в себя:

- обследование социального окружения;
- совместное тестирование психологами СРЦ и ОПСИД, и определение на основании анализа полученных данных видов помощи, которую может оказать данной семье ОПС и Д и СРЦ;
- привлечение семьи и детей из социально-неблагополучных семей к участию в культурно-массовых мероприятиях СРЦ и ОПС и Д;
- организация совместными усилиями оздоровительного отдыха детей.

2. С органами местного самоуправления.

Специалисты СРЦ совместно со специалистами муниципалитетов принимают участие в составлении банка детей и семей, находящихся в социально опасном положении; обращаются за соответствующей информацией в отделы по работе с семьей, отделы опеки и попечительства, в КДН, затем проводят анализ полученных данных, отбор и формирование групп по основным категориям семей. Также работа с органами местного самоуправления строится путем участия специалистов СРЦ в конференциях, совещаниях, проводимых Префектурой, муниципалитетами, связанных с улучшением работы с населением.

3. С органами и учреждениями образования.

Процесс взаимодействия СРЦ с образовательными учреждениями основывается на взаимной работе, направленной на раннее выявление социально неблагополучных факторов, влияющих на состояние как самого ребенка, так и его семьи, и касается в основном реализации права детей на образование. Принимаемые совместные межведомственные документы определяют формы обучения воспитанников СРЦ, которое осуществляется на базе закрепленных за ними общеобразовательных школ.

В СРЦ работает филиал общеобразовательной школы № 950, где для каждого ученика разрабаты-

вается индивидуальная программа его обучения с учетом его пробелов в образовании и повышения его мотивации к обучению. Это необходимо в связи с тем, что дети, попадающие в СРЦ, зачастую на протяжении длительного времени не обучались в школе. Нередки случаи, когда подростки 15-16 лет впервые садятся за парту именно в СРЦ. Когда проблема решена, дети идут в коррекционные классы общеобразовательных школ.

При невозможности решения проблем внутри образовательного учреждения работники СРЦ выходят с ходатайством в вышестоящие организации (управление образования округа и др.). В случае невозможности дальнейшего обучения ребенка по школьной программе специалисты СРЦ выходят в КДН с предложением об изменении формы обучения на вечернюю или направлении подростка в ПТУ для обучения по рабочей специальности. Для подростков старше 14 лет имеется возможность обратиться в службу занятости с целью раннего трудоустройства.

4. С органами и учреждениями здравоохранения.

Работа специалистов строится в форме прямого контакта с выходом в учреждения здравоохранения (больницы, поликлиники, санатории), в общении с главными и участковыми врачами, медицинскими сестрами, обслуживающим персоналом. Особенно эффективен метод выхода в учреждения здравоохранения при работе с семьями, имеющими детей от 3 до 7 лет и детей более раннего возраста, т. к. детские поликлиники обладают наибольшей о них информацией.

Взаимодействие также регулируется совместными приказами или решениями коллегий обоих ведомств. Совместно прорабатываются вопросы оформления медицинских документов, получения полиса обязательного медицинского страхования; вопросы госпитализации, оказания необходимой медицинской помощи; вопросы организации оздоровительного отдыха. Закрепленные за СРЦ лечебные учреждения проводят медицинское освидетельствование и профилактическое лечение воспитанников. О взаимодействии с НИИ психиатрии и наркологическим центром было сказано выше.

5. С органами внутренних дел.

Инспекторы Отделов по предупреждению правонарушений несовершеннолетних (ОППН), участковые инспекторы и работники опорных пунктов охраны порядка участвуют в разработке индивидуального комплексного плана мероприятий, направленных на выход из кризисной ситуации, а также предоставляют имеющуюся в их распоряжении информацию для составления банка данных семей с детьми, относящимися в группе риска. Данные по несовершеннолетнему и его семье находятся в банке данных до полной стабилизации ситуации, а до тех пор с ними проводятся профилактические мероприятия, беседы. Совместно с органами внутренних дел осуществляются и выходы с ходатайствами (если в этом есть необходимость) в вышестоящие организации – прокуратуры, суды, УВД. Защита прав и законных интересов ребенка осуществляется при взаимодействии с прокуратурой путем направления всевозможных жалоб и писем с просьбой рассмотреть вопрос правомочности заключения той или иной сделки.

Специалисты СРЦ могут выходить с иском о лишении или ограничении в родительских правах в районный суд по месту регистрации ребенка или родителей, а при необходимости могут оспаривать решение районного суда в вышестоящей инстанции. В случае если исковое заявление подано органами опеки и попечительства или прокуратурой, специалисты СРЦ могут привлекаться к судебному заседанию в качестве свидетеля или третьего лица.

При отсутствии регистрации у ребенка СРЦ обращается в паспортный стол, чтобы зарегистрировать этого ребенка временно по месту нахождения, т. е. по адресу СРЦ. Органы внутренних дел часто привлекаются специалистами СРЦ при проведении обследования социальной обстановки семьи, в случае если у специалистов есть достоверные сведения о том, что члены семьи злоупотребляют спиртными напитками и выход в эту семью небезопасен или если попасть в квартиру без сотрудника ОВД невозможно.

6. С учреждениями других ведомств и общественными организациями

С общественными организациями и другими ведомствами (Комитетом по делам семьи и молодежи, военкоматами, учреждениями культуры и досуга, Городским центром «Дети улиц», Фондом «Нет алкоголизму и наркомании», Уполномоченным по правам ребенка) работа строится также в форме прямого контакта в случае, когда вмешательство этих организаций, ведомств и лиц требуется для разрешения трудной жизненной ситуации, в которой оказались несовершеннолетний и его семья.

Подростки, находящиеся в СРЦ, приписываются к военкомату по месту регистрации. Обязательно отслеживаются учет и получение приписных свидетельств, посещение медицинских комиссий по повестке. Работу с призывниками ведут специалисты СРЦ в тесном контакте с сотрудниками военкоматов.

При возникновении сложных вопросов правового характера специалисты СРЦ могут обращаться за помощью и консультациями в службу Уполномоченного по правам ребенка в г. Москве или известные правозащитные общественные организации. В этом случае специалисты перечисленных учреждений приглашаются в СРЦ на круглые столы, беседы, посвященные проблеме ребенка и его семьи, либо специалисты СРЦ сами посещают эти организации с целью разъяснения ситуации и разработки совместно-

го плана выхода из сложной ситуации.

Таким образом, работа СРЦ носит комплексный характер. Под этим понятием подразумевается 2 аспекта работы.

Во-первых, это работа не только с ребенком, но и с его семьей, что необходимо прежде всего для того, чтобы найти возможность сохранить ее для ребенка, внося коррективы в ее жизнедеятельность.

Во-вторых, это межведомственное взаимодействие при работе с детьми и их семьями. Процесс оказания помощи ребенку и его семье в социально опасной ситуации включает работу различных социальных институтов, объектом деятельности которых является семья. Помочь ребенку и его семье выйти из чрезвычайной ситуации – дело не только социальных служб или, например, органов и учреждений образования, это – совместное дело органов и учреждений всех ведомств: здравоохранения, внутренних дел, социальной защиты, образования, общественных организаций, которые при решении проблемы данного конкретного ребенка и должны создать единую социальную площадку в районе, округе, городе...

Е. С. Аруцева, М. Ю. Максименко

**КОММУНИКАТИВНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ
ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ (РДА) В ИНТЕГРАТИВНОМ КЛАССЕ
Школа № 1321 «Ковчег» (Москва).**

Дети с РДА испытывают ряд трудностей при взаимодействии с окружающими. Они не могут знакомиться с людьми, их эмоциональные контакты в процессе общения специфичны (чаще обеднены), они не могут развивать и поддерживать отношения в социуме при непосредственном общении как со взрослыми, так и с детьми [1]. В сфере социального взаимодействия они обычно внешне безразличны по отношению к окружающим, в том числе и к родителям [4]. Их социальный контакт специфичен, дети не обращают внимания на реакции собеседника, не способны использовать невербальные средства коммуникации, т. е. жесты и мимику [5]. Речевая форма взаимодействия также необычна: произвольная речь затруднена, чаще применяются речевые стереотипы; не всегда происходит понимание обращенной речи [3]. Наряду с особенностями коммуникативных функций все дети с РДА имеют выраженный комплекс когнитивных расстройств. Наличие ранней сенсорной гиперсенситивности, выраженных дефектов зрительного и зрительно-предметного восприятия, нарушения произвольных форм всех психических процессов приводят к процессу дезинтеграции всех высших психических функций (ВПФ) [2]. С самых первых лет жизни такой ребенок ограничен в нормальном общении со сверстниками, он, как правило, не посещает детский сад, группу подготовки к школе, различные развивающие кружки. Сфера его общения резко ограничена только близкими родственниками, и часто одним – мамой.

Известно, что в возрасте 6-7 лет у этих детей начинается достаточно интенсивное развитие в коммуникативной и когнитивной областях [3]. В силу когнитивных и поведенческих расстройств эти дети имеют много проблем, связанных с обучением, что ведет к необходимости специфической организации процесса их обучения. Рассматриваются три пути обучения детей с РДА [1].

1. В наиболее тяжелых случаях по решению ПМПК ребенок признается *необучаемым* и остается без всякой помощи педагогов и психологов.

2. *Индивидуальное обучение* в условиях дома по программе массовой или вспомогательной школы. Однако реальная помощь осуществляется редко в связи с отсутствием у педагогов знаний особых нужд такого ребенка. Не ставятся задачи развития его бытовой адаптации, практических навыков коммуникации. Кроме того, ребенок попадает в ситуацию «искусственной изоляции», он не видит других детей, других образцов социального поведения.

3. Помещение ребенка в *класс обычной массовой школы* или специальной школы, где не только затруднено обучение, но и возникает масса поведенческих проблем. Педагоги, как правило, направлены на то, чтобы наилучшим образом дать знания, а не «ввести ребенка в жизнь».

Представляется, что обучение таких детей должно быть направлено не только на усвоение учебной программы, но и на развитие бытовых, поведенческих и коммуникативных навыков. Это возможно в условиях *интегративного класса*.

В интеграционной школе № 1321 «Ковчег» четвертый год идет экспериментальная работа по обучению детей с РДА в интегративном классе. Была предпринята попытка объединить детей с РДА с другими детьми, адекватными в поведении, но имеющими выраженные когнитивные трудности. Поэтому при подборе класса руководствовались следующими критериями:

- Дети объединялись по возможностям вступления в контакт, а не по успехам в учебной деятельности.
- Учитывались навыки психологического взаимодействия, а не степень развития когнитивных процессов.
- По количеству - дети с РДА составляли половину класса.

Обязательным условием включения детей с РДА в группу являлось наличие хотя бы произвольных форм речи. Мы исходили из принципиальной возможности формирования произвольной речи у данной категории детей.

Дети без диагноза РДА включались в группу по значительному отставанию в развитии когнитивных процессов, в частности речи, памяти, недостаточному развитию тонкой моторики, несформированности произвольного внимания, произвольных форм деятельности, повышенной истощаемости. При этом дети имели интеллект в пределах возрастной нормы. Осуществлялась надомная форма обучения, но в виде обычной классно-урочной системы, уменьшенной по объему, но не по качественным показателям.

Задачи данного исследования состояли в анализе:

1. Адекватности формы обучения в школе «Ковчег» возможностям всех детей данного класса.
2. Сформированности учебной и познавательной мотивации в рамках учебной деятельности.
3. Особенности межличностного взаимодействия в разнородной по нозологии группе.

Следует заметить, что школа, в которой проводилась данная работа, значительно отличается от других школ. Интегративная школа предполагает значительное количество разнообразных предметов на начальных этапах обучения, работу в мастерских керамики, ткачества, столярной, художественной. Работа в них направлена на развитие моторики, образного мышления, внимания, воображения, формируется способность повторить модель по образцу. Каждый предмет решает свою коррекционно-развивающую задачу. Так, лепка в керамической мастерской и занятия гимнастикой формируют разные виды моторики наряду с развитием образного мышления, подкрепляемым соответствующими эмоциональными реакциями детей. Музыка, театр, рисование решают задачи развития образных представлений и расширения общего информационного поля. Развитие с помощью музыкальных занятий ритмических и двигательных навыков, зрительно-моторных координаций, которые в обычной школе не реализуются, дает возможность переключения с одного элемента на другой, как на уровне учебных предметов, так и на уровне поведения, бытовых навыков. Иппотерапия (катание на лошади) предполагает формирование взаимопонимания с животным, осуществление совместной деятельности, развитие координации движений.

Русский язык, математика, чтение, английский язык - обязательные предметы, направленные на развитие общих когнитивных функций.

Дети с РДА были разделены на 2 группы, условно названные «активные РДА» (РДА-А) и «пассивные РДА» (РДА-П) по степени проявления эмоциональной и поведенческой активности. В классе мы выделили 4 группы детей - по нозологии и личностно-поведенческой активности:

1. Четыре человека с РДА, активных в поведении, но эмоционально пассивных - два мальчика, две девочки.
2. Два человека с РДА, пассивных в поведении, эмоционально активных - мальчик и девочка.
3. Два человека с органическим поражением ЦНС (тяжелая форма ДЦП) - мальчик и девочка - поведенчески пассивные, но эмоционально активные.
4. Четыре человека с ММД, эмоционально и поведенчески активные - мальчики.

Отчетливыми талантами дети данного класса не обладали, кроме одной девочки с ярко выраженными способностями к рисованию; она обладала не только передачей образов и явлений окружающего мира, но и интуитивным видением и мгновенным воплощением в рисунке движения с передачей эмоциональной составляющей, мимики и пантомимики животных и людей.

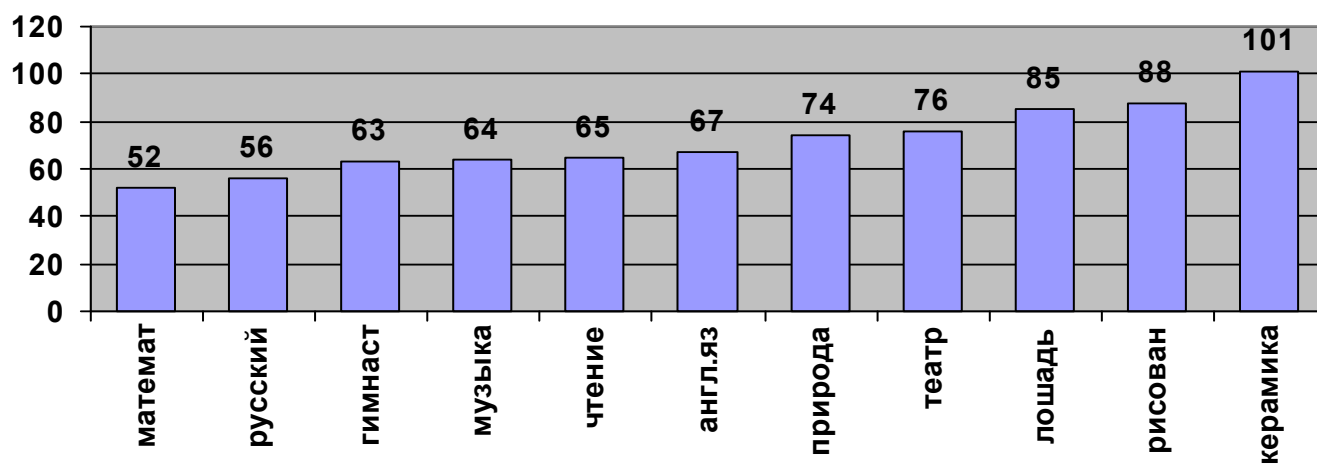
Чтобы определить, насколько у детей данных четырех групп сформирована адекватная учебная и познавательная мотивация, а так же возможность обучения по программе общеобразовательной школы с включением нетрадиционных предметов, носящих коррекционно-развивающий характер, был проведен следующий эксперимент. Детям в индивидуальном порядке предлагались карточки с названиями предметов их учебной деятельности, которые необходимо было ранжировать по степени важности (значимости для умственного развития) и по интересам, то есть выделения личностных приоритетов. Предполагается, что особенности в развитии детей по типу дизонтогенеза (ММД, ДЦП) и дисгармоничного развития (РДА) влияет на индивидуальный выбор предметов. В первой серии каждому ребенку предлагалось определить место конкретного предмета в ряду из 11 предметов, ответив на вопрос: «Какой предмет ты считаешь самым важным в школе?» Во второй серии, выполняя ту же процедуру, детям предлагалось ответить на вопрос: «Какой предмет ты считаешь самым интересным?» Эти две серии проводились с интервалом в 3 недели для более четкой дифференциации понятий «важности» и «интересов».

Для исследования уже сложившихся в течение 3 лет межличностных отношений была использована методика «Социометрия». Для достоверности полученных фактов, учитывая недостаточную адекватность отдельных речевых ответов, мы проводили повторный эксперимент с детьми, а также опрос родителей и учителей, их опыт наблюдений детских взаимоотношений. Получены следующие результаты:

Таблица 1.

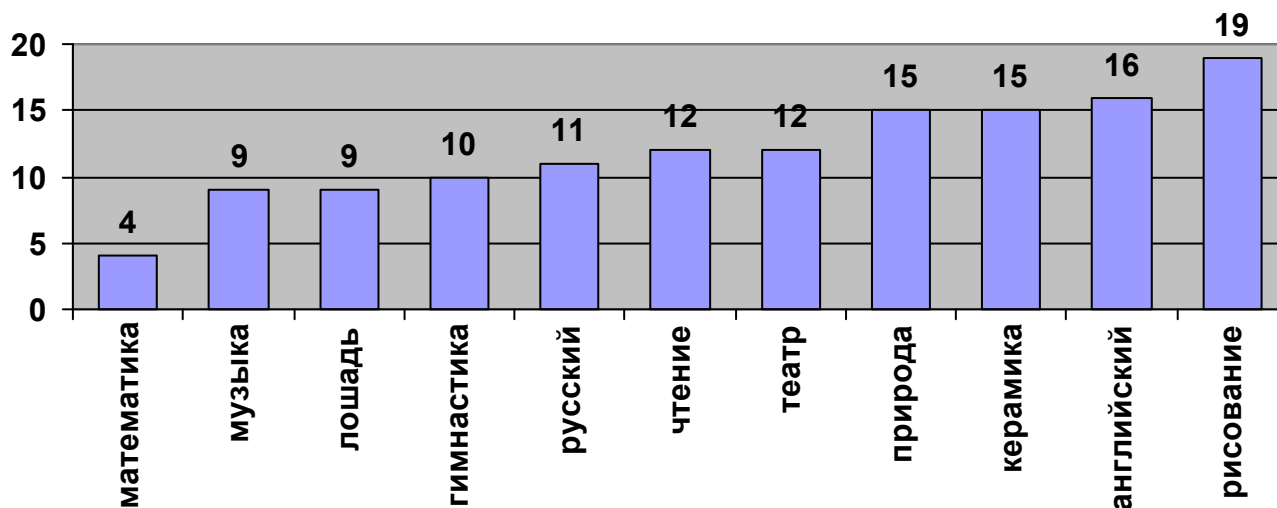
Распределение суммарных мест предметов по интересам

		русский	чтение	математика	английский язык	природоведение	гимнастика	музыка	рисование	керамика	театр	езда на лошади
1	Саша	10	8	1	9	4	5	7	11	6	2	3
2	Валя	1	4	3	7	11	5	2	8	9	10	6
	Σ	11	12	4	16	15	10	9	19	15	12	9
3	Валера	3	4	5	2	7	1	6	8	9	10	11
4	Максим	9	8	11	4	7	1	5	2	10	3	6
5	Лиза	10	8	9	7	11	2	5	6	4	3	1
6	Маша	2	5	3	4	7	1	9	8	6	10	11
	Σ	24	25	28	17	32	5	25	24	29	26	29
7	Миша	2	4	3	11	5	7	1	9	8	6	10
8	Костя	4	6	5	1	3	8	2	10	11	7	9
9	Рома	6	3	4	10	7	9	8	1	11	2	5
10	Коля	5	7	1	8	2	6	11	10	9	4	3
	Σ	17	20	13	30	17	30	22	30	39	19	27
11	Даша	3	4	5	1	6	8	2	7	11	10	9
12	АНТОН	1	4	2	3	5	10	6	8	7	9	11
	Σ	4	8	7	4	11	18	8	15	18	19	20
	Всего	56	65	52	67	75	63	64	88	101	76	85

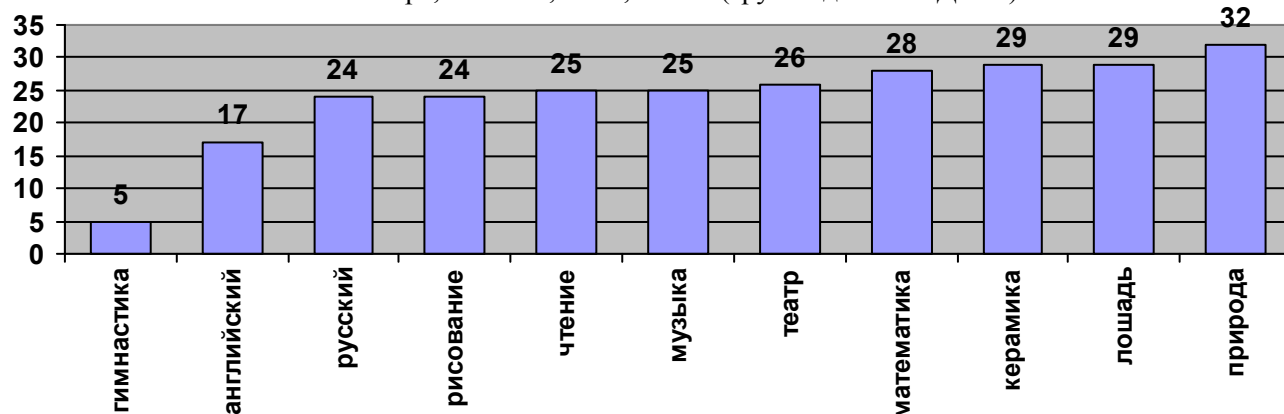


Группы детей

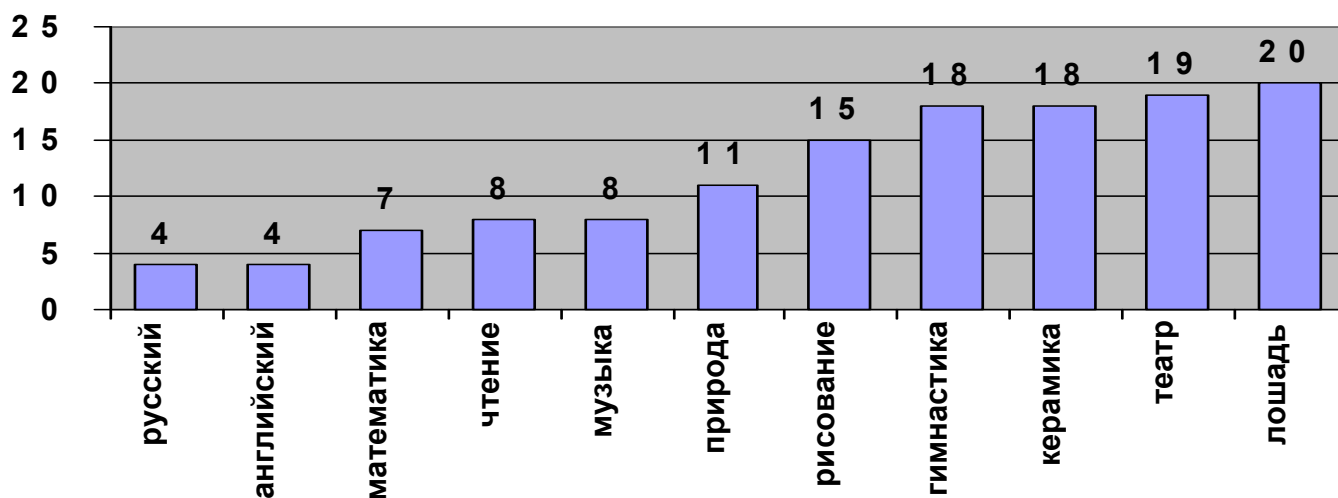
1. Саша, Валя (группа детей с ДЦП)



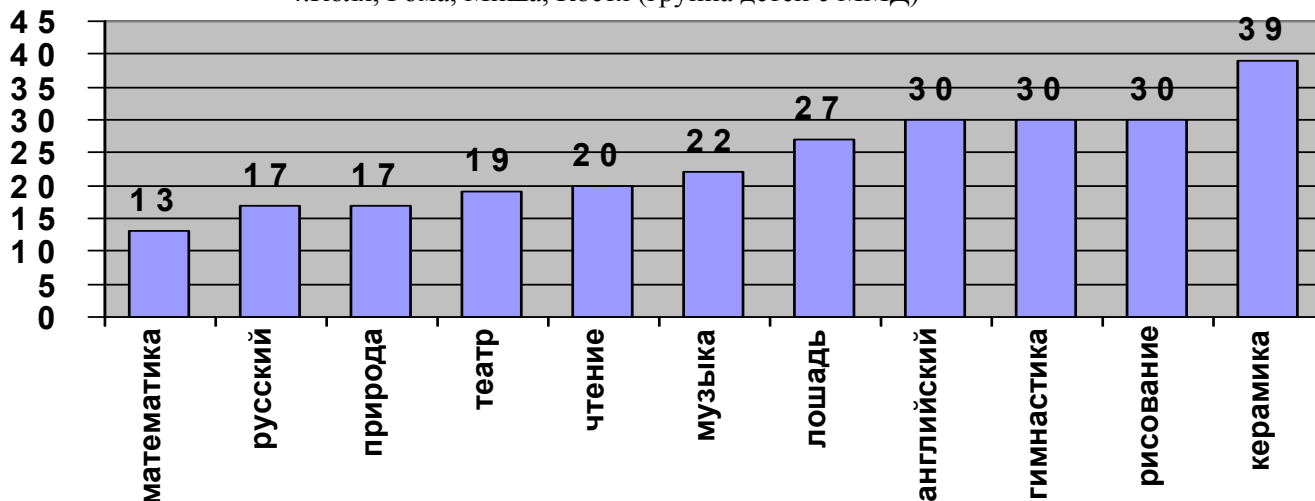
2. Валера, Максим, Лиза, Маша (группа детей с РДА-А)



3. Антон, Даша (группа детей с РДА-П)



4. Коля, Рома, Миша, Костя (группа детей с ММД)



Так как все дети, независимо от характера нарушений ВПФ, в первую очередь отдают предпочтение таким предметам, как математика, русский язык, чтение и английский язык, то это является показателем понимания детьми важности всех основных предметов школьной программы, что позволяет сделать вывод о сформированности учебной мотивации у всех детей, в том числе и с РДА.

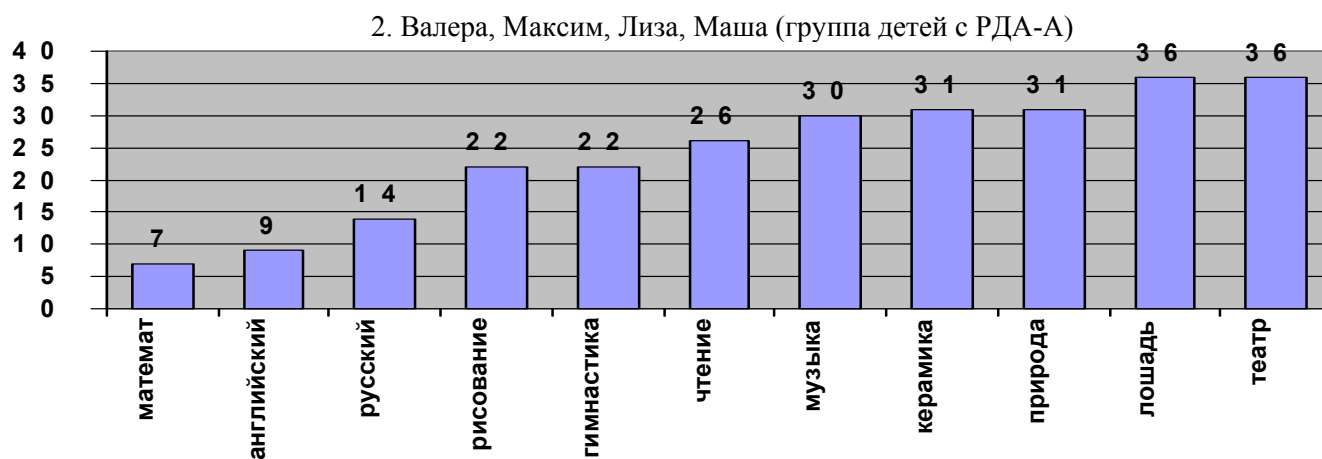
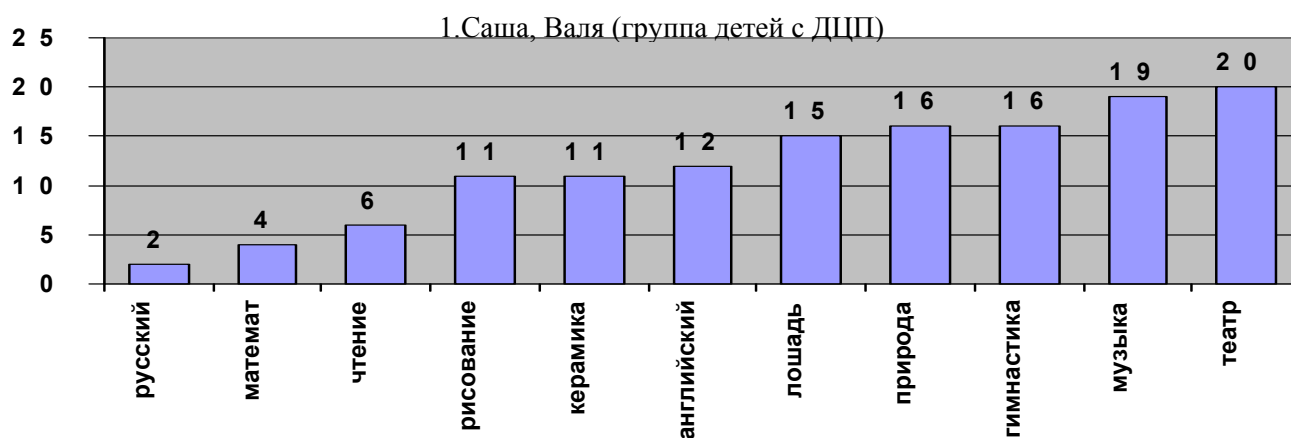
При этом можно говорить об единодушии выбора внутри группы, так как средняя арифметическая составляет: в 1 группе – 1,25; 2,25; 3,5; во 2 группе – 1,5; 2,5; 4; в 3 группе – 1, 2, 3 места; в 4 группе – 1,5; 2,5; 4,5.

В области интересов отмечается больший разброс внутри группы: 1 группа – 1,25; 4,25; 6; 2 группа – 2; 3,5; 4; 3 группа – 2; 4,5; 5; 4 группа – 3,25; 4,25; 4,75.

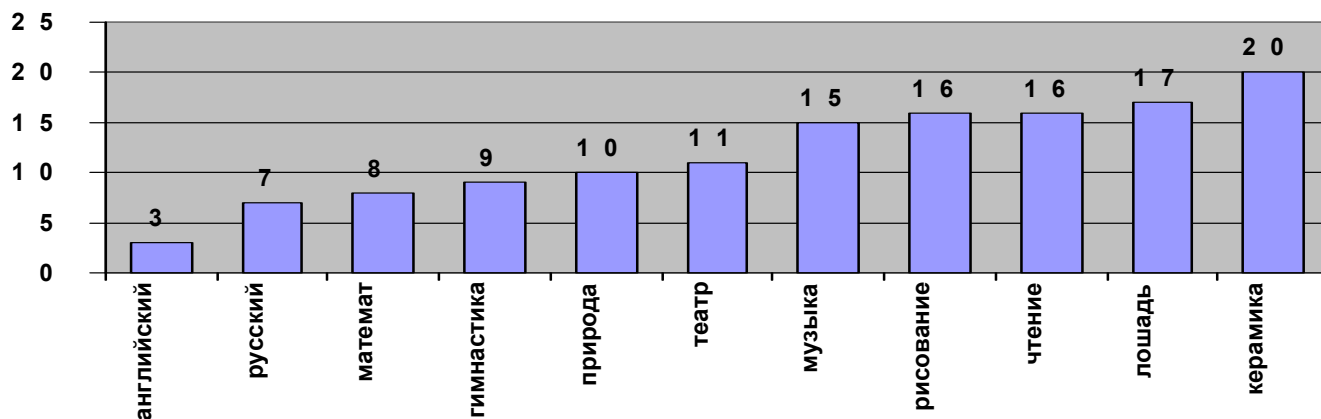
Таблица 2.

Распределение суммарных мест предметов по важности

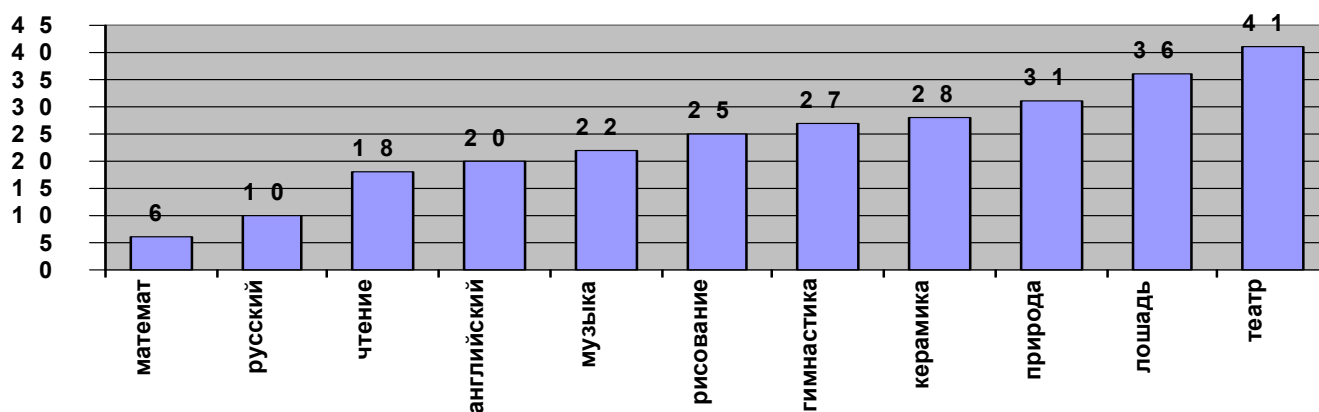
		Русский	Чтение	Математика	Английский язык	Природоведение	Гимнастика	Музыка	Рисование	Керамика	Театр	езда на лошади
1	Саша	1	3	2	4	6	9	8	7	5	11	10
2	Валя	1	3	2	8	10	7	11	4	6	9	5
	Σ	2	6	4	12	16	16	19	11	11	20	15
3	Валера	4	1	2	3	5	6	9	7	8	10	11
4	Максим	3	9	1	2	8	4	5	7	6	11	10
5	Лиза	2	7	1	3	11	8	10	6	9	5	4
6	Маша	5	9	3	1	7	4	6	2	8	10	11
	Σ	14	26	7	9	31	22	30	22	31	36	36
7	Костя	2	5	1	3	11	8	4	6	7	10	9
8	Миша	2	11	1	5	8	7	4	3	9	10	6
9	Рома	3	1	2	5	8	4	9	7	6	10	11
10	Коля	3	1	2	7	4	8	5	9	6	11	10
	Σ	10	18	6	20	31	27	22	25	28	41	36
11	Даша	2	6	7	1	3	5	4	10	11	8	9
12	Антон	5	10	1	2	7	4	11	6	9	3	8
	Σ	7	16	8	3	10	9	15	16	20	11	17



3. Антон, Даша (группа детей с РДА–П)



4. Коля, Миша, Рома, Костя (группа детей с ММД)



Дети *первой группы*, двигательны активные, без грубых двигательных нарушений, единодушное предпочтение отдают гимнастике, где комплекс игр и упражнений, с постепенным, дозированным включением новых заданий позволяет реализовать упроченные двигательные навыки преимущественно в игровой форме при возможности самостоятельного выбора детьми дополнительной двигательной программы.

Во *второй группе* отмечается стойкая приверженность к основным предметам: русскому, английскому языкам, математике и чтению. Эта картина идентична выборам «по важности».

Дети *третьей группы* обнаруживают снижение темпа психической деятельности, имеют выраженные трудности в моторной сфере, поэтому такие предметы, как русский и чтение, включающие необходимой и важной составляющей моторный компонент, ставят на 5 и 6 места.

При этом все они отдают предпочтение математике, поскольку в системе образования «Ковчега» акцент делается на усвоении алгоритмов, тренировке счетных навыков и поиске нестандартных решений без обязательной подробной фиксации результатов в письменной форме, т. е. нагрузка на моторный компонент минимальна.

Четвертой группе характерен высокий разброс в выборе предметов по важности и интересам. Все дети этой группы имеют по одному совпадению в области интересов и учебной значимости, (у одного ребенка - Миши - 2 совпадения), по двум остальным предметам – несовпадения. Им интересны кому-то музыка, кому-то рисование и театр (Рома), природоведение и катание на лошади (Коля) музыка и природоведение (Костя).

Если считать, что в рамках школьной программы наряду с 5 основными предметами изучаются еще 6 предметов, то интересен анализ предпочтений предметов по интересам у детей с различной нозологией по отношению к основным и развивающим предметам. Анализируя усредненные места, отданные детьми с РДА и без РДА, получается, что дети с РДА по важности средние места отдают гимнастике – 5,2 и рисованию - 6,3. Т. е. эти два предмета по рангу занимают более высокие места, чем основные предметы, в то время как у детей без РДА гимнастика стоит на 7,2 месте, т. е. несколько ниже по рангу. Рисованию дети без РДА уделяют несколько более важное значение и ставят его на 6 место. Но кроме этого дети без РДА выбирают музыку и керамику, ставя их на 6,8 и 6,5 место.

По интересам высокое место дети с РДА отдают гимнастике и ставят ее на 3,8 место. Также более важное значение по сравнению с основными предметами для них имеют музыка (5,5 место) и рисование (6, 5 место). Театр и езда на лошади являются для них незначимыми.

У детей с ДЦП и ММД гимнастика и музыка «по интересу» также стоят на более высоких местах (6,6 и 5,2 соответственно). Но интересы этой группы не ограничиваются только данными предметами. Как и детям с нормальным онтогенезом, им интересны театр (5,2 место) и езда на лошади (6 место).

Двое детей с ДЦП с грубыми двигательными нарушениями (один передвигается на коляске, другой с палочкой) отдают 4,5 место иппотерапии.

Хотя мы и анализируем средние по группам места, отданные детьми разным предметам по интересам, но в рамках каждой группы существует определенный разброс у детей разных нозологических групп. Отдельные дети неосновные предметы ставят кто на 1-11 места, кто на 2-4 места. Каждый отдельный факт требует дополнительного объяснения, что будет анализироваться в дальнейших работах.

Т. о., дети с дизонтогенезом демонстрируют более разнообразный характер интересов, не всегда совпадающий с их способностями (Костя).

Мы не ставили задачи сопоставления успеваемости и отношения к каждому предмету в рамках программы, поскольку дети три года обучаются по безоценочной системе. Это сознательное отношение педагогического коллектива, работающего с данным классом, для формирования истинно познавательной, а не формальной мотивации. Дети имеют возрастной разброс в 2-3 года. В классе из-за поздней психической и когнитивной готовности к школьному обучению в силу первичных дефектов (двигательных для детей с ДЦП, поведенческих для детей с РДА) обучаются дети от 9 до 12 лет.

Взаимодействие детей предполагает не только общность в учебной деятельности, но и непосредственно личностное общение на переменах, прогулках, праздниках. Часть уроков проводится на улице, с актуализацией вербального материала, чтением стихов по памяти, обсуждением смены времен года. Периодически проходят посещения музеев, выставок, театров. Совершаются прогулки на природе с непосредственным обменом мнениями, впечатлениями, с организацией совместной деятельности (разжиганием костра, проведением игр и т. д.)

Матрица межличностных взаимоотношений

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Антон	1											
2	Максим		2										
3	Валера			3									
4	Саша				4								
5	Лиза					5							
6	Маша						6						
7	Коля							7					
8	Костя								8				
9	Рома									9			
10	Даша										10		
11	Миша											11	
12	Валя												
		Антон	Максим	Валера	Саша	Лиза	Маша	Коля	Костя	Рома	Даша	Миша	Валя
	Выбор	4	6	6	4	4	4	5	4	4	5	5	5
	Взаимн.	2	3	2	1	2	3	3	1	1	2	5	3

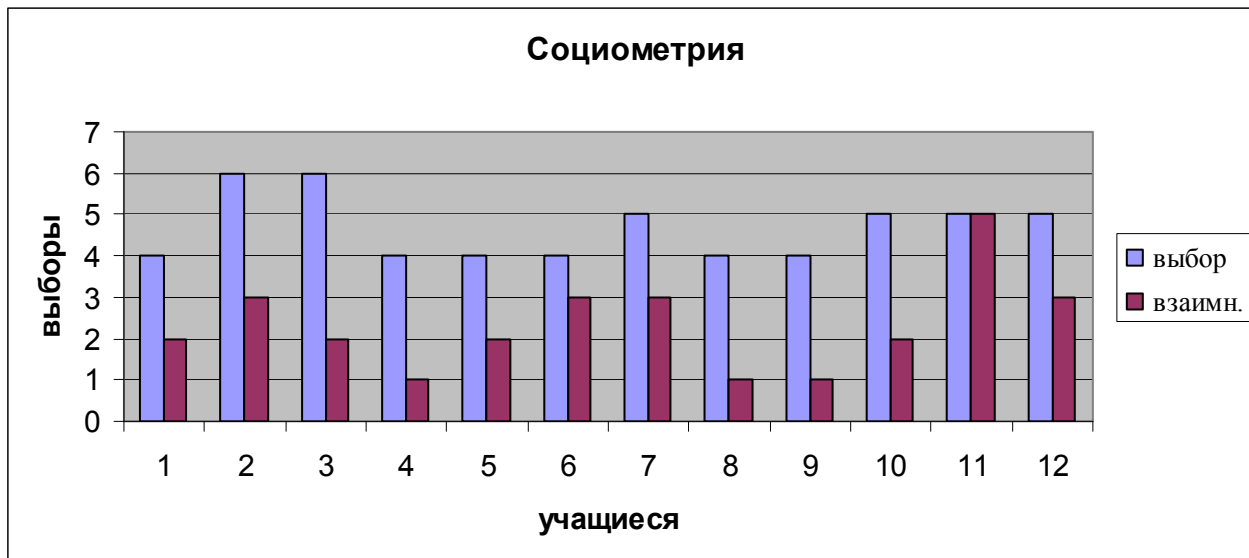
Остановимся на анализе собственно межличностных отношений.

Значительное затруднение вызывает анализ положительных черт личности, по которым обычно судят о межличностных контактах. Различные методики, применяемые в данной области, предполагают доступность ее для испытуемого. Поскольку мы имеем дело со специфическим контингентом детей, у которых отмечаются нестандартные проявления коммуникативных способностей, инертность, стереотипии не только в поведении, но и в речи, то правомерно предположить недостаточно полное понимание задания в случаях традиционного применения метода «Социометрия». Поэтому, проводя методику социометрии, предполагалось получение достоверных результатов, используя самый простой набор вопросов, например: «У тебя есть билеты в кино, кого из одноклассников ты пригласишь?» или «Кого из ребят твоего класса ты позовешь на День рождения?»

Обычно исследуются социометрические предпочтения и отвержения, т. е. позитивные и негативные выборы. Для организации максимального сплочения детского коллектива педагог осознанно уxo-

дил от актуализации детьми негативных выборов, не формируя у них установки на отвержение отдельных детей, отдавая предпочтение только положительным эмоциональным контактам. Поэтому весь анализ строится только на позитивных выборах детей. Кроме того, не ставилась задача выделения лидера в группе и, соответственно, выделения аутсайдеров.

Естественно, что характер межличностных отношений детей с РДА значительно отличается от характера отношений детей в обычной массовой школе. Практически у всех детей с РДА круг общения ограничивается родителями, ближайшими родственниками, одноклассниками и учителями школы.



Мы не исследовали распределение отрицательных выборов и их соотношения с положительными и поэтому не можем судить об объективных показателях конфликтности в структуре межличностных отношений. Конечно, в исследуемой группе возникают конфликтные ситуации, но они не имеют устойчивых тенденций, возникают спонтанно, быстро разрешаются педагогом, а поэтому в целом не фиксируются в сознании детей.

Эмоциональные взаимоотношения этих детей подкрепляются, как правило, стратегией воспитательной работы родителей. Постоянно ведущаяся работа педагога и психолога с родителями направлена на поощрение детей в учебных достижениях и в установлении новых контактов.

Мы анализировали как социально-психологический климат в группе, так и поведенческий компонент взаимоотношений детей, активное их взаимодействие. Выделены два аспекта:

- Эмоциональное (положительное) восприятия детьми друг друга на основе 3-х личностных выборов.
- Активная форма взаимодействия, фиксируемая педагогом на основе поведения детей.

Точно следуют инструкции все дети с ММД, и по одному ребенку из групп ДЦП, один пассивный ребенок с РДА, один активный ребенок с РДА.

Значительно большее число выборов (5, 6, 7, 9) осуществляют дети с РДА из-за имеющихся отчетливых нарушений целенаправленности, импульсивности, трудности отторгивания в речевой и мыслительной деятельности.

Всего в классе обучается 4 девочки и 8 мальчиков. По социально значимым параметрам, например, по полу, дети выбирают в пределах нормы:

- девочки выбирают мальчиков: 2 девочки – 100%, т. е. только мальчиков, и еще 2 девочки – 80% и 40%;
- выбирают девочек 6 мальчиков – 50%, т. е. межличностные выборы одинаково распределяются между мальчиками и девочками);

- 2 мальчика – 20,8%, т. е. межличностные выборы между девочками и мальчиками составляют соотношения 1:5 (причем, один из этих двух мальчиков проживает в многодетной семье, состоящей из 12 человек, имея избыток общения как с мальчиками, так и с девочками внутри семьи, испытывая сильную привязанность к семье, поэтому его межличностные контакты минимальны, пассивны, несколько формальны; второй ребенок, страдающий РДА с выраженным инфантилизмом при высоком уровне сформированности когнитивных процессов, имеет прочную симбиотическую связь с матерью, поэтому у него из 3-х выборов 2 относятся к девочкам).

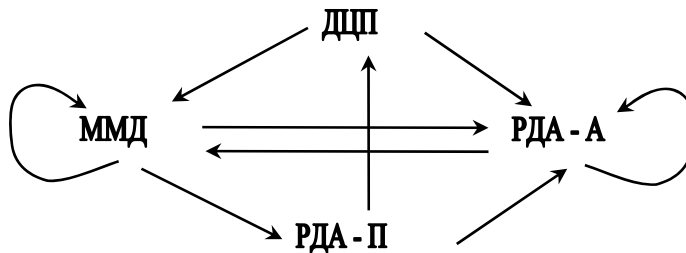
По всем 4 группам выбор всех мальчиков, кроме 2-х, равномерно распределяется между мальчиками и девочками (50% и 50%), кроме одного ребенка в силу симбиотической привязанности (16,6%) и одного ребенка из многодетной семьи (25%)

Далее мы пытались сравнить возможности общения детей по группам, дифференцируемым по нозологиям.

Все дети с РДА примерно в равной степени выбирают детей своей группы (14 выборов) и детей без РДА (15 выборов).

Дети с ДЦП и ММД, аналогично, выбирают детей с РДА (15 выборов) и без РДА (12 выборов).

Анализ средних межгрупповых взаимодействий мы представили в следующей схеме:



Дети из 1 группы (РДА-А) предпочитают в общении представителей своей группы и детей 4 группы (ММД). Дети из 2 группы (РДА-П) преимущественно выбирают детей из 4 группы и в меньшей степени из 3 и 1 групп (ДЦП и РДА-А). Дети из 3 группы в равной степени общаются с детьми всех остальных трех групп. Дети 4 группы отчетливо отдают свои предпочтения детям с РДА-А и детям своей группы. Минимальное количество выборов детей 1 группы во 2 и 3 группах (3 из 8 возможных выборов) объясняется невозможностью общения в рамках совместной деятельности, требующей значительно высокого уровня двигательной активности уровня.

Анализ межличностных взаимодействий детей был дополнен данными основного педагога о взаимоотношениях детей на поведенческом уровне в процессе их пребывания в школе в рамках учебной и вне учебной деятельности.

Педагогом отмечается следующий характер меж - и внутригруппового взаимодействия.

Из 45 поведенческих реакций всех детей 18 – это взаимодействия аутистов внутри группы (40%), 8 выборов детей – аутистов с детьми 3 и 4 групп (18%), 10 выборов детей без РДА с детьми-аутистами (22%) и 9 выборов детей 3 и 4 групп внутри своей группы (20%).

Значительное расхождение в предпочтениях детей и их поведенческих активных взаимоотношениях, фиксированных педагогом, объясняется тем, что дети, вероятнее всего, актуализируют не только реальные эмоциональные предпочтения, но и желаемые. Вторым объяснением этого расхождения во мнениях детей и педагога является неосознаваемость детьми своих реальных контактов на поведенческом уровне.

Нам кажется особенно важным, что у детей имеются взаимные выборы, которые отражают устойчивость межличностных отношений. Так, в группе детей с РДА-А каждый ребенок образует устойчивую диаду. В группе с ММД – две диады. Между детьми (1-2) и (3-4) групп пять взаимных выборов. Т. е. можно говорить о сложившихся взаимных эмоциональных контактах у детей с РДА с детьми других нозологических групп.

Таким образом, в межличностных позитивных выборах нивелируются особенности психического развития детей, даже имеющиеся выраженные особенности психического развития в основном не влияют на частоту взаимных выборов детей разных нозологических групп. Но значимым фактором для установления более частых межличностных отношений является высокая степень поведенческой и эмоциональной активности.

Это доказывает стратегически оправданный подход к интегративной форме обучения детей с РДА по возможности организации групповой сплоченности на основе межличностного взаимодействия.

Итак, мы видим, что все группы класса включены в осознанную учебную деятельность и процесс общения. На основе дифференциации предметов по важности и личностным интересам у всех детей с РДА отчетливо выражена учебная и познавательная мотивация. Кроме того, присутствует достаточно равномерное межличностное взаимодействие как в рамках своей группы, так и с детьми других нозологических групп. Поскольку имеется значительное количество этих межличностных предпочтений, то можно говорить о формирующихся коммуникативных возможностях детей с РДА, не всегда осознаваемых, но преимущественно эмоционально позитивных.

Для развития навыков социализации у детей с РДА необходимы следующие условия:

- 1) общение с одноклассниками, что возможно при обучении детей в классе, а не индивидуально;
- 2) включение разных по нозологии детей в один класс.

Дети с РДА, имеющие активную поведенческую составляющую, легче находят возможности для реализации своих коммуникативных потребностей, что недоступно пассивным детям с РДА. Они больше общаются с детьми эмоционально и поведенчески адекватными, но имеющими когнитивные трудности. Дети с РДА тянутся к обычным детям, но устанавливать контакты они могут не сразу, а посте-

пенно, на фоне длительного знакомства и общения в рамках психологического пространства класса.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1) школьная концепция системы обучения, включающая разнообразные предметы, адекватна возможностям детей с различными выраженными особенностями психической деятельности, расширяет этим их интерес и познавательную мотивацию, формирует соответствующую возрасту учебную мотивацию.

2) Необходимо обучать детей в интегративном классе для формирования у них коммуникативных навыков.

ЛИТЕРАТУРА

1. О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. Аутичный ребенок (пути помощи). – М.: Теревинф, 1997.
2. В. Е. Каган. Аутизм // Детская патопсихология. Хрестоматия. – М.: Когито–Центр, 2001. – С. 205-206.
3. К. С. Лебединская. Ранний детский аутизм // Детский аутизм, хрестоматия. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – С. 60-76.
4. Т. Питерс. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – СПб.: ИСПиП.

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская, М. А. Петрова

РЕАБИЛИТАЦИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ СИРОТ

В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА

Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

ВВЕДЕНИЕ

О неэффективности и негативных последствиях институционального воспитания различных категорий сирот, включая умственно отсталых (УО), свидетельствует подавляющее большинство выполненных в данном направлении исследований [4, 5, 6 и др.]. Однако альтернативные формы решения проблемы сиротства по разным причинам не могут пока полностью заменить затратную и неэффективную интернатную систему воспитания [3]. В связи с этим сохраняется потребность в разработке программы социальной реабилитации для воспитанников интернатных учреждений. Приводятся данные о том, что при наличии благоприятных условий психосоциальное развитие детей в сиротских учреждениях существенно не отличается от развития детей, воспитывающихся в семьях [7].

В наиболее тяжелом положении находятся дети-инвалиды, воспитывающиеся в психоневрологических интернатах (ПНИ). Эти дети в большинстве своем лишены полноценной медицинской помощи. Им недоступно образование, поскольку по решению ПМПК они признаны необучаемыми. И хотя психоневрологические интернаты принято рассматривать в качестве стационарных учреждений с преимущественно реабилитационной направленностью [1, 2, 7], мероприятия по социально-трудовой и психологической реабилитации, за единичными исключениями, в учреждениях данного типа не проводятся. Нередко все сводится к медикаментозной коррекции отклоняющегося поведения воспитанников, а в случае ее неэффективности – направлению воспитанника в психиатрическую больницу на лечение. И это не случайно, поскольку психоневрологические интернаты не укомплектованы в большинстве психологами и социальными работниками, воспитатели имеют низкую психолого-педагогическую подготовку. В связи с этим взаимоотношения взрослых с детьми строятся без учета индивидуальных психологических и психопатологических особенностей, лишены доверительности, носят эмоционально уплощенный характер. Все это в сочетании с отсутствием занятости, нецеленаправленностью и непродуктивностью использования свободного времени способствуют замедлению психического развития воспитанников психоневрологических интернатов, их эмоционально-личностной деформации, формированию вторичных психопатологических расстройств, в том числе расстройств поведения.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В предыдущей публикации [8] были представлены данные психолого-психиатрического обследования воспитанников одного из детских ПНИ для детей и подростков-инвалидов с УО, свидетельствующие о том, что у 15,9% из них уровень психического развития соответствует пограничной и легкой УО. Это послужило основанием для создания проекта действующей модели социализации и реинтеграции в общество детей и подростков с легкой и пограничной УО. В дальнейшем проект был дополнен программами по реабилитации лиц с умеренной УО, в задачи которых входило развитие у них навыков самообслуживания, обучение элементарной грамотности и приспособление к посильному труду. Проект был реализован в означенном ПНИ.

С целью определения эффективности разработанной модели в целом и отдельных составляющих ее программ было проведено динамическое психолого-психиатрическое прослеживание детей и подростков, включавшее оценку уровня психического развития, поведения и эмоционального состояния воспитанников в процессе проведения мероприятий по их психолого-педагогической, социально-психологической и трудовой реабилитации.

В данной публикации представлены результаты 2 первых этапов реализации модели в условиях специализированного детского дома-интерната.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего в реабилитационных программах участвовали 58 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Распределение воспитанников по уровню психического развития представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение детей по степени УО

Выраженность УО	Количество детей (n=58)		
	абсолютное число	% от участвующих в реабилитации детей	% по отношению ко всем воспитанникам
Субнорма	3	5,2	2,1
Легкая УО	20	34,5	13,8
Легкая, на грани с умеренной	10	17,2	6,9
Умеренная УО	25	43,1	17,2

В зависимости от выраженности УО были сформированы 3 реабилитационные группы воспитанников:

1-я группа включала детей и подростков с легкой и пограничной УО – 23 чел.;

2-я группа - детей и подростков с легкой на грани с умеренной УО – 10 человек.;

3-я группа - детей с умеренной УО – 25 человек.

У большинства детей и подростков УО сочеталась с другими психопатологическими расстройствами (осложненные формы УО, по определению отечественных психиатров). Наиболее часто осложненные формы наблюдались у детей с легкой формой УО, что видно из данных, представленных в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение детей и подростков в зависимости от формы УО

Форма УО	1 группа	2 группа	3 группа	Всего – 58 чел.
Неосложненная	5 чел. – 21,7%	3 чел. – 30,%	15 чел. - 60%	23 чел. – 9,6%
Осложненная	18 чел. – 78,3%	7 чел. – 70,0%	10 чел. – 40%	35 чел. – 60,4%

Преобладание осложненных форм УО среди воспитанников с легкой и пограничной УО обусловлено тем, что наличие психопатологической симптоматики затрудняло формирование школьных навыков, нарушало их адаптацию в микросоциуме, в связи с чем дети ошибочно признавались необучаемыми и переводились в специализированный детский дом-интернат.

Частота встречаемости отдельных форм осложняющих психопатологических расстройств среди воспитанников интерната, включенных в реабилитационный процесс, представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Частота встречаемости отдельных форм осложняющих психопатологических расстройств
(в % по отношению к общему числу детей выделенной группы)

Осложняющие психопатологические расстройства	1 группа n=23	2 группа n=10	3 группа n=25	Всего n=58
Органическое эмоционально лабильное астеническое расстройство	56,5	50	4,0	32,7
Патохарактерологические расстройства	17,3	30,0	28,0	21,0
Расстройства невротического круга	13,0	10,0	8,0	10,3
Специфические речевые расстройства	8,7	10,0	8,0	8,6
Эпилептиформный синдром	8,7	-	8,0	6,9
Гиперактивное расстройство внимания	-	20,0	8,0	5,1

У отдельных детей имело место сочетание нескольких психопатологических расстройств.

Динамика психического развития детей и подростков с легкой УО и субнормой оценивалась по результатам психометрического обследования (адаптированный вариант методики Векслера). Остальным детям психометрическое обследование проводилось с использованием цветных матриц Равена (невербальный интеллект). Вербальный интеллект оценивался по субтесту «последовательные картинки», методике «Исключение понятий» (вербальный вариант), а также на основании общего развития речи. Для оценки психоэмоционального состояния детям и подросткам предлагалось выполнить тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), детский депрессивный тест CDI (М. Ковач). Подросткам с субнормой и легкой УО уровень тревожности определяли по данным школы личностной и ситуационной тревожности Спилберга и соавт. в модификации Ю. Л. Ханина. Динамика поведения оценивалась по результатам

структурированного интервью для педагогов и воспитателей, а также в процессе непосредственного наблюдения за поведением ребенка исследователем.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Разработанная модель социализации и реинтеграции в общество воспитанников специализированного детского дома-интерната с легкой и пограничной УО (1 группа реабилитации), как было уже указано, состояла из нескольких этапов:

I этап – «интернатный» - включал в себя занятия по дифференцированным в зависимости от уровня психического развития воспитанников программам, рассчитанным на расширение знаний об окружающем мире, расширение навыков самообслуживания и формирование практических навыков в различных областях жизнедеятельности, необходимых для интеграции в общество (для лиц с легкой и пограничной УО). Большое значение придавалось приобщению к труду, позволяющему воспитанникам зарабатывать деньги. С этой целью работники местного краеведческого музея организовали обучение воспитанников народным промыслам, исконным для данной области, пользующимся определенным спросом у населения и туристов. Это не только повышало мотивацию к трудовой деятельности, но и знакомило воспитанников с товарно-денежными отношениями, способствовало снижению иждивенческих установок.

Использовались 2 формы обучения: индивидуальная и групповая. Индивидуальная форма применялась, как правило, у воспитанников, нуждавшихся по разным причинам в отработке отдельных трудовых навыков или навыков самообслуживания. В целом же акцент делался на групповые формы работы, с тем чтобы при помощи коррекционно-педагогических воздействий способствовать развитию коммуникативных навыков, бесконфликтному общению, снижению уровня агрессивности и тревожности.

II этап – «контактная семья», или «патронат выходного дня» - был направлен на знакомство и вовлечение воспитанников во все аспекты семейной жизни, в том числе практические навыки домоводства, растениеводства на приусадебном участке.

Эти этапы являлись подготовительными для третьего этапа реабилитации - **«социальная гостиница»**, предусматривавшего проживание вне стен интерната по типу небольших коммун с единым ведением хозяйства и самообслуживанием под постоянным патронатом воспитателя.

У воспитанников с умеренной УО реабилитационный процесс ограничивался I этапом и включал в себя обучение элементарной грамотности, расширение представлений об окружающем мире, формирование новых навыков самообслуживания, приобщение к труду. Дети участвовали в заготовках растительного материала для ручных поделок, ухаживали за животными, участвовали в сельскохозяйственных работах на приусадебном участке ПНИ.

Продолжительность каждого из указанных этапов варьировала в зависимости от исходных показателей интеллектуального развития, особенностей осложняющей психопатологической симптоматики, динамики психического развития воспитанника в процессе проведения реабилитационных мероприятий, в среднем составляя 2 года.

В течение первого года проводились занятия по дифференцированным развивающим программам и программам трудового воспитания в интернате. Через год на фоне продолжающихся занятий стартовал II этап реабилитации. За этот период достаточно отчетливо проявлялся реабилитационный потенциал каждого воспитанника, в связи с чем принималось решение о выведении его из ПНИ, т. е. целесообразности участия в III этапе реабилитации или продолжении реабилитационных мероприятий в условиях ПНИ.

В результате начатых в 2001 году реабилитационных мероприятий у 84,6% детей и подростков на протяжении последующих 2 лет отмечалась положительная динамика **психического развития** в виде расширения круга представлений, знаний об окружающей жизни, появлении новых понятий. У некоторых детей восстановилась учебная (познавательная) мотивация. Этим, по-видимому, объясняется неожиданная ретроспективная оценка качества жизни в специализированном учебном интернате как «очень хорошо», в то время как объективная информация свидетельствовала о стойкой учебной адаптации, в связи с чем они и были переведены в ПНИ.

Положительная динамика отмечена и в речевом развитии (с учетом его низкого исходного уровня), особенно заметная у тех, кто сочетал посещения развивающих занятий в ПНИ с патронатом выходного дня. У детей расширился словарный запас, несколько улучшился грамматический строй речи, способность к развернутому речевому высказыванию. Дети и подростки с легкой УО сохранили, а некоторые восстановили навыки чтения, счета, письма, которые обычно теряются в процессе пребывания в ПНИ, где учебный процесс обычно не ведется. Воспитанники, участвовавшие в патронате выходного дня, приобрели новые навыки социального общения, самообслуживания, домоводства.

Положительная динамика психического развития воспитанников ПНИ, участвовавших в реабилитационных мероприятиях, подтверждается результатами психометрического обследования.

В табл. 4 представлены средние показатели интеллектуального развития воспитанников, полученные при помощи адаптированного варианта методики Векслера до начала и в процессе проведения реа-

билитационных мероприятий.

Таблица 4.

Динамика показателей интеллектуального развития воспитанников в процессе реабилитации

Показатели	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
ВИП	58.1	61.5 (+3.4)	60.6 (+2.5)	73.25(+15.15)
НИП	72.5	76.2 (+3.7)	73.3 (+0.8)	80.25 (+7.75)
ОИП	61.7	65.4 (+3.7)	64.3 (+2.6)	75.25 +13.55)

ВИП – вербальный интеллектуальный показатель;

НИП – невербальный интеллектуальный показатель;

ОИП – общий вербальный показатель;

цифры в скобках показывают средний прирост показателя по отношению к 2001 г.

Как видно из представленных данных к концу 1 года проведения реабилитационных мероприятий отмечалась отчетливая положительная динамика интеллектуального развития воспитанников, сменившаяся ко 2 году в среднем по группе снижением показателей. Так, к 2002 г. повышение показателей (от 2 до 12 ед.) отмечалось у 75% обследованных, к 2003 г. – у 64% (от 2 до 7 ед.), а у 9% - их снижение.

За 2004 г. представлены данные динамики 10 подростков с наиболее легкими формами психического недоразвития, которые по результатам динамики психического развития переводились на III этап реабилитации. Изменения по субтестам методики Векслера этих воспитанников в суммарной абсолютной величине представлены в табл. 5. Изменения по каждому субтесту вычислялись по формуле: $En^1 - En^2$, где En^1 - суммарный показатель по данному субтесту за 2004 г., En^2 - суммарный показатель тех же обследованных за 2001 г.

Таблица 5.

Изменения по субтестам методики Векслера в суммарной абсолютной величине

С\т	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
$En^1 - En^2$	+5	+3	- 6	+6	- 3	+ 3	- 3	+ 18	+ 4	+19	+12

Как видно из представленных данных, значимое улучшение произошло по субтестам 1, 8, 10, 11 – словарь, логическое мышление, пространственный синтез, сенсомоторные навыки.

Изменения по субтестам методики Векслера воспитанников в суммарной относительной величине представлено в таблице 6. Изменения по каждому субтесту вычислялись по формуле: $En^1:En^2$, где En^1 - суммарный показатель по данному субтесту за 2004 г., En^2 - суммарный показатель тех же обследованных за 2001 г.

Таблица 6.

Изменения по субтестам методики Векслера в относительной величине

С\т	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
$En^1:En^2$	1.3	1.2	0.8	1.2	0.9	1.1	0.9	1.5	1.1	1.4	1.3

Как видно из представленных данных, значимое улучшение также отмечено по субтестам 1, 8, 10, 11 - словарь, логическое мышление, пространственный синтез, сенсомоторные навыки.

Результаты обследования воспитанников 2 и 3 реабилитационных групп при помощи цветных матриц Равена также свидетельствуют о наиболее выраженной динамике психического развития в течение первого года. В 2001 г. средний балл по группам составлял 24.9, в 2002 г. – 27. 2, в 2003 г. – 27. 2..

Это свидетельствует о том, что у детей и подростков с умеренными и легкими на грани с умеренными степенями УО реабилитационный потенциал в отношении возможности интеллектуального развития в значительной степени исчерпывался в течение первого года проведения реабилитационных мероприятий.

При этом следует иметь в виду возможность временных отрицательных сдвигов в показателях интеллектуального развития, связанных с воздействием негативных психогенных факторов, дизадаптирующих ребенка в микросоциуме, что мы наблюдали у 2 детей. Это находило подтверждение в результатах исследования их эмоционального состояния (увеличивающийся в процессе реабилитации уровень тревожности и депрессивности). Подключение дополнительных психотерапевтических мероприятий способствовало восстановлению положительной динамики состояния детей в процессе реабилитационного процесса.

Положительная **динамика поведения** отмечена у всех детей с умственной отсталостью без отчетливых психопатоподобных расстройств. Дети стали более самостоятельными, упорядоченными в поведении. Уменьшилась присущая многим из них назойливость и т. н. «диффузная общительность», прояв-

лявшаяся в отсутствии чувства дистанции и в фамильярности при общении со взрослыми. У детей с чертами тормозимости, наоборот, появилась большая уверенность при социальных контактах.

У воспитанников с нарушениями аффективно-личностного реагирования (психопатоподобными расстройствами) динамика поведения носила неоднозначный характер. Их повышенная чувствительность к определенному рода психогенным воздействиям приводила к тому, что на фоне описанных положительных сдвигов в поведении сохранялись конфликтность, готовность к эксплозивным протестным реакциям (у лиц с импульсивным типом расстройства личности) и реакциям отказа (у лиц с тревожным расстройством личности). Данный контингент, сложный для проведения реабилитационных мероприятий, требует индивидуального подхода с применением специальных методов психокоррекционного воздействия, в ряде случаев – с назначением психотропных средств. При наличии у воспитанников стойких антисоциальных тенденций в поведении (склонности к алкоголизации, воровству, агрессивности, гомо- и гетеросексуальным эксцессам) приходилось прибегать к крайней мере – выведению воспитанника из реабилитационной группы. В противном случае работа группы могла быть дезорганизована на длительный срок. Всего были переведены на индивидуальные формы реабилитации 6 воспитанников (10,3%): из 1 реабилитационной группы – 9%, из 2 – 10%, из 3 – 12% воспитанников.

Динамика **эмоционального состояния** детей и подростков в процессе проведения реабилитационных мероприятий при всех индивидуальных различиях имела общие для всех закономерности.

К концу 1 года положительная динамика эмоционального состояния, проявлявшаяся в улучшении фона настроения, снижении уровня тревожности, неуверенности, боязливости с готовностью к реакциям активного и пассивного протеста, чаще обнаруживалась у воспитанников с умеренной и легкой на грани с умеренной УО, т. е. 3 и 2 реабилитационных групп. Их цифровые значения представлены в табл. 7.

К концу 2 этапа реабилитации, наоборот, положительные сдвиги в показателях эмоционального состояния, определяемые как по общему клиническому впечатлению, так и по результатам психологического обследования, в большинстве отмечались у воспитанников с легкой УО (1 реабилитационная группа), в то время как среди детей и подростков 2-й и 3-й реабилитационных групп увеличивалось число лиц с негативными сдвигами в эмоциональном состоянии. Цифровые значения представлены в табл. 7 и 8.

Таблица 7.

Динамика эмоциональных показателей воспитанников различных реабилитационных групп по результатам психологического обследования к концу 1-го этапа реабилитационных мероприятий

Реабилитационные группы	Показатель					
	Уровень тревожности			Уровень депрессивности		
	Повышение	Снижение	Без изменений	Повышение	Снижение	Без изменений
1-я	27,6%	14,3%	57,1%	35,7%	14,2%	50,0%
2-я и 3-я	28,6%	64,7%	17,6%	10,0%	30,0%	60,0%

Таблица 8.

Динамика эмоциональных показателей воспитанников различных реабилитационных групп по результатам психологического обследования к концу 2-го этапа реабилитационных мероприятий

Реабилитационные группы	Показатель					
	Уровень тревожности			Уровень депрессивности		
	Повышение	Снижение	Без изменений	Повышение	Снижение	Без изменений
1-я	16,6%	83,4%	-	19,4%	51,2%	29,4%
2-я и 3-я	21,6%	66,6%	11,8%	18,2%	45,4%	36,4%

Сопоставление показателей происходит с исходными данными (до начала реабилитационного процесса)

Распределение воспитанников, включенных в реабилитационные мероприятия, в зависимости от уровня тревожности на различных этапах реабилитационного процесса представлено в табл. 9.

Таблица 9.

Распределение воспитанников в зависимости от уровня тревожности на различных этапах реабилитационного процесса

Показатель	Этапы реабилитационного процесса		
	Исходный уровень	Конец 1-го этапа	Конец 2-го этапа
Низкий уровень	-	9,1%	-
Средний уровень	65,1%	72,7%	83,4%
Высокий уровень	34,9%	18,2%	12,5%

Распределение воспитанников, участвующих в реабилитационных мероприятиях, в зависимости от уровня депрессивности на различных этапах реабилитационного процесса представлено в табл. 10.

Таблица 10.

Распределение воспитанников в зависимости от уровня депрессивности на различных этапах реабилитационного процесса

Показатель	Этапы реабилитационного процесса		
	Исходный уровень	Конец 1-го этапа	Конец 2-го этапа
Ниже среднего	10,6%	17,7%	23,5%
Средний уровень	63,1%	47,0%	64,7%
Выше среднего	26,3%	35,3%	11,7%

В целом же по всем группам отмечалась положительная динамика эмоционального состояния, проявлявшаяся в снижении как уровня тревожности, так и показателя уровня депрессии, представленных в табл. 9 и 10.

При этом представляет интерес динамика не только общего показателя детского депрессивного опросника CDI, но и показателей его отдельных шкал, отражающих основные проблемы ребенка или подростка, возникающие в процессе проведения реабилитационных мероприятий.

Так, исходные показатели свидетельствовали о наиболее низких (в целом по группам) показателях по шкале «неспособность» (ниже средних определялись у 31,2% обследованных) и «отрицательное отношение к себе» (ниже средних определялись у 43,7% обследованных), что являлось проявлением их некритичности с завышенной самооценкой. Высокие показатели наиболее часто отмечались по шкале «плохое настроение» и «ангедония» - у 37,5% обследованных, при том что «ниже среднего» указанные показатели отмечались лишь у 6,2% обследованных. Это являлось отражением той скучной и безрадостной жизни, которой жили воспитанники ПНИ до начала комплекса реабилитационных мероприятий.

Как видно из представленных в табл. 7 данных, к концу 1-го года проведения реабилитационных мероприятий у трети воспитанников с пограничной и легкой УО отмечалось повышение общего показателя депрессивного теста. Наиболее часто подъем фиксировался по шкале «неспособность» и «отрицательное отношение к себе» - 23,5% воспитанников, а также «ангедония» и «плохое настроение» - у 35,7% воспитанников. У детей с умеренной УО повышение общего показателя в основном происходило за счет шкалы «межличностные отношения». Т. е. динамика эмоционального состояния воспитанников в процессе проведения реабилитационных мероприятий носила неоднозначный характер. У части воспитанников к концу 1-го года проведения коррекционно-воспитательных занятий отмечалось улучшение фона настроения (снижение уровня тревожности, депрессивных проявлений). У другой части воспитанников, напротив, отмечалось повышение уровня тревожности, усиление депрессивных проявлений, что может быть связано с различными причинами.

Во-первых, процесс реабилитации, направленный на смену поведенческих стереотипов, стереотипов межличностного общения, изменение отношения к собственному Я, предъявляет повышенные требования к эмоционально-личностному уровню психической деятельности ребенка и подростка, ресурс которого может быть недостаточным.

Во-вторых, при проведении реабилитационных мероприятий не всегда учитывались личностные особенности детей и подростков, врожденные или сформированные в процессе длительного пребывания в сиротских учреждениях. Это требовало подключения специальных психотерапевтических и коррекционно-воспитательных мероприятий, направленных на снятие эмоционального напряжения, формирование у воспитанников новых форм социального и межличностного функционирования, в ряде случаев внесения изменений в собственно реабилитационные программы.

В-третьих, нельзя исключить у подростков с легкой и пограничной УО более критичного отношения к себе и окружающим как результата психического развития в процессе реабилитации, более осмысленного отношения к своему положению и будущей судьбе. Не случайно повышение депрессивного балла по шкале «неспособность» и «отрицательное отношение к себе» отмечалось только у лиц с легкой и пограничной УО к концу I этапа реабилитации..

II этап - «контактная семья», или «патронат выходного дня» - стартовал через год после начала занятий по дифференцированным развивающим программам и трудового воспитания в ПНИ. Для этого этапа характерно снижение уровня тревожности и депрессивности у большинства воспитанников, особенно отчетливое у детей и подростков с легкой и пограничной УО (см. данные табл. 8, 10), что свидетельствует о лучшей адаптации детей и подростков к новым, сложившимся в процессе проведения комплексных реабилитационных программ условиям проживания в окружающего их микросоциума.

Повышение общего балла при обследовании детским депрессивным тестом отмечалось у 11,7% вос-

питанников преимущественно за счет шкалы «межличностные отношения», что совпадало с результатами клинического наблюдения. Новый этап реабилитации потребовал от воспитанников сложного для них перехода от сложившихся в ПНИ форм адаптивного поведения к тем, которые приняты в открытом обществе. В первую очередь этот процесс оказался болезненным для воспитанников с патохарактерологическими расстройствами. Конфликты возникали на почве повторных краж в контактной семье, неадекватного поведения с ситуационной булимией, нарушением санитарных норм и норм семейного общежития. У нескольких воспитанников с тревожными расстройствами личности регламентированность выезда в патронатную семью и возвращения в ПНИ способствовали возникновению невротических и патохарактерологических реакций, в том числе с отказом от патроната выходного дня - «так спокойнее».

У другой части, напротив, негативные реакции возникали при возвращении в ПНИ, где они сталкивались с прежними формами межличностного общения, быта и формального отношения к себе. Неприятие старых форм общежития вызывало конфликты с окружающими, в том числе с воспитателями, тоску по ставшей значимой фигурой патронатного воспитателя. К этому следует добавить, что сами члены контактных семей были не всегда подготовлены в содержательном и эмоциональном плане к приему психически неполноценных детей. Не всем хватало выдержки, понимания их состояния, особенностей болезни. Одного лишь сострадания было явно недостаточно. Как свидетельствовал полученный опыт, необходима предварительная подготовка лиц, готовых к сотрудничеству, в виде индивидуальных бесед, с тем чтобы они реально представляли трудности, столкнуться с которыми им придется. Необходим отдельный план действий для каждой контактной семьи, разработанный с участием специалистов, учитывающий индивидуальные психические и психологические особенности ребенка или подростка. Желателен небольшой курс лекций, позволяющий членам контактных семей узнать необходимый минимум об особенностях психических проявлений воспитанников, их возможностей и элементарных приемах психотерапевтического и коррекционно-воспитательного характера, с тем чтобы сгладить возможные недоразумения.

Таким образом, динамика психического состояния воспитанников ПНИ в процессе проведения реабилитационных мероприятий при общих положительных результатах носила неоднозначный характер и зависела от целого комплекса факторов: индивидуальных личностных характеристик воспитанников, степени интеллектуального недоразвития, осложняющей психопатологической симптоматики, соответствия проводимых реабилитационных мероприятий познавательным способностям ребенка или подростка.

Обобщая полученные результаты можно сделать вывод о том, что воспитанники ПНИ с легкой и умеренной УО обладают определенным реабилитационным потенциалом, который может быть реализован при создании адекватной системы коррекционно-воспитательных, развивающих и ресоциализирующих воздействий не только в детском, но и подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дементьева Н. Ф., Модестов А. А. Организация медико-социальной реабилитации умственно отсталых подростков в специализированных детских домах // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1988, т. 98. - № 3. – С. 81-86.
2. Задонская Г. А., Трофимова Н. В., Макушенко Е. В. Реабилитационное направление в работе психоневрологического интерната // Сб. научных трудов, посвящ. 75-летию каф. соц. медицины и организации здравоохранения. – СПб, 1998. – Вып. 3, - С. 276-279.
3. Зарецкий В. К., Дубровская М. О., Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. Пути решения проблемы сиротства в России. – М.: ООО «Вопросы психологии». – 2002. – 205 с.
4. Коробейников И. А., Слуцкий В. М. О некоторых особенностях формирования интеллекта детей в условиях психической депривации // Дефектология. – 1990. - № 3. – С. 19-23.
5. Крыжановская И. Л. Сравнение результатов клинико-эпидемиологического исследования умственно отсталых детей-сирот и умственно отсталых детей, воспитывающихся в семьях. // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1990, т. 90. - № 3. – С. 75-78.
6. Мухина В. С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. – 1989. - № 1. – С. 32-39.
7. Паршутин А. В., Паршутин М. М., Розенцвейг В. М. и др. Клинико-социальные особенности молодых инвалидов с легкими степенями умственной отсталости, проживающих в психоневрологических интернатах, в связи с задачами социально-трудовой реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998, т. 4. – С. 26-29.
8. Сухотина Н. К., Крыжановская И. Л. Результаты психолого-психиатрического обследования воспитанников одного из детских психоневрологических интернатов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003 (3). - № 2. – С. 7 –11.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

П. В. Безменов, Э. С. Мандрусова

РЕФЕРАТИВНЫЕ ОБЗОРЫ

Детская психиатрическая больница № 6 (Москва).

БЕСПРИЗОРНЫЕ И БЕЗНАДЗОРНЫЕ ДЕТИ И ПОДРОСТКИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ КОРРЕКЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ.

Проблема помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам актуальна во всем мире. Считается, что общее количество беспризорных и безнадзорных детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет в мире составляет порядка 100 млн, 25-33% из них — девочки [1, 2]. Около 70% из них полностью не утратили связей с семьей; проводя вне дома один или несколько дней, они затем на некоторое время возвращаются обратно. Еще от 20% до 25% беспризорных и безнадзорных детей и подростков имеют семьи, однако предпочитают не поддерживать с близкими никаких отношений. Оставшиеся 5-10% беспризорных и безнадзорных детей и подростков являются сиротами.

Особое значение проблема беспризорности имеет в странах третьего мира, в частности, в Латинской Америке. По некоторым данным, только в Бразилии насчитывается порядка 7-17 млн безнадзорных детей и подростков, т. е. от 4% до 10% от общей популяции [3, 4]; примерно 30% из них полностью утратили связи с семьей и все свое время проводят на улице [5]. И это несмотря на то, что в 1990 г. правительство Бразилии провозгласило задачу борьбы с беспризорностью «абсолютно приоритетной» [6]. В Шри-Ланке аналогичный показатель составляет порядка 1 млн, причем средний возраст беспризорных детей — около 10,5 лет. В странах с неустойчивым политическим положением, частыми военными конфликтами процент безнадзорных детей наиболее высок. Так, в Эфиопии насчитывается порядка 4-5 млн таких детей, что составляет более 15% от общего числа населения; около половины из них — беспризорные, хотя почти у 90% имеются семьи [7].

Однако такое явление, как беспризорность, нельзя считать свойственным исключительно государствам со слабой или отсталой экономикой, недостаточным уровнем развития социально ориентированных инфраструктур и отсутствием целевых программ, направленных на помощь малообеспеченным слоям населения. Во многих странах, занимающих ведущее место по уровню жизни, количество безнадзорных и беспризорных детей и подростков таково, что признается проблемой государственного масштаба, для решения которой создается множество официальных и общественных гуманитарных организаций. Так, в Великобритании в 1990 г. было официально зарегистрировано 43 000 случаев ухода из дома и бродяжничества среди детей и подростков в возрасте младше 16 лет (причем, около 11% из них были младше 11 лет), т. е. 6 случаев ухода на 1000 детей в год [8]. В Англии (Великобритания) только по официальным данным в 1993-94 гг. насчитывалось от 140 000 до 170 000 бездомных детей, из них по меньшей мере половина были беспризорными, а у большинства остальных внутрисемейные связи были нарушены до степени, позволявшей констатировать безнадзорность [9, 10].

На борьбу с беспризорностью, в частности, решение связанных с ней проблем чисто медицинского характера затрачиваются огромные средства, однако прямые расходы, которые несут службы здравоохранения, — это лишь капля в море. Значительно более высоки косвенные потери, связанные, например, с высоким уровнем заболеваемости, невозможностью осуществления профилактических вмешательств, последствиями глубокого психологического стресса. Недостаточную эффективность существующей системы помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам, а также необходимость комплексного и дифференцированного подхода, в том числе включающего подготовку соответствующих законодательных актов, регулирующих подобную деятельность, отмечают многие авторы [1, 11-16]. С целью более рационального использования медицинских ресурсов во многих странах созданы специализированные программы помощи, в первую очередь, ориентированные на возврат детей и подростков в наиболее приемлемые для них условия социального окружения (родные семьи, приемные родители, учреждения временного пребывания, в том числе лагеря, интернаты, приюты) с последующим определением спектра необходимых медицинских, в том числе психотерапевтических (в первую очередь, семейно-ориентированных) вмешательств. Очевидно, что такой подход может быть эффективно реализован лишь при условии существования развитой и успешно функционирующей системы социальной защиты, наличия в достаточном количестве соответствующих учреждений, как государственных, так и частных, а также способов контроля за эффективностью подобной работы. Однако в последние годы растет понимание того, что акцент исключительно на социальном аспекте не позволяет в пол-

ной мере решить проблему. Сам по себе факт перевода в условия постоянного пребывания, несмотря на всю его важность, далеко не всегда оказывается достаточным для обеспечения приемлемого уровня адаптации ребенка в дальнейшем.

Это не удивительно, учитывая комплексный характер проблемы беспризорности, в котором одним из наиболее значимых, безусловно, является медицинский, в частности, психиатрический аспект. Практически все авторы сходятся во мнении, что подавляющее большинство безнадзорных и беспризорных детей и подростков имеет те или иные психические нарушения, обусловленные, в частности, депривацией, неизбежно возникающей при разрыве социальных, в том числе внутрисемейных связей. Спектр этих нарушений зависит от целого ряда факторов, таких как возраст, наличие психических заболеваний у родителей, эпизоды физического насилия. У детей дошкольного и младшего школьного возраста с наибольшей частотой выявляются расстройства невротического уровня (нарушения сна, расстройства приема пищи, повышенный уровень тревожности) и нарушения поведения (гиперкинетическое расстройство, агрессия), нередко сочетающиеся с патологическими изменениями в эмоциональной сфере и задержкой психического развития различной структуры и степени выраженности (как парциальной, в том числе развития речи, моторных навыков, так и общей). При наличии в анамнезе эпизодов физического насилия нередко выявляются тревожное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В части случаев имеются расстройства психотического уровня, включая депрессию с суицидальными тенденциями [17-21]. Вероятность эмоциональных нарушений и девиантных форм поведения у беспризорных детей дошкольного возраста повышается при наличии аффективных расстройств у их матерей [22]. В одном из исследований показано, что примерно у 1/3 беспризорных и безнадзорных детей и подростков, направленных в социальные учреждения, отмечаются те или иные психические нарушения, достигающие уровня клинической значимости и требующие госпитализации в психиатрические стационары [20].

У беспризорных детей и подростков по сравнению с детской популяцией в целом значительно выше риск стать жертвой физического и сексуального насилия, приобрести зависимость от психоактивных и токсических веществ [11, 12, 23]. В Шри-Ланке не менее 20% беспризорных и безнадзорных детей и подростков (средний возраст около 10,5 лет) злоупотребляют психоактивными веществами (в основном курение), около 16% подвергаются сексуальному насилию [24]. В Бразилии около 25% беспризорных детей и подростков регулярно (в основном ежедневно) употребляют алкоголь, около 60% курят, примерно 40% ингалируют пары токсических веществ, 25% употребляют марихуану [5]. В США около 30% безнадзорных детей и подростков перенесли по меньшей мере один эпизод сексуального насилия (по сравнению с 10% сирот, проживающих в социальных учреждениях) [25]. По другим данным, приблизительно половина безнадзорных детей и подростков в США подвергаются физическому или сексуальному насилию с последующим возникновением примерно у 1/3 из них клинически значимых расстройств поведения, в том числе антисоциальных, а также злоупотребления психоактивными веществами [26]. В одном из исследований показано, что более 80% беспризорных детей и подростков в Америке подвергаются физическому и/или сексуальному насилию; у 18% из них последствия этого достигают уровня клинической значимости и соответствуют критериям диагностики ПТСР [27]. В Эфиопии сексуальному насилию подвергаются порядка 26% беспризорных детей и подростков, физическому — более 50% [28].

Не меньшее значение придается факторам риска беспризорности. К одним из наиболее значимых относят домашнее насилие, а также вынужденный переезд на новое местожительство (беженцы, нелегальные иммигранты и т. п.), на долю которых, по разным данным, приходится от 50% до 85% и около 25% соотв. [21, 29, 30]. Наряду с этим, в числе факторов риска называют также наличие психических заболеваний у родителей (по некоторым данным, на долю этого фактора приходится около 50%), злоупотребление психоактивными веществами родителями, неудовлетворительное материально-бытовое положение семьи (в некоторых исследованиях данный фактор имеет ведущее значение, особенно у безнадзорных детей и подростков; на его долю приходится около 80%), ограниченная возможность пользоваться услугами медицинской и социальной служб, воспитание в многодетной или неполной семье, низкий образовательный уровень родителей, неудовлетворение потребностей ребенка, отсутствие у родителей постоянной работы, особенности воспитания (прежде всего, авторитарный стиль воспитания) и целый ряд других [23, 30-36]. Беспризорность и безнадзорность характеризуются различным профилем факторов риска; кроме того, факторы риска различаются в зависимости от пола (так, у девочек по сравнению с мальчиками большее значение имеют неблагоприятная внутрисемейная обстановка, конфликты с родителями, физическое насилие) и возраста [37].

Результаты многочисленных исследований убедительно свидетельствуют, что проблемы, связанные с безнадзорностью, в том числе, обусловленные психическими нарушениями, невозможно решить только за счет простого определения беспризорных и безнадзорных детей и подростков в условия постоянного пребывания, будь то возврат в родные семьи, направление в приемные семьи или социальные

учреждения. Прежде всего, выбор оптимального социального окружения, в которое планируется вернуть ребенка или подростка, должен осуществляться с учетом целого ряда факторов, таких как степень сохранности внутрисемейных связей, причины, повлекшие за собой уход из дома (жестокое обращение, неудовлетворительные материально-бытовые условия), психопатологическая отягощенность родителей и т. д. Оценка этих факторов должна быть составной частью любой программы помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам.

Наряду с этим при разработке комплексных программ помощи необходимо учитывать тот факт, что по своим характеристикам беспризорные и безнадзорные дети разнородны. Прежде всего, речь идет о таком параметре, как степень сохранности внутрисемейных связей. В литературе принято выделять «детей улицы», то есть полностью утративших связи с семьей, если таковая имеется, либо с социальным учреждением, в котором они проживали, будь то эмоциональная привязанность, материальная зависимость и т. п. (беспризорные дети), и «детей на улице», то есть порвавших с привычным окружением лишь частично и сохранивших, пусть в неполном объеме, прежние связи (безнадзорные дети). Любая программа помощи должна быть адресной, то есть учитывать особенности контингента, на который она ориентирована. Очевидно, что коррекционно-реабилитационные вмешательства, предназначенные для работы с детьми, сохранившими эмоциональную привязанность к прежнему окружению, но вынужденными в силу, например, неблагоприятного материального положения искать работу на улице, будут отличаться от таковых, рассчитанных на детей, прежнее окружение которых не вызывает в них никакого эмоционального отклика [38]. Недостаточное внимание к данному фактору в значительной мере снижает эффективность последующей работы. В одном из исследований показано, что в отсутствие адекватного коррекционно-реабилитационного подхода психические нарушения, выявленные у беспризорных и бездомных детей, продолжают оставаться клинически значимыми спустя 1 год после помещения их в социальные учреждения, причем чем старше ребенок, тем более стойкий и необратимый характер имеют эти расстройства, прежде всего эмоциональная дефицитарность и своеобразие в коммуникативной сфере [23].

Нельзя забывать и о том, что многие беспризорные и безнадзорные дети и подростки, даже при наличии у них тяжелых соматических заболеваний, активно противятся контактам с врачами, социальными работниками, сотрудниками юридических органов из-за страха, недоверия, нежелания возвращаться в прежние условия, из-за испытываемой ими привычной потребности в «свободе» и т. п. [39].

Таким образом, очевидна необходимость комплексного межведомственного подхода к оказанию дифференцированной помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам. Только совместными усилиями специалистов здравоохранения, психолого-педагогической и социальной служб в активном взаимодействии с юридическими органами можно создать условия для оказания адекватной с точки зрения эффективности и экономической целесообразности коррекционно-реабилитационной и профилактической помощи беспризорным и безнадзорным детям и подросткам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Connolly M., Franchet C.N. Manila street children face many sexual risks. *Network* 1993; 14(2):24—25.
2. le Roux J., Smith C.S. Causes and characteristics of the street child phenomenon: a global perspective. *Adolescence* 1998;33(131):683—688.
3. Rosenberg F., Estimativas de Crianças e Adolescentes de Rua na Cidade de São Paulo. *Cadernos de Pesquisa-Fundação Carlos Chagas* 1994;91:30—45.
4. Inciardi J.A., Surratt H.L. Children in the streets of Brazil: drug use, crime, violence, and HIV risks. *Subst Use Misuse* 1998;33(7):1461—1480.
5. Forster L.M., Tannhauser M., Barros H.M. Drug use among street children in southern Brazil. *Drug Alcohol Depend* 1996;43(1—2):57—62.
6. Ribeiro M.O., Trench Ciampone M.H. Homeless children: the lives of a group of Brazilian street children. Maternal-Infant and Psychiatric Nursing Department, School of Nursing at University of São Paulo, São Paulo, Brazil. E-mail moneda@usp.br.
7. Beyene Y., Berhane Y. Characteristics of street children in Nazareth, Ethiopia. *East Afr Med J* 1997;74(2):85—88.
8. Abrahams C., Mungall R. Runaways: exploding the myths. London: National Children's Home, 1992.
9. Leff J. All the homeless people: where do they all come from? *BMJ* 1993;306:669—670.
10. Connolly J., Crown J., eds. Homelessness and ill health: report of working party of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 1994.
11. Sherman D.J. The neglected health care needs of street youth. *Public Health Rep* 1992;107(4):433—440.
12. Ensign J., Santelli J. Shelter-based homeless youth. Health and access to care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(8):817—823.
13. Adlaf E.M., Zdanowicz Y.M. A cluster-analytic study of substance problems and mental health among

street youths. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25(4):639—660.

14. Rew L. Characteristics and health care needs of homeless adolescents: a review. *Nurs Clin North Am* 2002;37(3):423—431.

15. Ayuku D., Odero W., Kaplan C., De Bruyn R., De Vires M. Social network analysis for health and social interventions among Kenyan scavenging street children. *Health Policy Plan* 2003;18(1):109—118.

16. Feldman J., Middleman A.B. Homeless adolescents: common clinical concerns. *Semin Pediatr Infect Dis* 2003;14(1):6—11.

17. Conway J., ed. Prescription for poor health: the crisis for homeless families. London: LFC, Maternity Alliance, SHAC, Shelter, 1988.

18. Finkelstein J., Parker R. Homeless children in America: taking the next step. *Am J Dis Child* 1993;147:520—521.

19. Amery J., Tomkins A., Victor C. The prevalence of behavioral problems amongst homeless primary school children in an outer London Borough. *Public Health* 1995;109:421—424.

20. Vostanis P., Cumella S., Briscoe J., Oyebo F. Psychosocial characteristics of homeless children; a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1996;10:108—117.

21. Cumella S., Grattan E., Vostanis P. The mental health of children in homeless families and their contact with health, education and social services. *Health Soc Care Community* 1998;6(5):331—342.

22. Bassuk E.L., Weinreb L.F., Dawson R., Perloff J.N., Buckner J.C. Determinants of behavior in homeless and low-income housed preschool children. *Pediatr* 1997;100:92—100.

23. Vostanis P., Grattan E., Cumella S. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *BMJ* 1998;316:899—902.

24. Senanayake M.P., Ranasinghe A., Balasuria C. Street children — a preliminary study. *Ceylon Med J* 1998;43(4):191—193.

25. Greene J.M., Ennett S.T., Ringwalt C.L. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *Am J Public Health* 1999;89(9):1406—1409.

26. Stiffman A.R. Physical and sexual abuse in runaway youths. *Child Abuse Negl* 1989;13(3):417—426.

27. Stewart A.J., Steiman M., Cauce A.M., Cochran B.N., Whitbeck L.B., Hoyt D.R. Victimization and posttraumatic stress disorder among homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(3):325—331.

28. Lalor K.J. Street children: a comparative perspective. Dublin Institute of Technology, School of Social Sciences, Ireland.

29. Brooks L., Patel M. Homelessness and Health: a right to health care, a challenge for the health services. London: Redbridge and Waltham Forest Health Authority, 1995.

30. Vostanis P., Grattan E., Cumella S., et al. Psychological functioning of homeless children. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1997;36:881—889.

31. Aneci Rosa C.S., Borba E.S., Ebrahim G.J. The street children of Recife: a study of their background. *J Trop Pediatr* 1992;38(1):34—40.

32. Zima B.T., Wells K.B., Benjamin B., Duan N. Mental health problems among homeless mothers: relationship to service use and child mental health problems. *Arch Gen Psych* 1996;53(4).

33. Bassuk E.L., Buckner J.C., Weinreb L.F., Browne A., Bassuk S.S., Dawson R., Perloff J.N. Homelessness in female-headed families: childhood and adult risk and protective factors. *Am J Pub Health* 1997;87(2):241—248.

34. Matchinda B. The impact of home background on the decision of children to run away: the case of Yaounde City street children in Cameroon. *Child Abuse Negl* 1999;23(3):245—255.

35. Aderinto A.A. Social correlates and coping measures of street children: a comparative study of street and non-street children in south-western Nigeria. *Child Abuse Negl* 2000;24(9):1199—1213.

36. Tiwari P.A., Gulati N., Sethi G.R., Mehra M. Why do some boys run away from home? *Indian J Pediatr* 2002;69(5):397—399.

37. Raffaelli M., Koller S.H., Reppold C.T., Kuschick M.B., Krum F.M., Bandeira D.R., Simoes C. Gender differences in Brazilian street youth's family circumstances and experiences on the street. *Child Abuse Negl* 2000;24(11):1431—1441.

38. Williams C. Who are «street children»? A hierarchy of street use and appropriate responses. *Child Abuse Negl* 1993;17(6):831—841.

39. Nzimakwe D., Brookes H. An investigation to determine the health status of institutionalised street children in a place of safety in Durban. *Curationis* 1994;17(1):27—31.

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ

НА УЧЕБНИК Я. Л. КОЛОМИНСКОГО, Е. А. ПАНЬКО, С. А. ИГУМНОВА «ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ»

Новый учебник Я. Л. Коломинского, Е. А. Панько, С. А. Игумнова (изд-во «ПИТЕР», 2004) представляет собой фундаментальный труд охватывающий самые разные стороны и сферы психического развития детей. Он отличается логической стройностью, широтой представленного материала, увлекательностью и доступностью изложения. Особенно привлекает взаимосвязь возрастной, педагогической и клинической психологии детского возраста.

Учебник содержит системное изложение курса возрастной психологии. Он включает 5 частей, каждая из которых подразделяется на несколько глав.

В первой части учебника вводятся основные понятия детской психологии и в популярной форме представлены основные теории детского развития. Авторы определяют предмет и методы детской психологии, знакомят читателей с главными концепциями и подходами к пониманию и исследованию психики ребенка. Эта часть учебника не только дает информацию о различных направлениях психологии, но и закладывает теоретический фундамент, необходимый для более полного и адекватного понимания конкретных этапов психического развития. Очень ценно, что этим фундаментом является отечественный, культурно-исторический и деятельностный подход, который последовательно реализуется в дальнейшем изложении. Это, в частности, выражается в особом акценте на роли общения детей в их психическом развитии, а также в том, что предметом пристального анализа на каждом возрастном этапе становится ведущая деятельность.

Вторая часть учебника посвящена психическому развитию ребенка в **младенческом и раннем возрасте**. Опираясь на зарубежные и отечественные исследования, авторы рассматривают особенности периода новорожденности, становление и развитие общения со взрослым, развитие познавательной активности и предметной деятельности младенца. Авторы подробно останавливаются на становлении орудийных действий и развитии предметной деятельности как ведущей на данном возрастном этапе. Подробно рассматриваются периоды и закономерности развития речи в раннем детстве и становление игровой деятельности. Последний параграф данной главы посвящен становлению личности ребенка и кризису трех лет; Здесь наряду с «классическими» данными, представлены новые факты, которые получают убедительную интерпретацию.

Третья часть учебника содержит описание разных видов **деятельности дошкольника**. Ее открывает глава, посвященная ведущей деятельности дошкольника – ролевой игре. Ярko и убедительно авторы раскрывают значение игры для развития ребенка, социальную природу игры и основные единицы ее анализа. Отдельные главы посвящены художественной, трудовой и учебной деятельности дошкольников.

Четвертая часть посвящена познавательным процессам ребенка: развитию восприятия, внимания, памяти, мышления, воображения. Подробно анализируются различные аспекты становления речи.

И, наконец, **пятая**, самая интересная и объемная часть книги (она состоит из 11 глав и занимает почти половину всего объема) посвящена **развитию личности ребенка**. Отдельные главы данной части посвящены развитию самосознания и самооценки, эмоциям и чувствам ребенка, развитию волевой сферы и пр. В эту же часть (по не совсем понятным основаниям) включены главы, посвященные темпераменту детей и психологии личности и деятельности воспитателя детского сада. Следует отметить неравномерную представленность разных возрастов. Так, младший школьный возраст упоминается только в главе 21, посвященной проявлениям темперамента, а психология подростка включена лишь в последнюю часть (главы 24 и 25), посвященную развитию личности.

В целом учебник дает полную информацию о психическом развитии ребенка и (что самое главное) закладывает психологическую базу, необходимую для практической педагогической работы с детьми. Важно, что развитие ребенка рассматривается в контексте его общения со взрослым и особый акцент делается **на роли взрослого** в каждый период детского развития. Это дает студентам ориентиры для конкретной педагогической и коррекционной работы с детьми разных возрастов. Особенно ценным представляется то, что в заключительной главе учебника и в приложениях содержится изложение конкретных психологических методик (как диагностических, так и коррекционных). Знакомство с методиками позволяет сочетать теоретическую подготовку студентов с овладением реальным инструментарием для практической работы.

Каждая глава учебника содержит вопросы для повторения и практические задания, которые помогают суммировать предшествующее изложение, выделить и усвоить главное. Приведенные в конце каждой главы вопросы и задания могут стать основой для проведения семинаров и практических занятий.

В целом же, появление нового учебника можно рассматривать как значительное событие в психологическом образовании и в педагогике высшей школы. В нем четко и грамотно описаны не только главные достижения, но и основные проблемы современной науки о детстве. Очень важно, что текст написан ясным и доходчивым языком, читается с большим интересом и удовольствием. Авторам удалось сочетать серьезность и фундаментальность излагаемого научного содержания с легкой и увлекательной формой изложения.

Е. О. Смирнова, доктор психол. наук, профессор

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 21 октября 2004 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («Игра»); участвовали 17 человек (психиатры, психологи, коррекционные педагоги, нейропсихолог, электрофизиолог, сотрудники Института гармоничного развития и адаптации и Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской»).

Ведет консилиум кандидат мед. наук А. А. Северный.

История болезни представлена детским психиатром, доктором мед. наук Н. М. Иовчук.

Ребенок X, 7 лет 8 мес.

Наследственно-семейный фон

Линия отца

Дед – инженер. Человек спокойный, положительный, общительный, имеет близких друзей. В период совместной жизни с первой женой (бабкой по линии отца) ни разу с ней не поссорился, за исключением заключительного скандала, приведшего к скоропалительному разводу. После развода материально помогал бывшей семье, часто встречался с сыном, до сих пор интересуется его жизнью и состоянием внука.

Бабка по линии отца (основной воспитатель нашего больного) имеет среднее техническое образование, 30 лет работала мастером на радиозаводе. Свою работу выполняла всегда очень четко, никогда от нее не уставая, пользовалась уважением сослуживцев и начальства. Стремилась всем помочь, не думая о своем времени и силах; как она сама говорит, по-видимому, имела «жертвенный характер». В своем городке имела много знакомых и друзей; любимым занятием были поездки по стране - в гости и на отдых. После того как завод перестал быть рентабельным, ушла уже в пенсионном возрасте вместе со своим начальником в фирму в качестве бухгалтера, закончив предварительно бухгалтерские курсы. Начальника, ровесника ее сына, во многом идентифицировала с последним и очень хотела ему помочь. Свою трудовую деятельность закончила, только вынужденно переехав в Подмоскovie для воспитания ребенка (нашего обследуемого). Никогда не скучала и не сидела (и не сидит) без дела – и дома, и на работе. Не жалеет о том, что вынуждена была прекратить свою деятельность и осталась без широкого круга общения. Считает воспитание ребенка таким же важным делом, как трудовую деятельность. Впервые обратившись в Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской» за консультацией психиатра, понимала необычность ребенка, но все же была расстроена и растеряна, когда ей указали на болезненный характер его расстройств. В отличие от многих других родителей и прародителей больных, сразу согласилась на лечение ребенка, четко соблюдала все рекомендации врачей и других специалистов. Никогда не опаздывает, не ленится по несколько раз в неделю ездить в Москву из Подмоскovie для коррекционных занятий с ребенком и консультаций. С ребенком всегда спокойна, почти не повышает голоса, редко его наказывает, только при достаточно серьезных провинностях (ставит в угол). Всегда подтянута, ухожена, хорошо одета, немногословна, в спокойном ровном настроении. Слегка заикается. Крайне лаконична в своих описаниях и оценках. Не страдает от отсутствия друзей в Москве. Ее контакты сейчас по существу ограничены ребенком и теми, кто с ним работает. Считает, что это даже хорошо, поскольку друзьям и родственникам пришлось бы объяснять причину странного поведения ребенка.

После единственного скандала с мужем на другой же день подала на развод и никогда об этом не жалела, хотя, как она сама говорит, «3 года ходила мертвая, застывшая», а потом все время боялась визитов мужа, чтобы не остаться с ним навсегда. О себе говорит, что она всю жизнь очень терпелива, бесконфликтна, но «либо не ссорится, либо не прощает».

Отец, 43 лет, экономист, в течение последних 1,5 лет директор лечебно-оздоровительного учреждения в Латвии. Всегда хорошо, легко, ровно учился. Никогда (ни в детстве, ни в подростковом возрасте, ни позже) не доставлял никаких хлопот матери. К ней всегда был внимателен, ласков, но своими переживаниями и проблемами не делился. После окончания института работал в Подмоскovie, еженедельно звонил матери, интересовался ее жизнью, но об его интимной жизни она ничего не знала и не знает до сих пор. Сдержан, собран, доброжелателен к людям, имеет близких друзей. Женился по любви в возрасте 29 лет. Брак был удачным, между супругами не было никаких конфликтов, жили очень дружно, всегда вместе проводили свободное время. Единственное, что омрачало брак, – длительное отсутствие детей. Тяжело переживал смерть жены, но не утратил при этом ни работоспособности, ни мягкости характера. Очень терпелив с ребенком, много с ним занимается, играет, когда бабушка с мальчиком несколько летних месяцев проводят у него за границей. Не стесняется ходить с ребенком в гости к своим друзьям, умея при этом как-то организовать ребенка и избежать излишних вопросов и недоумений со стороны посторонних по поводу его поведения.

Известно, что два троюродных брата по линии отца (внуки родной сестры бабушки) имеют осо-

бенности развития: у ребенка младшего школьного возраста отмечаются задержка развития и серьезные трудности в обучении; старший (более 20 лет) отличается всю жизнь тяжелым характером: агрессивный, очень жестокий, эмоционально холодный, замкнутый, грубый, с садистическими тенденциями.

Линия матери

Бабка – сельская учительница, в настоящее время на пенсии. Очень деятельная, работающая, болтливая, всегда в несколько приподнятом настроении, общительна и гостеприимна. Ребенок по несколько летних месяцев обычно проводит у этой бабушки.

Дед год тому назад умер от инфаркта миокарда на фоне неоперабельного рака легких. Был инженером в селе. Человек спокойный, мягкий, гостеприимный. Очень любил ребенка, много времени ему уделял, терпеливо отвечал ему на любые вопросы. Тяжело переживал смерть дочери, был подавлен, плакал и после этого заболел.

Мать больного умерла в возрасте 38 лет в 2001 г. от опухоли мозга. По специальности экономист, работала вместе со своим будущим мужем. Всегда была в ровном, спокойном настроении. Тихая, медлительная, немногословная, очень скромная, она тем не менее имела близких подруг, хорошо ладила с друзьями мужа. Отличалась чрезмерной чистоплотностью, аккуратностью, домовитостью. Лечилась от бесплодия в течение 7 лет в Институте акушерства и гинекологии (в основном гормонами). Долгожданного ребенка обожала, «не давала ему шевельнуться», тут же приходя на помощь, одевала, кормила, не давала проявить самостоятельность. Никогда не жаловалась на особенности ребенка, хотя отмечала его странные движения руками и подпрыгивания. Заболела после возвращения с южного курорта, и вначале это было расценено как острое респираторное заболевание: отмечался длительный насморк, постепенно нарастала слабость, так что ей пришлось уволиться с работы. Вскоре была обнаружена опухоль мозга, в Институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко была сделана операция, проведена лучевая терапия. В течение 6 мес. после этого жила с ребенком в деревне у своих родителей. Почти не поднималась с постели, в последние недели перед смертью отмечалось нарушение ориентировки, забывала имена, путала людей.

Наш обследуемый воспитывается бабушкой по линии отца. Живет с ней вдвоем. Учится в первом классе массовой школы.

Сведения дает бабушка ребенка, которая живет с ним последние 2,5 года (с 5 лет). В связи с этим некоторые данные о его развитии отсутствуют.

Пробанд от I долгожданной, нормально протекавшей беременности. Роды в срок, самопроизвольные, без осложнений. Родился с весом 3050 г, длиной 53 см. Закричал сразу. В возрасте 3 мес. был обнаружен гипертонус, в основном в области ног. Были подозрения на патологию со стороны тазобедренных суставов, но они не подтвердились. Точных сроков раннего развития бабушка не знает. Известно, что совсем не ползал, что объясняли тем, что его не спускали на пол из-за недостатка места (жили в маленькой однокомнатной квартире) и холода. Самостоятельно ходить стал в возрасте 1 г. 3 мес. отдельные слова стал произносить в 1,5 г. Фразовая речь появилась в 2,5 г. Уже до года стали заметны своеобразные движения руками – кручение и встряхивание кистями близко к лицу. Как только стал самостоятельно вставать, появились прыжки на одном месте, которые расценивались как проявления радости. Практически всегда был в приподнятом, веселом, несколько возбужденном настроении, почти с постоянной улыбкой на лице. Был очень подвижен, все хватал, всем интересовался. До 3 лет совсем не умел и не пытался сам одеваться, но ел сам. Был неловок, неуклюж, угловат. Прыгая высоко прямо на двух ногах, никак не мог прыгать, переменяя ноги. Отличался блестящей памятью, запоминал и стихотворения, и сказки в прозе практически с одного предъявления. Всегда мог сказать, из какой книжки воспроизводимые им стихотворение, цитата или сказка. Детский сад начал посещать с 3-летнего возраста, но привыкал тяжело, плакал, держался одиноко, играл один. Впрочем, в этом возрасте так много болел простудными заболеваниями, что ходил в детский сад мало. С 3-летнего возраста стал произносить «плохие» слова, в основном угрозы, причем без всякого повода: «убью», «зарезу», «сломаю», «взорву». Например, в 3 г. говорил другой бабушке: «Отойди, а то возьму топор, отрублю тебе голову, поджарю на сковородке...». Испытывал удовольствие от своих слов, весело хохотал, не обращая внимание на неодобрение старших. В 4-летнем возрасте стал посещать спортивную группу для маленьких детей, но ввиду неуклюжести у него получалось плохо. Выдерживал не больше 10-15 минут занятий, а потом «шел вразнос»: начинал бегать по залу, не слушая никаких уговоров и не реагируя на замечания, кричал, громко хохотал, так что его приходилось все равно уводить. С 4,5 до 5,5 лет в связи с болезнью матери находился у другой бабушки в деревне. Известно, что в это время также продолжал стереотипно прыгать на одном месте; если чему-то радовался или у него что-то получалось, встряхивал руками; говорил «гадости», угрозы, почти постоянно был возбужден, весел, часто неуправляем. С 5,5 лет, уже переехав в Подмоскowie, посещал детский сад. Держался обособленно, в основном по полдня играл один. При этом держался по отношению к детям миролюбиво, но если кто-то пытался у него отнять игрушку или, что еще хуже, ломал им построенное, беспощадно дрался. В детском саду тоже прыгал, взмахивал руками, говорил «гадости», иногда был возбужден и не-

управляем, но на него не жаловались. Дети в основном избегали играть с ним – им были непонятны его игры. С 4,5 лет знал все буквы и цифры, хорошо считал. В 5,5 лет научился читать, но сам читать не хотел, требуя, чтобы ему читали интересные его книжки (о домах, машинах, строительной технике, метро). Дома также давал отпор в случае, если его наказывали. Так, поставленный в угол за какую-то провинность, угрожал бабушке или отцу: «Погоди, вот выйду из угла, я тебе покажу!». Как-то, когда бабушка пригрозила, что разрушит построенный им дом из ЛЕГО, если он будет плохо себя вести, бросился к телефону: «Алло, милиция! Срочно выезжайте, берите наручники, бабушка хочет разрушить мой дом..!». Когда видел новые предметы, хотел стать ими. Так, говорил, что хочет стать кирпичом, дезодорантом, антиперспирантом, бензином и т. д., играл в основном в ЛЕГО, много рисовал. При этом рисунки, хотя достаточно хорошо выполненные, отличались стереотипностью. Преимущественно рисовал технику, механизмы, схемы метро. Особенно его привлекали большие дома, башни, церкви. Был потрясен храмом Василия Блаженного, только о нем и говорил в течение нескольких недель. Бабушка заметила также нарастание боязливости, но конкретных постоянных страхов не отмечалось.

Стремление говорить «плохие» слова, о неприятном, со смехом угрожать стало особенно заметно в возрасте 5-5,5 лет. Дома, на улице, в транспорте очень громко и без всякого повода, не стесняясь посторонних говорил, например бабушке: «Отойди, а то как дам топором», или «Знаешь, как здорово я придумал, я тебя убью, на куски разрежу, на сковородку положу, зажарю...», или «Тебя в лифте острые двери напополам перерубят». Иногда отмечались нелепые высказывания. Например, в ответ на вопрос, что он ел, отвечал: «Ничего, в доме ничего нет, одни кирпичи». Все, во что играл, принимал за истинную правду, верил в свои выдумки. Фон настроения оставался приподнятым, но стал как будто еще более возбужденным. Возбуждение особенно усиливалось к вечеру, начинал, по словам бабушки, «беситься», стало трудно уложить в постель, не засыпал до часа ночи. Порой был очень агрессивным, мог броситься на отца и бабушку с кулаками, вцепиться в волосы, если ему делали замечания или наказывали. В то же время значительно усилились стереотипные движения руками и прыжки.

В таком состоянии, в возрасте был впервые консультирован в Центре «Тверской» (19 декабря 2002 г.).

На приеме: высокого роста, астенического телосложения, диспластичен (большие уши, причем, одно ухо торчит и больше другого). На лице постоянная застывшая улыбка, глаза широко раскрыты, неподвижны. Движения размашистые, неуклюжие, манерные. Возбужден, дурашлив. Оказалось невозможным привлечь его внимание, получить хоть какие-нибудь ответы на вопросы. Войдя в кабинет, тут же бросился к игрушкам, сам с собой разговаривал, часто повторяя одну и ту же фразу или одно и то же слово. Когда ему удавалось что-то построить, начинал подолгу своеобразно прыгать, почти не отрывая ног от пола, и крутить, взмахивать руками. Речь очень быстрая, смазанная, косноязычная. Резко отказывается от вмешательства бабушки, пронзительно кричит, вырывает у бабушки рисунки при попытке показать их врачу. С бабушкой груб, агрессивен, пытается ее ударить, называет «бабка старая, страшная».

Было назначено лечение сонапаксом, начиная с 20 мг в сутки. В дальнейшем доза была повышена до 50 мг в сутки и периодически к лечению добавлялись 4-5 капель неулептила.

С этого времени ребенок был обследован многими специалистами. С весны 2003 г. 1-2 раза в неделю стал посещать Центр «Тверской» для коррекционных занятий.

В течение первых же дней лечения состояние мальчика заметно улучшилось: значительно снизилось количество стереотипных движений, исчезли эхолалии, дурашливость, хотя и оставался постоянно приподнятым фон настроения. Более адекватной стала мимика, спокойнее, чище речь. Стала возможной беседа с ребенком, в которой он, впрочем, предпочитал говорить только об интересующих его предметах - технике, метро, храмах, башнях или с хохотом рассказывал свои выдумки о том, как известить бабушку, отомстить ей, причинить ей вред, или с видимым удовольствием произносил бранные слова. В это время, кроме коррекционных занятий в Центре «Тверской», продолжал посещать детский сад.

В возрасте 6,5 лет стал посещать подготовительную группу школы. Очень быстро запоминал, мгновенно усваивал материал. В школе вел себя хорошо и, по мнению учительницы, не отличался от других детей из своего класса. Стал более инициативным, собранным и сдержанным вне дома. Вне дома почти не производил стереотипных движений. Но дома становился более возбужденным, дурашливым, говорил непристойности, бранные слова, с удовольствием вслух строил планы на убийства и издевательства над близкими. За 1 г. 10 мес., в процессе нашего наблюдения, ухудшения состояния наблюдались дважды: весной 2003 г. и весной 2004 г., когда становился неуправляемым, дурашливым, вновь почти непрерывными становились стереотипные движения, вечером нарастали дурашливость и агрессивность, нарушалось засыпание, утром не мог встать, дрался при попытке его поднять с постели. В этих случаях обострения удавалось купировать повышением дозы сонапакса (до 50 мг в сутки) и присоединением неулептила.

Легко, без возражений и ухудшения состояния переезжает с места на место, хорошо адаптируясь и у отца по его месту работы, и у другой бабушки в деревне. Летом в деревне всякий раз приобретает новые физические навыки. Так, в этом году научился качаться на качелях. Там у него есть постоянный круг при-

ятелей постарше, которым с ним интересно, так как он придумывает игры, но сам в придуманном не участвует – бегают, прыгают вокруг, дурачатся, хохочет. В остальном ведет себя так же, как дома. Так же пугает другую бабушку, рассказывает, как он ее будет убивать и жарить, вцепляется ей в волосы. В то же время, когда приехала «основная» бабушка, стал с ней драться, гнать: «уезжай и больше не приезжай». Очень тянется к отцу, скучает, часто спрашивает о нем. О матери вспоминает без проявления эмоций: «Здесь мы с мамой были», или как-то, когда его наказали, сказал: «Да, мама рано умерла». Недавно стал говорить, что его маму зовут Вика (девушка-соседка по дому, которая ему очень нравится): «Она за мной придет, вместе с кроватью унесет, от всех спасет». В последний год стал просить, чтобы бабушка с ним поиграла или порисовала (раньше играл только один). Стал более ласковым, несмотря на все свои садистические высказывания. Тут же после них просит полежать с ним, обнять его, ласкается. Фантазии стали более связными и устойчивыми. Требуется поддерживать разговор с ним, отвечать на его вопросы: «Что ты скажешь, если стену вырвут и мы без стены останемся? Нет, что ты скажешь?». По много раз повторяет одно и то же, иногда весь день, а то и несколько дней подряд, не меняя темы. Однажды, услышав о теракте (бабушка старается, чтобы такие сведения не доходили до него), засыпал ее вопросами, досконально выяснял все интересующие его подробности. При этом никакого сострадания не проявил, но зато после сообщил, что хочет быть «взрывателем». В течение полугода любимым занятием было чтение и рассмотрение книжки о поездах. Учитывая его интерес к строительству, ему купили книгу о строительстве домов. С тех пор (2 мес.) увлечен ею, но интересуют его собственно только две страницы: снос зданий и пожарная техника. Непрерывно рисует взрывание домов и пожары. Есть рисунки с изображением природы, но на них обязательно присутствуют вырванные с корнем деревья. Перестал рисовать метро, эти рисунки заменили изображения ходов крота. Теперь пишет книжку – «на 1000 страниц, о себе».

Изредка бывает слезливым, сидит грустный, плача причитает: «Я слабый, я ничего не умею, у папы санаторий, а у меня ничего нет».

С 1 сентября этого года ребенок пошел в обычную школу. Усваивает программу по-прежнему очень успешно: читает, прекрасно считает, знает таблицу умножения, может в уме перемножить трехзначные числа. На уроках ведет себя хорошо, не мешает классу, но на переменах озорничает, дурачится, хохочет, бегают. На уроках ему скучно, недоволен, что не ставят оценок, говорит: «Мне плохо без отметок». Теперь во многом его агрессивные фантазии связаны со школой, с учительницей, хотя в общем-то хорошо к ней относится: «Если в нее что-нибудь бросить, она упадет, ушибется», и т. п. При этом хохочет, заливается. С удовольствием, со смехом, несколько раз повторил в ответ на вопрос учительницы о бабушке: «Да она пьяная была». Подобные высказывания по-прежнему связаны с разрушениями, болью, смертью.

В то же время, по словам бабушки, бывает подолгу хорошим, покладистым, ласковым, «золотым мальчиком».

Сейчас получает 5 капель неулептила и сонапакс 30 мг в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Консультация невролога, кандидата мед. наук О. Ю. Чирковой.

Объективно: отмечается средне выраженный уровень стигматизации. Выражен венозный рисунок, коробочный оттенок перкуторного звука, больше в передних отделах.

Черепно-мозговые нервы: слежение неустойчивое, конвергенция малодоступна, легкая девиация языка влево, элементы рефлексов орального автоматизма.

При исследовании мышечной силы выявляется диспраксия, нарушение сложных движений, синкинезии. Позу удерживает плохо, выражено общее беспокойство. Выявляются нарушения установки кисти, тоническая кисть. В указательной пробе грубо выраженные броски, персеверации, промахи (больше в правой руке). Походка - без особенностей, на одной ноге выражено неустойчив, прыжки затруднены. Мышечный тонус выражено снижен, патологические рефлекс на ногах, трудности узнавания пальцев ног. Вальгусная установка стоп. Шейно-затылочные мышцы болезненны на уровне С3-С4 больше справа.

Закключение: На основании результатов объективного исследования можно выделить:

- негрубые признаки гидроцефалии;
- правостороннюю пирамидную недостаточность;
- недостаточность произвольного контроля движений;
- признаки дисфункции верхнестебельных (таламических) и подкорковых структур;
- вторичные (сочетанные) признаки дисфункции передних отделов полушарий.

Консультация психолога, кандидата психол. наук Н. Я. Семаго.

На приеме: в ситуации взаимодействия поначалу достаточно адекватен, вступает в контакт, соглашается рисовать. В речи есть личные местоимения, от глазного контакта не отказывается, скорее даже стремится к пристальному взгляду. По мере работы становится более беспокойным, в случае неудач начинает демонстрировать вербальную агрессию, погружается в тему агрессии, но еще может отвечать на вопросы взрослого. В беседе обращают на себя внимание несвязность тем рассуждений ребенка,

элементы разноплановости мышления.

Объективно: регуляторная сфера явно дефицитарна: так, затруднения вызывает даже выполнение по образцу простых двигательных проб, тем более затруднено выполнение и удержание простых двигательных программ. По ходу работы вдруг может отказаться от того или иного задания, даже сбросить материалы со стола, возникают вербальная агрессия, общее напряжение, усиливается беспокойство. При работе с опосредованием вязок, инертен, часто опирается на латентные признаки при опосредовании, соскальзывает в рассуждения на побочные темы (в рамках своих фантазий: «Тебя убьют, закопают, и там черви будут копать, и кости гнить будут»). При этом в следующий момент может вдруг совершенно адекватно отвечать на вопросы или выполнять какое-либо задание. Задания перцептивно-действенного типа выполняет в целом со средней результативностью, не демонстрируя высоких результатов, но четко нуждается в организующей и планирующей помощи взрослого. Рисунки выражены стереотипные, специфичны. В то же время, наряду со специфичным рисунком может сделать достаточно обычное изображение (например, лошадь).

Эмоциональный гнозис не нарушен, доступно считывание простых эмоциональных ситуаций, в то же время перенос этих ситуаций «на себя» ограничен. Половозрастная идентификация адекватная.

Таким образом, в данном случае можно говорить о варианте искаженного развития преимущественно когнитивной сферы и, как следствие, специфике аффективного развития.

Даны рекомендации бабушке ребенка. Занятия со специалистами не должны быть направлены исключительно на когнитивное развитие ребенка (что является одним из запросов со стороны бабушки).

Консультация нейропсихолога, кандидата психол. наук А. В. Семенович

У ребенка имеет место выраженная недостаточность межполушарных взаимодействий от стволового уровня, вторично приводящая к грубой недостаточности передних отделов мозга (больше слева). Такой тип дизонтогенеза может предполагать наличие генетической гормональной патологии.

Объективно:

1. На первый план выступают склонность к упрощению программы, эхολалии, конфабуляции.
2. Грубо дефицитарны двигательные функции в кинетическом звене: отсутствует реципрокная координация, дефицитарны кинетический праксис, оптомоторная ритмика, вычурная поза.
3. Дефицитарен объем зрительного восприятия, имеют место парагнозии.
4. Снижен фонематический слух на фоне стертой дизартрии.
5. Имеет место мнестический дефицит, особенно в звене избирательности и прочности следов.
6. Пространственные представления страдают прежде всего в координаторном звене. Закономерно страдает стратегия восприятия.
7. Интеллектуальные функции страдают вторично в связи с парагнозиями. Специфично постепенное наращивание интеллектуальных процессов, что обнаруживается как включение речевого опосредования, приводящее к элиминации дефекта.

Рекомендованы: коррекционные занятия в группе психомоторной коррекции; наблюдение в динамике.

ЭХО-ЭГ (от 29 марта 2003 г.): смещения срединных структур мозга не выявлено.

ЭЭГ-исследование проведено кандидатом мед. наук В. В. Грачевым (10 октября 2004 г.).

ЭЭГ дезорганизована. Во всех отведениях увеличена представленность медленных волн, особенно в центральных и теменных. В затылочных отведениях доминирует слабо организованный альфа-ритм, в структуре которого преобладают колебания частотой 9-10 Гц. Вершины альфа-волн заострены, колебания альфа-ритма часто распространяются и на теменные отведения. В центрально-теменных отведениях отмечаются продолжительные периоды альфа-подобных колебаний частотой 9-11 Гц. В лобных, центральных, теменных и височных отведениях значимо повышен индекс низкочастотной бета-активности. Нередко бета-колебания частотой 13-16 Гц регистрируются в виде кратковременных билатеральных всплесков с акцентом лобно-центральных и передне-височных отведений. В течение записи регистрируются повторяющиеся билатеральные всплески медленных волн с амплитудным максимум в центрально-теменных отведениях. В структуре этих всплесков в теменных отведениях наблюдаются отдельные волновые сочетания типа комплексов «острая-медленная волна», чаще с акцентом по правому полушарию.

При регистрации ЭЭГ с открытыми глазами отмечаются выраженная редукция затылочного альфа-ритма, всплески низкочастотных бета-колебаний и альфа-подобная активность в центрально-теменных отведениях сохраняются.

Прерывистая фотостимуляция вызывает отчетливую, но кратковременную реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 3-9 Гц и выраженную - на частоте стимуляции 10 Гц. HV-проба приводит к заметному нарастанию индекса медленных волн и усилению пароксизмальных проявлений. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняются вызванные гипервентиляцией изменения фоновых параметров.

Заключение: в ЭЭГ на фоне умеренных общемозговых изменений по органическому типу выявляются отчетливые регуляторные (нейромедиаторные) нарушения. Следует отметить также признаки вы-

раженной ирритации подкорковых структур и снижения тонуса функциональной активности коры головного мозга. Четкой эпилептической активности не зарегистрировано, однако очаговые изменения в проекции теменных отведений правого полушария требуют наблюдения в динамике.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЕНКА НА КОНСИЛИУМЕ

Высокого роста, астенического телосложения. Мимика однообразная: на лице постоянная улыбка, глаза прищурены. Речь очень громкая, монотонная, со своеобразной модуляцией голоса, манерная. Вбежав в кабинет, тут же бросился к игрушкам, схватил карандаши. Отказавшись от предложения сесть, непрерывно двигается, вертит в руках то один, то другой предмет. Несмотря на присутствие большого числа специалистов, держится совершенно свободно, говорит, не дожидаясь вопросов, часто прерывая речь громким хохотом. Сразу же сообщает, как его зовут. Считает, что он большой, не только большой ростом, но и вообще достаточно взрослый. С громким хохотом говорит, что любит «пакости бабушке делать», выдумывать «чушь» и рассказывать об этом бабушке, «шлепать бабушку», когда она его ругает. Не знает, любит ли бабушку: «то люблю, то не люблю». Громко декламирует свои стихи: «Бабушка, бабушка в миксере живет, бабушка, бабушка в миксере поет» и поясняет, «как в бетономешалке». Показывает, как бьет бабушку: «Так я ее бью, она самая плохая; кто самый плохой, того и бью». Подбегает к ней с огромной игрушечной змеей, кричит: «Вот она, я ее выдал! Сейчас я ее компрессором...» и пугает змеей. Говорит, что любит играть в салки, догонялки и разговаривать со своими друзьями, но среди них называет только одного мальчика-одноклассника, остальные друзья – это папа и Вика (соседка-студентка). Она «самая лучшая, в институт ходит». На вопрос, не кажется ли ему что-нибудь, радостно отвечает: «Кажется, кажется, ночью топот слышится, это страшный дракон, я его выдумал!». Убегает к игрушечному к домику и, не слушая вопросов, сам спрашивает: «Что это? Почему такая большая дверь? Тут же техника безопасности – не курить, не сорить, чтобы никто не заболел и не умер». Когда вырастет, будет строить дома и чертить, то есть станет архитектором – «архитектор – это тот, кто строит дома». По телевизору смотрит страшные мультфильмы – тут же бежит, громко кричит, дурашливо машет руками. Видит сны, как «мы с драконом рушим дом». «Давай разрушим», – предложил он. «Давай», – ответил я». С удовольствием проводит время в кабинете, подбегая то к одной, то к другой игрушке, на ходу отвечая на вопросы, задавая свои вопросы или комментируя происходящее. Крайне неохотно и не сразу покидает кабинет.

БЕСЕДА ВЕДУЩЕГО С БАБУШКОЙ РЕБЕНКА

А. А. Северный: Можете ли Вы отметить периоды ухудшения состояния ребенка?

Бабушка: Ухудшение, например, возникло неделю тому назад: стал более возбудимым, агрессивным, болтливым, мог говорить день и ночь.

А. А. Северный: До этого когда был период ухудшения?

Бабушка: Достаточно длительный период возбуждения был весной.

А. А. Северный: Бывает ли у мальчика сниженное, плаксивое настроение?

Бабушка: В течение последних 6-8 мес. возникают короткие и нечастые периоды плаксивости, когда всем недоволен, плачет, если что-то ему не нравится. Ему нравится все большое; большими должны быть тарелки, машины, порции еды и т. д. Если ему предлагали маленькое, сердился и плакал. Если не получалось рисование или другие действия, плакал, причитая, что он слабый, ни на что не годный.

А. А. Северный: Как Вы считаете, есть ли разница в том, как мальчика воспитывала мать и как воспитываете Вы?

Бабушка: Думаю, что она была мягче.

А. А. Северный: Когда впервые обратили внимание на особенности ребенка?

Бабушка: На первом году хорошо развивался, следил глазками, улыбался, узнавал близких, хотя и тогда уже отмечались периоды возбуждения – «заносило», но, конечно, они не были такими сильными. Через три недели после смерти мамы приехал от другой бабушки, и тут же стало заметно выраженное возбуждение: прыгал, кричал, чрезмерно много смеялся.

А. А. Северный: Когда, за что и как Вы его впервые наказали?

Бабушка: Раньше ставили в угол (плохое говорил, замахивался), но это не имеет смысла.

А. А. Северный: Правда ли, что мальчик лучше ведет себя вне дома, чем с Вами в семье?

Бабушка: Да. Но когда привыкает, начинает говорить глупости, кричать, бегать, не обращает внимание на вопросы. В Центре ведет себя почти так же, как дома. В школе уже сейчас проявляет непочтение к учителю: На требование: «Открой книжку» отвечает, например: «Да ладно!». На переменах бегает за детьми, играет в «Ну, погоди!».

А. А. Северный: Как он реагировал на смерть матери?

Бабушка: Он говорил об этом спокойно, спокойно показывал могилу, но вообще мало говорил о матери. В последнее время говорит, что надо бы «сменить родителей», бабушку, страну. Говорит, что здесь холодно, в квартире плохие шторы и т. п. Хочет уехать в Африку. А в качестве мамы ему теперь нужна Вика. Об этом говорит открыто, возможно, и фантазирует на эту тему.

Н. В. Захарова, кандидат психол. наук: Как проходит день мальчика?

Бабушка: Пока ходил в детский сад, вставал раздраженным, каждый день говорил, что «взорвет» сад. С этой осени встает всегда в хорошем настроении, в школу идет с удовольствием. Несколько раз в неделю мы ездим в Москву, в Центр «Тверской», в «Солнечный мир» – в столярную мастерскую, на кинезиотерапию и иппотерапию, в воскресную школу. Пишет книгу о Христе. Музыка не любит, но очень много дома рисует. Складывает трехзначные числа.

А. А. Северный: Книгу пишет по собственной инициативе?

Бабушка: Абсолютно. До этого писал книгу о себе – как родился, развивался, жил. Школьные задания выполняет очень неохотно и долго, а книгу пишет после этого с удовольствием.

Л. Д. Шавельзон, кандидат филос. наук: К папе мальчик относится так же, как к Вам? Папа тоже мальчик для битья?

Бабушка: Нет. Все плохое исходит только от меня: бужу, заставляю учить уроки, воспитываю. Порой доводит до слез и ждет этого. Тогда доволен, счастлив.

Л. Д. Шавельзон: Задаёт ли он вопросы о жизни, смерти?

Бабушка: Нет. Пока все ему кажется вечным.

Л. Д. Шавельзон: Вы пробовали ему сказать, когда он Вас обижает, что Вы уйдёте, уедёте?

Бабушка: Пыталась, но он не может быть один, и на такие слова первая реакция – взрыв.

Н. М. Иовчук: Как Вы считаете, какой период был самым тяжёлым?

Бабушка: За полгода до прихода к Вам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА:

Ведущими в настоящем психическом статусе ребенка являются гипоманиакальные расстройства, у которых имеют ряд существенных особенностей:

Во-первых, они имеют хронический характер, поскольку продолжают практически всю жизнь или почти всю жизнь ребенка (к сожалению, установить истинный возраст их начала не представляется возможным, но все же уже на первом году жизни отмечалась повышенная веселость ребенка).

Во-вторых, несмотря на субъективное ощущение веселого настроения, ведущими в гипомании являются дурашливость, а на высоте повышенного аффекта – гневливость. Эта гипомания – атипична, т. е. не соответствует классическим проявлениям маниакального синдрома, прежде всего тем, что не заражает весельем, не вызывает улыбки, а также тем, что сочетается с дефицитом общения, интровертированностью, и эмоциональной дефицитарностью, отсутствием синтонности, созвучности.

В-третьих, гипомания выступает в сочетании с другими психопатологическими расстройствами, о которых будет сказано чуть позже.

Кроме гипоманиакальных расстройств, мы видим в психическом статусе ребенка отчетливые микрокатастрофические симптомы, к которым относятся двигательные стереотипии, импульсивность, манерность, вычурность, застывший характер мимики, своеобразие жестикуляции, походки.

На фоне гипоманиакального состояния выступают также патогномоничные (соответствующие гипомании) психические расстройства в виде сверхценных увлечений (большие дома, строительная техника, метро, пожарные машины и т. д.), патологические (садистические) влечения (все, связанное с разрушениями, гибелью людей, смертью, болью) и патологическое фантазирование, которое в основном также имеет садистическую окраску, за исключением некоторых фантазий (относящихся к отцу, умершей матери), возможно, имеющих гиперкомпенсаторный характер. Следует отметить, что проявления патологических влечений преимущественно выступают на идеаторном уровне. Крайне редко они осуществляются реально, может быть только в том, что смущает или вызывает недовольство окружающих, тогда ребенок доволен, смеется. В последнее время среди проявлений сверхценных увлечений выступает также аутистическое творчество (книгу пишет).

Оценивая личностные особенности ребенка, прежде всего надо подчеркнуть выраженный психический инфантилизм при отсутствии инфантилизма физического, эмоциональное снижение, дисгармоничность, неравномерность развития, которое более всего касается слабой ориентированности в обыденно межличностных вопросах при высоких интеллектуальных запросах. Нельзя не отметить высокую активность ребенка (правда, в основном направленную на предмет своих увлечений), его корригируемость, высокий интеллект, частичную критику к своему поведению, что позволяет ему в официальных местах выглядеть лучше, чем дома и в Центре, к которому он привык, как к дому.

Что касается динамики развития психопатологических расстройств, то здесь придется признать некоторые трудности, связанные с отсутствием сведений от матери и отца. Будем говорить о том, что знаем. Гипоманиакальные расстройства появились рано, еще на первом году жизни, но в основном это была повышенная веселость. Тогда же на первом году жизни появились отдельные стереотипии, которые продолжают до сих пор (взмахи руками). После 1 г. 3 мес. появились новые стереотипии в виде своеобразных прыжков. Они то смягчаются, то усиливаются в соответствии с состоянием ребенка. В 3 г. впервые

отмечена копролалия, которая, видимо, являлась ранним проявлением садистических влечений. В дальнейшем садистические влечения усиливались, разворачивались садистические фантазии и сверхценные увлечения. Аффективные расстройства нарастали постепенно, достигнув максимума в 5 лет. Когда я его впервые увидела, он был в психотическом состоянии. За время наблюдения (около 2 лет) психические расстройства психотического уровня наблюдались еще дважды – весной этого и прошлого года. Т. е. можно сказать, что в данном случае имеет место практически безремиссионное течение с обострениями или вялое течение, перемежающееся психозами. Первое существенное обострение, вероятно, совпало по времени с первым возрастным кризисом и психотравмирующей ситуацией. Картина болезни все время меняется, постоянными остаются лишь стереотипии и гипомания, но и они меняются по тематике, нарастают. Присоединяются другие расстройства в рамках аффективно-неврозоподобных. Так, в последнее время появились определенные депрессивные вкрапления в основной гипоманиакальный фон.

Диагноз. Я абсолютно против официально выставленного диагноза РДА, учитывая прогрессивность заболевания, обострения психотического уровня. Здесь должен был бы быть сверххронный приступ – на первом году жизни, но, к сожалению, мы его не смогли выявить.

Диагноз следует обсудить, также как и прогноз заболевания и тактику ведения ребенка.

Обсуждение

Кандидат психол. наук Н. В. Семаго: Я совершенно согласна с диагнозом, на котором настаивает лечащий врач. При психологическом обследовании я не увидела у мальчика высокого интеллекта. Пожалуй, интеллект соответствует средневозрастному уровню. Здесь не прозвучала возможность адаптации ребенка в школе, а это самое главное – сможет ли он учиться?

Кандидат психол. наук Л. Л. Баз: Я также думаю, что ребенок болен шизофренией с ранним началом. Учитывая то состояние, с которым ребенок впервые пришел на консультацию, он к настоящему времени должен был бы быть совсем неблагополучным. Однако, он учится, имеет средний интеллект, хотя демонстрирует эмоциональный дефицит (эмоциональную холодность), слабую регуляцию деятельности, выраженные гипоманиакальные расстройства. Я не уверена, что регуляция вернется, когда закончится гипоманиакальное состояние. Конечно, здесь есть и будут проблемы поведения и общения.

А. А. Северный: Утешает, что дети его не отторгают.

Л. Д. Шавельзон: Я недаром задал вопрос о том, существуют ли у него мысли о жизни и смерти. Оказалось, нет в этом вопросе никакого представления. Ребенок видит только себя, а к социальной среде относится чисто потребительски.

О. А. Кагарлицкий, кинезотерапевт: Мне кажется, что его представления о жизни и смерти выражаются в рисунке, которые можно расценить и как садистические, а можно – как решение вопроса о жизни и смерти. Ребенок очень хорошо взаимодействует с отцом, в лагере. За время работы с ребенком он стал значительно теплее эмоционально, стал «объемным» в последний год. В течение 3-4 мес. создает новые, непростые взаимодействия. Он – не умный, он – старенький, но заметное эмоциональное развитие делает прогноз благоприятным.

Л. Д. Шавельзон: В данном случае мы видим адаптацию, а не абилитацию. Надо так ставить задачу, чтобы превратить мальчика из «засюсюканного» ребенка в жизнеспособного.

Кандидат психол. наук Е. И. Морозова: По-видимому, действительно, в данном случае наиболее правомерен диагноз шизофрении. Но во время психологического обследования все же оказались возможными теплый эмоциональный контакт, доброжелательность, хотя, конечно, истинная синтонность отсутствует. Мальчик легко привлекается к игре, обследованию, но нарушена целенаправленность в основном из-за возбуждения, не может надолго концентрировать внимание. По стереотипу течения болезни мальчик должен быть более дефицитарным. Тем не менее, он значительно богаче, чем можно было ожидать. По-видимому, это объясняется интенсивной коррекционной работой с ребенком. В то же время, на мой взгляд, не хватает работы с дефектологом по коррекции пространственной деятельности. Мое предложение – дополнить коррекционную работу занятиями с дефектологом и, конечно, постараться удержать ребенка в нормальной школе.

А. А. Северный: Бабушка очень организована. Ей надо помочь психотерапевтически, а также научить ее правильному подходу к ребенку для максимальной эффективности коррекционной работы.

О. А. Кагарлицкий: Хочу поделиться соображениями в отношении коррекционных программ для таких детей. Поскольку по эмоциональному развитию он соответствует ребенку на 2-3 года моложе, то имеет смысл попробовать психотерапию на куклах. Надо не поднимать его, а спускаться по этажам ниже. Для этого нужны игры, простые занятия, соответствующие 3-4 годам.

Н. Я. Семаго: Совершенно верно. Когда мы взялись за когнитивную коррекцию, намечалось определенное ухудшение состояния ребенка.

Е. И. Морозова: Именно дефектолог может научить и ребенка, и бабушку, как правильно учиться. На моих занятиях он очень адекватно реагировал на задания и много, хорошо работал. Возможно, сле-

дует съездить в школу, поговорить с психологом и объяснить, как правильно надо работать с ребенком для того, чтобы удерживать его в школе.

Заключение А. А. Северного

В психическом статусе на первый план выходят следующие особенности:

1. Возбуждение.
2. Повышенный аффективный фон (взбудораженность).
3. Монотонная однонаправленная агрессия, которая свидетельствует более всего о симбиотической зависимости: «я без тебя не могу, поэтому я тебя ненавижу».
4. Патология влечений (садистические влечения), которая не заставляет его «связывать», поскольку его поведение более социально, чем его фантазии. Он способен услышать, понять, отреагировать. Конечно, он эмоционально снижен, но не туп, не отгорожен. Эмоциональная жизнь бедна, но, как отметили специалисты, развивается, ребенок становится все более включенным.
5. Стереотипии – в деятельности, фантазиях и кататонические.
6. Нельзя также не отметить, что в последние 0,5 года появились короткие состояния с отрицательным аффектом (после весеннего обострения) – депрессивные эпизоды. Таким образом, привычные аффективно-возбудимые реакции сменились на кратковременные депрессии.

В общем психический статус можно определить как маниакально-кататонический, но кататонические расстройства, выраженные рудиментарно, не определяют клинической картины. Главным в ней являются маниакальные расстройства и проявления аутизма. Больше ничего принципиального к определению психического статуса добавить нельзя.

Ребенок прошел как минимум три клинически зарегистрированных обострения:

На первом году жизни отмечалась совершенно определенная гипертимия: ребенок был радостным, улыбающимся, но при этом уже тогда отмечались стереотипии – неспецифические расстройства.

В 5,5 лет отмечалось выраженное маниакально-кататоническое возбуждение после смерти матери и переезда в другой город. Тогда ребенок был «невыносим», и родители впервые обратились к психиатру.

В 6 и 7 лет, оба раза весной отмечались обострения, также характеризующиеся усилением маниакально-кататонического возбуждения, но они быстро были купированы терапевтически.

Все вы достаточно единодушны в том, что в данном случае мальчик страдает шизофренией, и в то же время также единодушно высказываетесь за то, что он становится в последние полгода все лучше и лучше в эмоциональной сфере и деятельности. Все же шизофренический процесс должен оставлять специфический дефект, а ребенок, несомненно имея достаточно выраженную психическую патологию, личностно на протяжении жизни не меняется, более того, становится эмоционально все менее дефицитарным, в контакте все менее отгороженным, все более способным к взаимодействию. Поэтому в плане диагностики ставится вопрос: психические расстройства здесь проявляются в рамках процесса или в рамках шизотипического диатеза. По моему мнению, у мальчика на фоне шизотипического диатеза с отчетливыми признаками аутистичности возник атипичный аффективный психоз – в виде маниакально-кататонических приступов, к которым в последнее время присоединяются депрессивные вкрапления, т. е. проявляются признаки биполярности. И кто доказал, что шизоид, аутист не может заболеть аффективным психозом?

Целесообразно выработать единый план реабилитационно-коррекционных мероприятий. К ним, по моему мнению, относятся:

1. Психотерапевтическая работа в малой группе, необходимая для удержания ребенка в школе.
2. Семейная терапия, чтобы научить бабушку более эффективно взаимодействовать с ребенком, научить ее игровой терапии.
3. Необходимо адаптировать ребенка к школе и школу к нему. Для этого возможно взаимодействие со школьным психологом для разъяснения адекватной тактики воспитания и обучения. Главное не допустить перевода на надомное обучение, т. е. на более низкий уровень адаптации, что, безусловно, повлечет за собой снижение уровня социальной адаптации и возможную инвалидизацию.
4. Вероятно, надо вводить, поскольку появилась биполярная аффективная симптоматика, профилактическую терапию – финлепсин или соли лития.

Н. М. Иовчук: Нельзя не согласиться с Анатолием Алексеевичем в отношении плана лечебно-коррекционных мероприятий, и в то же время я, как и многие другие присутствующие здесь специалисты, не согласна в отношении диагностики. На мой взгляд, это все же шизофрения, рано начавшаяся, малопрогрессирующая, т. е. достаточно мягкая, прежде всего потому не тяжелая, что клиническая картина в основном определяется аффективными расстройствами.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

10 ЛЕТ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ДЕТСКИЕ И МОЛОДЕЖНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ» (ДИМСИ)¹⁵

ДИМСИ возникла в 1995 г. Сейчас это одна из крупнейших общественных организаций детей и молодежи России. ДИМСИ имеет региональные отделения в большинстве субъектов РФ. Общая численность ДИМСИ – более 60 тысяч человек в возрасте от 8 лет. В настоящее время в ДИМСИ имеются различные группы детей и молодежи: учащиеся школ, профессиональных училищ и колледжей, студенты средних и высших учебных заведений, работающая молодежь, молодые предприниматели и др.

ДИМСИ работает во всех сферах жизни и деятельности детей и молодых людей: профориентация и вторичная занятость, культура, спорт, досуг и образование. К приоритетным направлениям деятельности организации относятся социальная поддержка проблемных групп детей, пропаганда здорового образа жизни, гражданское и патриотическое воспитание. Но самое главное – это волонтерская организация, объединяющая подростков и молодежь с активной социальной позицией, таких, которые хотят быть полезными своей стране, людям, равнодушных к проблемам своих сверстников и взрослых.

Со дня своего основания ДИМСИ является экспериментальной площадкой Российской академии образования по темам, связанным с развитием воспитательного потенциала детских и молодежных общественных объединений. Благодаря поддержке ведущих российских ученых, организация является опорной базой апробации инновационных образовательных технологий: проектных, тренинговых, виртуальных и др. За 10 лет членами ДИМСИ подготовлены и опубликованы сотни учебников, пособий, методических рекомендаций, успешно используемых в образовательных и социальных учреждениях Российской Федерации и зарубежья: «Социальная педагогика», «Введение в социальную работу», «Очень славно жить в ДИМСИ», «Документы и материалы ДИМСИ», «Программы ДИМСИ», научно-практические сборники: «Волонтер и общество. Волонтер и власть», «Сотвори добро», «Дети и молодежь как стратегический ресурс общества», «Большие Братья / Большие Сестры: стандарты и методики», «Из опыта программы «Большие Братья / Большие Сестры» в России», «ДИМСИ в лицах», «СМИ о ДИМСИ», «Кто в лагере живет? Педагогика школьных каникул», «Молодое поколение в гражданском обществе», «Лидер здоровья» и др.

С 1997 г. ДИМСИ входит в Федеральный реестр молодежных и детских общественных объединений, пользующихся государственной поддержкой. Оказанная за это время поддержка из федерального бюджета в размере более 2,5 миллионов рублей позволила укрепить позиции организации в ряде регионов РФ, привлечь к социально значимой деятельности новых сторонников и последователей. Наиболее значимые и продуктивные программы ДИМСИ: «Школа гражданского общества» (программа привлечения детей, молодежи и взрослых к активному участию в формировании гражданского общества и развития в них необходимых для этого качеств); «Третий сектор и СМИ» (программа по укреплению взаимодействия общественного движения со СМИ на федеральном, региональном и местном уровнях); «Юное поколение выбирает книгу» (программа воспитания нравственно и духовно здоровых детей и подростков через использование книги как мощного средства и инструмента направленной социализации и личностного потенциала писателей, журналистов, художников, издателей); «Диалог индивидуальностей» (программа организации индивидуального шефства волонтера над ребенком из неполной семьи или детского дома при кураторстве социального педагога и поддержке семьей/опекуном ребенка – на основе стандартов и методик Международной программы «Большие Братья/Большие Сестры»); «Трудовая инициатива» (программа стимулирования общественно значимой волонтерской трудовой деятельности детей и молодежи, стремления к достижению высоких результатов, формированию добросовестного отношения к выполняемой работе); «Врата учености» (программа развития интеллектуальных и творческих способностей детей и молодежи путем приобщения к знаниям в области социальных наук); «Артиада ДИМСИ» (программа поддержки общероссийского художественного фестиваля «Артиада народов России», про-

¹⁵ Публикуется по просьбе руководства ДИМСИ.

ходящего по четырнадцати номинациям); «Лидер здоровья» (программа разработки и реализации системы мер по пропаганде здорового образа жизни и семейных ценностей); «Возвращение к истокам» (программа осуществления преемственности поколений на лучших национальных и общечеловеческих демократических ценностях); «Юность без решеток» (программа профилактики правонарушений и улучшения морально-психологического состояния молодых людей, находящихся в исправительных учреждениях и приемниках-распределителях); «ДИМСИ. сеть»/«DIMSI.net» (программа виртуальной деятельности ДИМСИ); «Волонтер и общество. Волонтер и власть» (программа социального партнерства, поддержки научно-методической и издательской деятельности ДИМСИ); «Прояви инициативу – сотвори добро» (программа взаимодействия учреждения образования и общероссийского общественного объединения в поддержке общественных инициатив детей и молодежи) и др.

Всего в багаже ДИМСИ – 20 общероссийских, сотни региональных и муниципальных программ и проектов, объединенных Перспективной программой развития организации до 2095 года. Своим конечным результатом все программы ДИМСИ предполагают социальное и нравственное развитие личности ребенка, молодого человека средствами общественной деятельности. За 10 лет существования участие в программах и проектах ДИМСИ приняли более 10 миллионов детей и молодых людей.

За 10 лет ДИМСИ выступила инициатором более 300 общероссийских, международных и межрегиональных мероприятий, среди которых ставшие узловыми в развитии детско-молодежных структур гражданского общества: Всероссийская выставка «Все начинается с детства» в Музее революции (март 1997 г., Москва, 1000 чел.), Ассамблея средств массовой информации (март 1998 г., г. Тула, 300 чел.), Международный Рождественский фестиваль «Социальная инициатива в XXI веке» (5-9 января 2000 г., г. Киров, более 3000 чел.), Фестивали детских общественных организаций России во Всероссийском детском центре «Орленок» (ежегодно, август, 2000 чел.), Международная конференция «Дети и молодежь как стратегический ресурс общества» (март 2001 г., г. Ярославль, 3000 чел.); Всероссийский добровольческий форум «Добровольческое служение молодежи в гражданском обществе» (март 2003 г., г. Балаково Саратовской области, 3500 чел.), Межрегиональная ярмарка детских и молодежных социальных проектов (январь 2004 г., г. Киров, 1000 чел.) и др.

Региональные организации ДИМСИ активно сотрудничают с местными и региональными администрациями, являются участниками молодежных «круглых столов» (координационный орган самоуправления общественных объединений), проводят летние смены актива ДИМСИ, фестивали, слеты и съезды. Среди наиболее активно работающих региональных организаций ДИМСИ – организации Дагестана, Марий Эл, Саха-Якутии, Тывы, Удмуртии, Перми, Пензы, Рязани, Кирова, Ставрополя, Тамбова, Тулы, Тюмени, Челябинска, Липецка, Ярославля, городов Балаково Саратовской области, Зеленограда (Москва), Александрова Владимирской области, Ейска и поселка Новокубанский Краснодарского края.

Центральный исполком ДИМСИ участвует в законотворческом процессе, сотрудничая с Государственной Думой и Советом Федерации Федерального Собрания РФ, выдвигает законодательные предложения, осуществляет социальное партнерство с Администрацией Президента РФ, Президиумом Госсовета Российской Федерации по вопросам государственной молодежной политики, Общественной молодежной палатой при Государственной Думе РФ, министерствами и ведомствами Правительства РФ; органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ; органами местного самоуправления; научными и образовательными учреждениями: Российская академия образования (Институт педагогики социальной работы, Государственный НИИ семьи и воспитания), Московский гуманитарный университет, Современная гуманитарная академия, Институт международных социально-гуманитарных связей, Московский государственный институт международных отношений; Всероссийский детский центр «Орленок», Всероссийский детский центр «Океан»; региональные вузы, ссузы, профессиональные училища и общеобразовательные учреждения (более 500 в 45 регионах РФ).

ДИМСИ – член Национального совета молодежных и детских объединений России; поддерживает дружеские и партнерские связи с рядом других общественных объединений в России и за рубежом: Комитет ООН по правам ребенка, Молодежное подразделение ООН, Программа развития ООН, Российская ассоциация содействия ООН, Международная благотворительная организация «Большие Братья / Большие Сестры», Международная федерация селтльментов и социокультурных центров, Молодежный Директорат Совета Европы, Европейская комиссия, Европейский Молодежный Форум, Всемирная Ассамблея Молодежи, International Association for National Youth Service, Charities Aid Foundation, Россий-

ский добровольческий центр, Союз социальных педагогов и социальных работников России, Российский союз молодежи, Союз детских организаций России «Юная Россия», Мировой и Национальный Артийские комитеты, фонд «Созидание», фонд «Новые перспективы», Ассоциация юных лидеров, Межрегиональная общественная организация содействия программе воспитания подрастающего поколения «Большие братья / Большие сестры», «Молодежное единство», Национальная молодежная лига, Союз молодежных организаций России, Международный союз детских общественных объединений СПО-ФДО, Союз журналистов России, Российский союз писателей, Союз писателей России, Союз МЖКовцев России, Агентство социальной информации, Информационное агентство «Социальный капитал», ЗАО РИНТИ, Ассоциация исследователей детского движения, Ассоциация молодежных инвалидных организаций, Ассоциация работников молодежной сферы, Ассоциация «Дети полюс», Детский орден милосердия, «Интеллект будущего», Лига юных журналистов, Молодежный союз юристов, «Мощные компьютерные технологии», Ассоциация детских психиатров и психологов, «Новая цивилизация», Сибирский центр поддержки общественных инициатив, Союз благотворительных организаций России, оргкомитеты Всемирного дня молодежного служения и Всероссийской добровольческой акции «Весенняя неделя добра» и другими.

Члены организации участвовали в различных научных и практических международных мероприятиях в Венгрии, Германии, Израиле, Китае, Литве, Мальте, Польше, США, Украине, Финляндии, Франции, Японии и др.

В 2000-2003 гг. ДИМСИ приняла активное участие в Международной оценке гражданских инициатив в 57 странах мира, проведенной Всемирным институтом служения (Вашингтон), основанной на анализе 210 программ служения, действующих в 57 странах мира.

Юные члены ДИМСИ, повзрослев, стали журналистами, бизнесменами, программистами, менеджерами, социальными работниками, педагогами, учеными. Среди руководителей и активистов ДИМСИ 4 стали докторами наук, 20 защитили кандидатские диссертации.

ДИМСИ сотрудничает с прессой и педагогическими журналами: «Российская газета», «Педагогика», «Народное образование», «Воспитание школьников», «Дополнительное образование», «Социальная работа» и другими. Связи с общественностью через публикации в прессе, радио и телепередачи позволили создать положительный имидж организации, придали общественной деятельности «димсистеров» более отчетливое выражение.

Результаты своей работы ДИМСИ активно пропагандирует в Интернете (руководит этим направлением вице-президент ДИМСИ С. О. Калинин). Работает официальный сайт ДИМСИ - www.dimsi.net. Зафиксировано более 100 тысяч обращений. География посетителей: Австрия, Азербайджан, Аргентина, Армения, Бангладеш, Беларусь, Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Грузия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Канада, Киргизстан, Китай, Латвия, Литва, Молдова, Нидерланды, Норвегия, Польша, **Россия (60-65% всей аудитории)**, Саудовская Аравия, США, Турция, Узбекистан, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция, Эстония, Югославия, Южная Корея и др. Сайт содержит исчерпывающую информацию о деятельности ДИМСИ: программы и проекты, документы ДИМСИ, протоколы заседаний ЦИК ДИМСИ, хронику ДИМСИ, фотоархив общероссийских мероприятий ДИМСИ, новостную информацию, информацию о руководящем составе ДИМСИ, материалы межрегиональных мероприятий ДИМСИ, список структурных подразделений ДИМСИ, страницу ссылок других сетевых ресурсов, раздел, посвященный аспирантам и молодым ученым, страницу грантов и конкурсов (партнерский проект с РИНТИ). Функционируют региональные сайты ДИМСИ: Киров (www.kirov.dimsi.net), Пермь (www.perm.dimsi.net), Рязань (www.dimsi.vov.ru), Удмуртия (www.udm.dimsi.net). С 2005 г. начал работу творческий сайт – АРТ.ДИМСИ - www.art.dimsi.net (разработчики Кировское и Марийское региональные отделения ДИМСИ). Сайт содержит 5 тематических разделов, посвященных: изобразительному искусству, фотоискусству, музыке, поэзии и прозе. Есть «Мастерская», где известные творческие личности будут проводить Интернет-консультации, виртуальные мастер-классы. Успешно работают сервисы ДИМСИ (форум ДИМСИ - www.forum.dimsi.net; календарь ДИМСИ; гостевая книга, новостной сервис для корреспондентов ДИМСИ; почтовый сервер ДИМСИ (зарегистрировано 42 адреса электронной почты доменной зоны dimsi.net), доступ к которому осуществляется как через почтовые программы, так и через веб-интерфейс; осуществлено более 300 рассылок «Новости ДИМСИ». Количество подписчиков – 560 человек.

В начале деятельности становлению ДИМСИ помогли зарубежные фонды: Институт Открытое общество, Фонд Форда, которые поддерживали первые программы ДИМСИ, такие как «Школа гражданского общества» (1996), «Юное поколение выбирает книгу», «Диалог индивидуальностей» (1999), а также ряд общероссийских мероприятий ДИМСИ в гг. Ейске, Кирове, Туапсе, Ярославле, Рязани, Александрове Владимирской области. Программы ДИМСИ поддерживали фонды «Новые перспективы» и «Созидание», Ярмарки проектов федеральных округов, региональные и муниципальные органы власти. Благодаря этому сотрудничеству ДИМСИ научилась работать на проектной основе, приобщила к мировому опыту молодежного движения, освоила стандарты качества волонтерской деятельности.

В истории ДИМСИ есть люди, которые многое сделали, чтобы организация состоялась, помогали квалифицированным советом, оказывали организационную поддержку. Таких людей очень много, но есть те, без которых не было бы этого славного юбилея, кто стоял у истоков. Инициированная участниками Временного научно-исследовательского коллектива «Школа-микрорайон» (1987-1992 гг., руководитель В. Г. Бочарова) идея создания общероссийского движения в поддержку социальных инициатив детей и молодежи, реализованная в 1993 г. автором совместно с Л. Е. Никитиной в концепции «Союз детских и молодежных социальных инициатив», в 1995 г. воплотилась в создании общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» (ДИМСИ). У истоков создания ДИМСИ стояли педагоги, общественные и государственные деятели: А. С. Ананичев, Н. И. Анисимова, А. З. Андрейко, Л. В. Бадя, В. А. Березина, Л. В. Богомолова, В. Г. Бочарова, А. К. Бруднов, Р. М. Вебер, Б. З. Вульф, М. П. Гурьянова, Г. В. Ермоленко, В. И. Загвязинский, Т. Г. Зеленова, Л. У. Звонарева, Л. Д. Жулева, Т. И. Иванушкина, Н. А. Ивеншев, Н. А. Катаева, П. Д. Клочина, В. В. Кондратов, Х. П. Котикова, Н. Ю. Клименко, Р. М. Куличенко, В. Т. Лисовский, Н. А. Малышева, А. В. Морозов, Н. С. Морозова, Л. С. Нагавкина, И. Г. Нагаев, В. Д. Нестеренко, В. В. Нехаев, Г. Е. Пейсахович, Е. А. Перцева, Е. Н. Потехина, Р. А. Сафиуллин, Н. Ч. Серен-Доржу, Е. Н. Сорочинская, Е. Н. Потехина, Б. А. Титов, И. Н. Титова, Е. Н. Усанов, Н. Н. Усанова, Г. Н. Филонов, В. А. Фокин, Т. Т. Фокина, А. И. Харламова, О. А. Черноглазова, Н. П. Царева, А. В. Шаронов, Л. Г. Швыдкова, Т. Я. Шихова, Н. Ф. Шинкаренко, А. Н. Щуплов и др.

Поддержку в создании и успешном развитии ДИМСИ оказывают представители педагогической и научной общественности, органов государственной власти, деятели культуры, среди которых: Д. А. Авакова, С. В. Барканов, Н. Ф. Басов, А. Е. Бобров, Г. П. Бодренкова, О. И. Волжина, А. В. Волохов, С. В. Дармодехин, А. В. Джеус, В. И. Деникин, Л. П. Долгих, В. В. Дружинин, Л. Г. Ефимова, В. И. Журко, Е. А. Захарова, И. Н. Закатова, Н. М. Иовчук, Р. Ф. Казакова, А. Г. Ковалева, Ю. В. Коврижных, Г. А. Красников, Г. В. Куприянова, И. А. Липский, А. М. Лопухин, В. Д. Никандров, Т. В. Пальчикова, С. И. Панченко, В. В. Партнов, Т. Э. Петрова, Г. П. Пучкова, М. И. Рожков, О. А. Рожнов, В. П. Ростовский, Л. Ф. Рудницкий, Л. С. Савинова, А. А. Северный, Г. С. Семенов, Н. А. Серякова, В. И. Скоробогатова, А. В. Соколов, А. В. Спирин, Л. В. Спирина, В. М. Тарбоков, А. В. Тюлюбаев, И. И. Фришман, Е. Е. Чепурных, С. Н. Чистякова, А. Я. Школьник и многие другие.

10 лет научным руководителем, идеологом и директором ДИМСИ является доктор педагогических наук, профессор Л. Е. Никитина (Москва). Большую часть лет в руководстве ДИМСИ были Л. У. Звонарева (Москва), Р. А. Сафиуллин (Рязань), Н. А. Катаева (Киров), В. С. Криводанов (Тюмень), В. В. Кондратов (Москва), Е. Н. Усанов (Александров Владимирской области). Выросли талантливые молодые лидеры, известные далеко за пределами своих регионов: Спартак Калинин (Киров), Егор Казаков (Пермь), Александр Вишняков (Липецк), Светлана Лесникова (Ижевск), Юлия Ромашина (Москва), Георгий Кудашев и Ольга Малишенко (Тюмень), Алексей Морозов (Йошкар-Ола), Нели Бубенкова (Челябинск).

Мы знаем, что сделано немало, но останавливаться на достигнутом не собираемся. Мы нужны России, а Россия нужна нам.

Сергей Владимирович Тетерский
Президент ДИМСИ,
доктор педагогических наук

**III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(предварительное сообщение)**

Ассоциация детских психиатров и психологов открывает организационный период по подготовке III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ». Проведение Конгресса намечено на 23-26 мая 2006 г. в г. Казани.

Основная цель КОНГРЕССА - восстановление профессиональных связей, обмен опытом, создание предпосылок для долговременного сотрудничества самых различных специалистов (психологов, психиатров, педиатров, педагогов, работников социальной защиты, правоохранительных органов и др.) стран СНГ и Балтии, организующих и осуществляющих помощь детям и подросткам, страдающим нарушениями психики и развития, попавшим в критические ситуации, связанные как с неблагополучием семьи и микросоциального окружения, так и с различного рода социальными конфликтами, в которых дети, как это ни трагично, оказываются самой незащищенной и самой страдающей частью населения. Ситуация детства в России и странах-бывших республиках Советского Союза (прогрессирующие безнадзорность, социальное сиротство, криминальность, наркомания и другие формы асоциального поведения) требует эффективного взаимодействия на современном научно-практическом уровне всех специалистов и ведомств, так или иначе связанных с проблемой душевного в широком смысле здоровья ребенка и семьи.

В то же время, участие в Конгрессе сотен профессионалов различного профиля из многих государств предоставляет заинтересованным фирмам и организациям прекрасную возможность для распространения специальных и популярных изданий самого широкого тематического спектра, для рекламирования фармакологических препаратов, гигиенических средств, специального питания и всего прочего, что направлено на помощь ребенку и семье.

Со всеми предложениями по тематике представляемых на Конгрессе проблем, по той или иной форме участия в организации и проведении Конгресса, по организационной и финансовой поддержке Конгресса просьба обращаться в Редакцию журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков», откуда они будут переданы в Оргкомитет Конгресса, формирование которого завершится в ближайшее время.

**ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС
(предварительное сообщение)**

23-25.09.05 г. в Афинах (Греция) состоится Европейский конгресс «От родителей к детям: Влияние родительских психических заболеваний на детей». Информацию о Конгрессе можно получать на сайте <http://www.parentsonchildren.gr/>.

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 24.12.2004. Формат 60х90/8.

Бумага газетная. Гарнитура «Тайме».

Объем 15,01 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2004 (4), № 2.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»

г. Красноармейск, Московской области.

Тел.: 584-16-23.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2004 (4), № 2.