

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
2005 (5), № 1

СОДЕРЖАНИЕ

**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

Г. В. Козловская, С. А. Чубарова, Н. Н. Куинджи, Н. Б. Мирская, М. А. Калинина, В. Л. Котляров, Ж. А. Корнеева, Т. И. Турищева	
НОВЫЕ ПУТИ ОХРАНЫ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	7
И. И. Сергеев, Р. В. Дейч, М. М. Трунова	
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕРХЦЕННЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	16
Т. А. Ермилов, Н. В. Зверева	
ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	21
В. В. Абраменкова	
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДОБРЕ И ЗЛЕ В КАРТИНЕ МИРА СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА.....	26

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

А. А. Северный, Т. А. Баландина	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ И КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	36
О. Б. Мартиенко	
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГРУППА «РИСКА» ДЕТЕЙ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА.....	41
Г. В. Козловская, М. А. Калинина, Н. И. Голубева	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЕЛЬТАРАН» В ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.....	46
Л. Е. Никитина, Ю. В. Ромашина, С. В. Тетерский	
ПРИЧИНЫ НЕУЧАСТИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ.....	52
Л. У. Звонарева	
ОСВОЕНИЕ ДУХОВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОСТТОТАЛИТАРНОЙ РОССИИ ЧИТАТЕЛЕМ- РЕБЕНКОМ.....	57

ОСОБАЯ ТЕМА

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

П. В. Безменов, Э. С. Мандрусова	
ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ БЕСПРИЗОРНОСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ).....	62
Л. С. Бочкарева	
ОПЫТ РАБОТЫ В ДЕТСКОМ ПРИЮТЕ «НАДЕЖДА».....	66
Е. Б. Пономаренко	
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА ДЛЯ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ СЕМЬИ.....	68
С. Рязанов	
АУТРИЧ-РАБОТА: ДЕТИ, КОТОРЫМ МОЖНО ПОМОЧЬ.....	69
Е. С. Аруцева, М. Ю. Максименко	
ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С РДА В СРЕДУ СВЕРСТНИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ (СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ).....	70
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА СРЕДИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ» (ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ).....	72

М. Дубровская, Н. Савичева ПРОФИЛАКТИКА СИРОТСТВА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ.....	72
О. Тельнова МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ.....	78

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ НАТАЛЬИ АЛЕКСАНДРОВНЫ МЕНЧИНСКОЙ	
Е. Д. Божович Н. А. МЕНЧИНСКАЯ – СОЗДАТЕЛЬ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ «ПСИХОЛОГИЯ УЧЕНИЯ».....	80
Н. А. Менчинская ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕУСПЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ.....	82

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Г. А. Джолдыгулов К ВОПРОСУ О СИНДРОМОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИИ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ «МАСКАМИ» В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	87
И. П. Киреева, И. К. Руднева, В. Ю. Улосс ПРИМЕНЕНИЕ РИСПЕРИДОНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	90
Л. В. Ким ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	93

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. В. Пилюгина ПРОБЛЕМА ЭНДОГЕННЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	97
--	----

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	107
--	------------

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

НОВЫЙ ГОСТ ПО ОФОРМЛЕНИЮ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ	118
---	------------

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>](mailto: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

Г. В. Козловская, С. А. Чубарова, Н. Н. Куинджи, Н. Б. Мирская,
М. А. Калинина, В. Л. Котляров, Ж. А. Корнеева, Т. И. Турищева

НОВЫЕ ПУТИ ОХРАНЫ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Состояние психофизического здоровья младших школьников является актуальной проблемой современного образования и медицины. Последние статистические данные (отечественные и зарубежные) о распространенности психической заболеваемости среди детского населения свидетельствуют о серьезном положении в состоянии психического здоровья детей: в 16-17% психическая патология установлена по Москве (2002 г.) и 15-17% психической патологии констатировано в Англии и США (1998 г.). Приведенные показатели относятся к выраженным психическим расстройствам, имеющим отношение к собственно психиатрии и курируемым психиатрами. Еще большую величину имеют состояния «риска» психических нарушений, занимающих промежуточное положение между здоровьем (нормой) и психическим заболеванием. Эта группа является угрожаемой (или зоной повышенного риска) по развитию психической болезни и составляет и 40-45% среди детского населения. Кроме того, достоверна тенденция к росту психической болезненности в детских контингентах [14]. Не менее тревожное положение

выявляется в состоянии физического здоровья детей, которое в 35-40% имеет отклонения в виде общей астенизации, физической гипотрофии, готовности к возникновению соматических заболеваний (особенно аденовирусных). Распространенность соматической патологии и остаточных проявлений минимальной мозговой дисфункции в целом охватывает до 80% детского населения [2]. Факторами, обуславливающими высокую распространенность нарушений психофизического здоровья детей-школьников являются повышенная умственная нагрузка, характерная для современного школьного обучения, а так же общее снижение уровня жизни в нашей стране в условиях социально-экономического кризиса.

Все вышесказанное, свидетельствует о необходимости поиска новых оздоровительных мероприятий, особенно в рамках и в процессе обучения. Первое место в этом направлении занимают новые технологии в образовательном процессе, к которым в т. ч. относится гендерный метод или раздельное по признаку пола образование. Гендерный подход в учебной и воспитательной практике рассматривается как возможный способ профилактики феномена нарастающей умственной и физической дисфункциональности, т. н. «болезни цивилизации» [1], наблюдаемой в детском населении разных возрастов и, что не менее важно, психопрофилактики.

В последнее время **гендерные аспекты детства** привлекают внимание специалистов разных областей - психологов, нейропсихологов, электрофизиологов, педагогов, врачей. В научной литературе констатируются различия между мальчиками и девочками в темпах и качестве интеллектуального развития, эмоциональной реактивности, мотивации деятельности и оценки достижений, поведения. Специальные исследования направлены на выявление природы этих различий, которые, по мнению тех или иных авторов, являются отражением либо универсально-биологических, либо биосоциальных закономерностей. В настоящее время активно разрабатывается также направление, связывающее особенности развития познавательной и личностной сфер мальчиков и девочек с функциональной специализацией полушарий мозга. Имеется мнение, что индивидуальные особенности функциональной межполушарной асимметрии мозга базируются на генетических биологических факторах, заложенных до рождения ребенка. По данным нейрофизиологов и нейропсихологов, мозг мальчиков и девочек устроен и работает по-разному. Последнее положение лежит в основе различия познавательных стратегий и путей формирования познавательных функций, темпов и способов переработки и усвоения информации, организации внимания; формах активации эмоций и формирования положительной и отрицательной оценки своих действий и их результатов; качества и типов адаптивных реакций организма и др.

Известно, что на ранних этапах онтогенеза (примерно до 7 лет) девочки в своем интеллектуальном развитии опережают мальчиков, у них лучше развит т. н. вербальный интеллект и в более раннем возрасте формируется речь. У мальчиков в этом же возрастном периоде более развиты зрительно-пространственные и математические способности, они уже в дошкольном возрасте лучше справляются с заданиями, требующими понимания пространственных соотношений [3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 15, 16, 22, 27, 28, 29, 30 31 32].

Как полагают основатели нового направления в нейропсихологии и нейрофизиологии - нейропедагогики [8], отличия деятельности мозга у девочек и мальчиков уже с периода новорожденности выявляются по записям биотоков мозга, причем с такой степенью достоверности, что по электрофизиологическим показателям можно определить пол ребенка. У мальчиков преобладающим является одно из полушарий мозга с четкой асимметрией их деятельности. При этом в правополушарном варианте преобладает интуитивный, объемный, пространственный, синтетический тип восприятия информации, в левополушарном - логический, аналитический. И в том и другом случае на первое место выдвигается творческий поиск нового. У девочек меньше выражена межполушарная асимметрия, оба полушария относительно взаимозаменяемы, кроме речевых функций, однако при правополушарном типе деятельности преобладают эмоциональная реактивность и эмоциональная образность мышления, при левополушарном - вербализация явлений, а при выборе решения - использование шаблонных, консервативных стереотипов, педантизм. В то же время, несмотря на весьма значительные данные биологической интерпретации познавательных особенностей мальчиков и девочек, они не объясняют всей сложности своеобразия их психики в соотношении с дифференциацией полов в онтогенезе [4, 5, 6, 12, 17, 20, 21, 26].

Во многих других работах можно встретить информацию о том, что ребенок появляется на свет с полностью сформировавшимися подкорковыми структурами, корковые же поля (особенно лобные и центрально-теменные - т. н. третичная кора) формируются прижизненно, причем не одновременно и только при определенных социальных условиях, оказывающих стимулирующее и формообразующее воздействие на мозг. По утверждению Л. С. Выготского [3] для нормального развития психики ребенка необходима нормальная организация его жизни и деятельности; расхождение этих двух планов развития - биологического и социального - лежат в основе дефектного развития психики. Основоположники развития новой дисциплины в физиологии, педагогике и психологии - педологии раннего возраста - и их сподвижники также отмечали, что генетически заложенные особенности мозговой деятельности и личностных особенностей могут проявиться лишь под влиянием социума [8, 9, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 31].

Таким образом, в настоящее время все более актуальным становится положение о том, что средовые влияния являются необходимым условием реализации врожденных биологических программ в такой же мере, в какой врожденные программы являются необходимой точкой приложения средовых влияний [10]. Положительным представляется факт постепенной утраты неизбежности противопоставления биологического и социального в развитии человека. В числе социально-психологических факторов, влияющих на психофизическое развитие детей, их познавательные способности, формирование личностных свойств и осознания себя с позиции идентификации пола и полоролевого поведения, ведущими являются культурные и этические традиции социума, формирующие систему личностных ценностей, мотивацию действий, характер. Поведение родителей и другого окружения ребенка закладывает эмоциональную установку и комплекс представлений о стереотипах (в ряде случаев архетипах) половых ролей, о «мужском» и «женском» в поведении человека. В работе, посвященной методологии гендерных исследований в педагогике, отмечается, что «культурные составляющие пола» могут меняться, но они требуют соотнесения их с биологическим полом. В противном случае они теряют свой природосообразный смысл и могут лежать в основе дисгармонии развития ребенка [20]. Гендерный подход сегодня - это учет многовариативного влияния фактора пола в синергизме биологического и социального.

На повестке дня сегодня оказывается принципиально новый подход к воспитанию мальчиков и девочек - «гендерное измерение» [1], в процессе которого формируется более адекватная жизненная позиция, имеющая в основе социополовую ориентацию, в т. ч. личностное самоопределение, выбор идеалов и жизненных целей, будущий профессиональный выбор, определение своего статуса в коллективе сверстников и др. Вопреки бытующему представлению о гендерном воспитании и образовании, которые якобы могут ущемить основы равноправия личности и привести к дискриминации ее в зависимости от пола, «гендерное измерение», напротив, направлено на формирование противоположного мнения о личностной свободе в рамках общечеловеческих ценностей. Гендерный подход в образовании может уменьшить влияние традиционных культурных ограничений развития потенциала личности в зависимости от пола, с одной стороны, и создать условия для максимальной самореализации и раскрытия способностей девочек и мальчиков, с другой, что требует не только изменения, но и разработки новых способов научения ребенка, новых учебных процессов, отличных по качеству и темпу от традиционных.

Попыткой реализации целей гендерного образования является экспериментальный опыт раздельного обучения мальчиков и девочек при одновременном совместном пребывании детей в периоды внеклассных занятий, на подготовительных и факультативных уроках и некоторых других общих мероприятиях в школах г. Москвы и г. Тулы. В основу проводимого эксперимента положена гипотеза о том, что использование в процессе обучения и воспитания психофизиологических особенностей мальчиков и девочек может способствовать проявлению их индивидуального своеобразия, связанного с гендерной

идентификацией, и создавать более оптимальные условия для активного и успешного познавательного развития и повышения качества психического здоровья в целом. Одна из ведущих задач эксперимента по раздельному обучению мальчиков и девочек - создание новых условий процесса обучения, отвечающим гендерным психофизиологическим особенностям детей, психологически более комфортного, способствующего гармоничному личностному развитию учащихся.

В эксперименте участвовали школьники начальных и средних классов. В их числе - 780 детей (265 мальчиков и 255 девочек) в раздельных классах и 250 детей в смешанных (контрольных) классах в возрасте от 7 до 11 лет. (г. Тула); и 150 детей (72 мальчика и 78 девочек) младшего школьного возраста (7-8 лет), в их числе 100 детей составили экспериментальную группу с гендерным обучением и 50 детей того же возраста в контрольных смешанных классах типовой школы г. Москвы. Результаты работы в экспериментальных классах сравнивались с результатами в контрольных классах. Длительность эксперимента - 5 лет (г. Тула) и 2 года (г. Москва). Основной формой преподавания в гендерных классах осталась классно-урочная. Инновацией были приемы и методы обучения мальчиков и девочек с учетом гендерных особенностей социализации и формирования личности.

В соответствии с задачей максимально возможного учета психофизиологических особенностей мальчиков и девочек были выработаны и апробированы следующие приемы и методы работы на уроках.

В классах мальчиков был предложен высокий темп подачи материала с широким спектром разнообразной нестандартно поданной информации. Обязательным было разнообразие и постоянное обновление предлагаемых для решения задач с большим количеством логических заданий и минимальным повторением пройденного материала. Работа на уроке строилась в режиме поисковой активности с акцентом на самостоятельность принимаемых решений. Формулирование правил, выявление закономерностей и осмысление теории проводились после практической работы с материалом, т. е. через опыт. В то же время в работе с мальчиками использовалась и определенная эмоциональность в подаче учебного материала с включением положительной эмоциональной окраски восприятия после логического осмысления результата. Были включены и групповые формы работ с элементами соревнования и обязательной сменой лидера, а также была необходима положительная (или отрицательная), но конструктивная оценка полученных результатов.

В классах девочек, напротив, был предложен неспешный размеренный темп урока и подачи нового материала с многократным повторением его для лучшего усвоения. Обязательным было дозирование объема и разнообразия новой информации с использованием типовых заданий, облегчающих манипулирование ранее полученными знаниями. Активное использование речевых навыков с объяснением, повторением, запоминанием и формулированием правил с последующим обучением применению их на практике оказалось также высоко продуктивным. Положительная эмоциональная окрашенность нового материала была также необходима у девочек, как и в классах мальчиков, но в другой последовательности - от эмоционального восприятия к логическому его осмыслению. В отличие от мальчиковых классов, у девочек обязательным было использование на уроке большого количества наглядного материала и обучение с опорой на зрительную память. Использование групповых форм работы требовало акцента на взаимопомощь, а не на соревновательность. Как и у мальчиков, в классах девочек любая выполненная работа требовала эмоционально окрашенной оценки результата с обозначением перспективы.

Преподавание велось раздельно по основным учебным предметам - математике, чтению, русскому языку, иностранному языку и др. При этом часть уроков оставалась совместной, например, уроки культуры общения, музыкальные, балетных танцев и др. Предусмотрено и совместное участие в культурной программе школы: походы в театры, музеи, поездки на экскурсии. Интересен опыт Ученых советов школы, проводимых учениками школы, совместных «кафе», а также подготовки подарков и поздравлений по случаю праздников, юбилеев, общих прогулок, конкурсов и других мероприятий.

В течение всего периода проводимого эксперимента и до его начала осуществлялось психологическое сопровождение. До начала учебы у детей выявлялись уровень их познавательной активности, состояние внимания, работоспособность, память, мотивация к учебе, общий кругозор, особенности эмоционально-волевого реагирования, уровень психического развития и здоровья. В течение учебно-воспитательного процесса (4 раза в год) психологическое сопровождение осуществлялось по следующим позициям: динамика познавательного развития учащихся, структура их взаимоотношений, эмоциональное благополучие, уровень тревожности, структура мотивации учебной деятельности, некоторые личностные особенности. Кроме того, велся анализ академической успеваемости с проведением независимого тестирования по основным учебным предметам.

Цель работы - изучить психофизическое состояние детей младшего школьного возраста в условиях раздельно-параллельного образования в сравнении с контрольной группой (дети тех же возрастов из условий смешанного по полу обучения) для разработки рекомендаций по охране психического здоровья

и повышения эффективности образовательного процесса.

Задачи:

1. обследовать психическое и физическое здоровье детей основной и контрольной групп;
2. обследовать эмоциональный статус и уровень тревоги у детей;
3. провести анализ ряда нейроиммунологических показателей;
4. провести сравнительные сопоставления результатов основных групп и контроля.

Методы исследования: клинический (психопатологический), психологический, иммунологический.

Психический статус детей анализировался по специальной методике оценки психического здоровья ребенка (протокол клинического наблюдения).

Психологическое состояние изучалось методиками: тест Люшера, тест Цветопись (эмоциональный статус); рисуночный тест и элементы теста Векслера (уровень психического развития, феномен привязанности, эмоциональное состояние); тест Розенцвейга и тест на невротизацию Л. И. Шевчиковой (стрессоустойчивость и толерантность к фрустрации); метод свободных зрительных ассоциаций (дефицитность образного мышления); теппинг-тест (нейропсихологическое определение силы нервных процессов и леворукости); тест «дерево» (самооценка); оценка уровня абстрактного мышления; анализ микросоциальных условий ребенка, корректурный тест на работоспособность во время урока и др.

Соматическое состояние изучалось определением частоты неблагоприятных реакций сердечно-сосудистой системы по учебную нагрузку по данным регистрации артериального давления в течение недели в начале учебного процесса (осенью), в конце первого полугодия и в конце учебного года (весной). У детей изучался иммунологический статус: анализировались показатели АФРН - количество антител к фактору роста нервов и ЛЭ-уровень лейкоцитарной эластазы, характеризующей состояние неспецифического иммунитета и проницаемость гематоэнцефалического барьера.

Результаты и их обсуждение

Сводные данные по проведенной работе в школе с гендерным обучением по г. Москве представлены в табл. № 1.

Таблица № 1.

Распределение в % изученных факторов и их влияния на психофизическое здоровье детей в зависимости от пола и формы обучения

Факторы		норма	риск	патология	норма	риск	патология
Психическое здоровье		50/40	39/45	11/15	80/50	20/40	-/10
Иммунитет-	АФРН	80/65	10/20	10/15	90/80	10/12	-/8
	ЛЭ	-	20/25	80/75	20/20	80/60	-/20
Уровень развития		80/80	20/10	-/10	85/80	15/15	-/5
Эмоционально-мотивационный статус		43/37	57/58	-/5	78/75	22/20	-/5
Стресс устойчивость		70/61	30/32	-/7	100/85	-/10	-/5
Леворукость		-/12	10/88	-	-/-	25/20	-/-
Праворукость		90	-	-	75/80	-/-	-/-
Абстрактное мышление		60/64	40/36		45/40	55/60	
Образное мышление		75/60	25/40	-	40/35	60/65	-
Конкретное мышление		75/70	25/30		75/80	15/20	

Оценка психического здоровья показала, что 50% обследованных мальчиков и 80% девочек в школе с гендерным образованием г. Москвы отнесены по психопатологическому протоколу к норме. 39% и 20% соответственно мальчиков и девочек к состоянию риска психических расстройств и 11% мальчиков нуждаются в наблюдении специалистов и психотерапевтическом лечении.

При изучении уровня психического развития выявлены инфантилизм, ограничение общего кругозора и осведомленности, обусловленные микросоциальной запущенностью (депривацией). Однако, по оценке уровня абстрактного мышления и сообразительности дети в 80% отнесены к норме и в 20% - к состоянию риска или легкой задержке интеллектуального развития.

Оценка по тестам эмоционального состояния детей выявила повышенную напряженность, преимущественно у мальчиков, уровень повышенной тревожности, а также снижение эмоциональной заинтересованности в работе (снижение мотивации).

У большинства детей выявлены ощущение недостатка внимания, жажда признания и одобрения, особенно у мальчиков (80% против 55% соответственно).

На вербальном уровне у 30% мальчиков обнаружена низкая стрессоустойчивость за счет социаль-

ной фрустрации, незрелости и инфантилизма. Компенсация недостаточности проявлялась в повышенном фантазировании, беспечности, игровых интересах.

У всех детей выявлен сниженный уровень абстрактного мышления с большим развитием конкретного, преимущественно у девочек. Образное мышление обеднено, фантазии однообразны, представления примитивны, особенно у мальчиков. Нарушены конструктивный и пространственный праксис (в связи с чем выявлялось искажение почерка) и пространственный гнозис, а так же ориентировка во времени.

По данным иммунологического состояния 85% детей отнесены к категории «норма», 15% - к категории «риск» и «патология», особенно по данным показателя ЛЭ, причем патология выявлена только у мальчиков. Эти данные свидетельствуют о сниженной иммунологической активности, о соматической ослабленности и повышенной готовности к соматическим экзогенным данного контингента.

Оценка соматического состояния по данным регистрации АД и уровню невротизации показал, что в гендерных классах уровень гемодинамики выявлял нарушения только в начале учебного года (23%) и снизился к его концу, составив 13%. В смешанных классах, напротив, выявлено ухудшение гемодинамического статуса и повышение невротизма в 2.7 раза по сравнению с числом таковых состояний в январе. Фактор колебания работоспособности и «учебного утомления» также имел тенденцию к снижению в гендерных классах к концу года и был в два раза выше в смешанных (21% и 46% соответственно)

Проведенное комплексное изучение психофизического здоровья детей младшего школьного возраста выявило определенные отклонения в их психическом и физическом состоянии. Однако средние показатели по всем проведенным тестам оказались лучше, чем те же данные в классах со смешанным обучением (например, уровень психической патологии составил 11% против 15% в изученных смешанных классах, а также в сравнении со среднестатистическими данными по г. Москве - 16.5%).

Обнаруженные у детей скрытая и явная леворукость не отразилась существенно на состоянии их психического здоровья, но данный фактор требует дополнительного внимания к этим детям.

Еще более демонстративные результаты показал пролонгированный эксперимент (в течение 5 лет) по гендерному образованию в г. Туле (таблица № 2 и 8 диаграмм по табл. № 2).

Таблица № 2.

Процентное выражение состояния отдельных психических функций.

Тестируемые психические функции	Экспериментальные классы		Смешанные классы экспериментальной школы	Смешанные классы типовой школы
	девочки	мальчики		
Познавательное развитие, кругозор (высокий и средний, по возрасту)	96	100	56	40
Память, внимание, мышление (не нарушены)	90	85	70	63
Эмоциональное благополучие, низкий уровень тревоги	90	87	56	48
Мотивация к учебе (высокая и средняя)	90	96	52	43
Самооценка (высокая и средняя)	80	96	60	55
Коммуникации не нарушены	92	90	60	52
Половая идентификация (без отклонений)	95	90	80	80
Ощущение психологического комфорта в школе	83	92	74	60
Оптимальная работоспособность	80	92	50	43
Стрессовая толерантность (высокая и средняя)	82	88	76	62
Академическая успеваемость (высокая и средняя)	95	100	84	70
Психическое здоровье не нарушено	92	90	87	83
Состояния риска психической болезненности	30	32	38	45

Как показывают результаты эксперимента, представленные в таблице, **познавательное развитие, память, внимание, мышление** на момент окончания 5 учебного года оказались выше в экспериментальном классе по сравнению с контрольными.

Уровень эмоциональной напряженности и тревожности в экспериментальных классах определен как относительно благополучный, соответственно у 90% и 82% детей, в то время как в смешанных классах этот показатель был значительно ниже – 56% и 45%, причем повышение эмоциональной напряженности и тревожности отмечено преимущественно у мальчиков.

Исследование мотивации (в данной случае к школьной деятельности или к обучению) показало, что практически у всех детей из условий раздельного обучения отмечается высокий уровень мотивации к учебе, в то время как в контрольных классах только у 52%.

Проверка **академической успеваемости** учащихся выявила, что инновационный режим раздельного обучения способствовал и более высокому качеству получаемых знаний (по результатам одних и тех же контрольных работ в экспериментальных и смешанных классах), особенно у мальчиков. При традиционном смешанном обучении это преимущество отмечалось у девочек.

Раздельное обучение с периода начальных классов положительно сказывается и на **оценке личностных качеств учащихся**, особенно мальчиков. Они оцениваются как более готовые к деятельности, более уверенные в себе, доверчивые и доступные контакту с учителем, более спокойные, старательные, настойчивые и ловкие, чем те, кто обучался вместе с девочками. Среди отдельно обучавшихся мальчиков больше проявляющих себя лидерами. Этот факт, по-видимому, связан с большей комфортностью раздельного обучения в целом. Так, мальчики ощущают себя более понятыми учителем, чем при обучении в смешанном классе. Кроме того, у них отсутствует факт сравнения себя и своих достижений с девочками, что уменьшает отрицательную самооценку, которая превалирует у мальчиков в совместном классе, особенно в начальном периоде обучения.

Данный вывод подтверждают результаты исследования **самооценки** учащихся в 3 экспериментальных и контрольных классах, которые показали высокую и среднюю самооценку у мальчиков в экспериментальных и сниженную при смешанном обучении (причем, и у мальчиков, и у девочек).

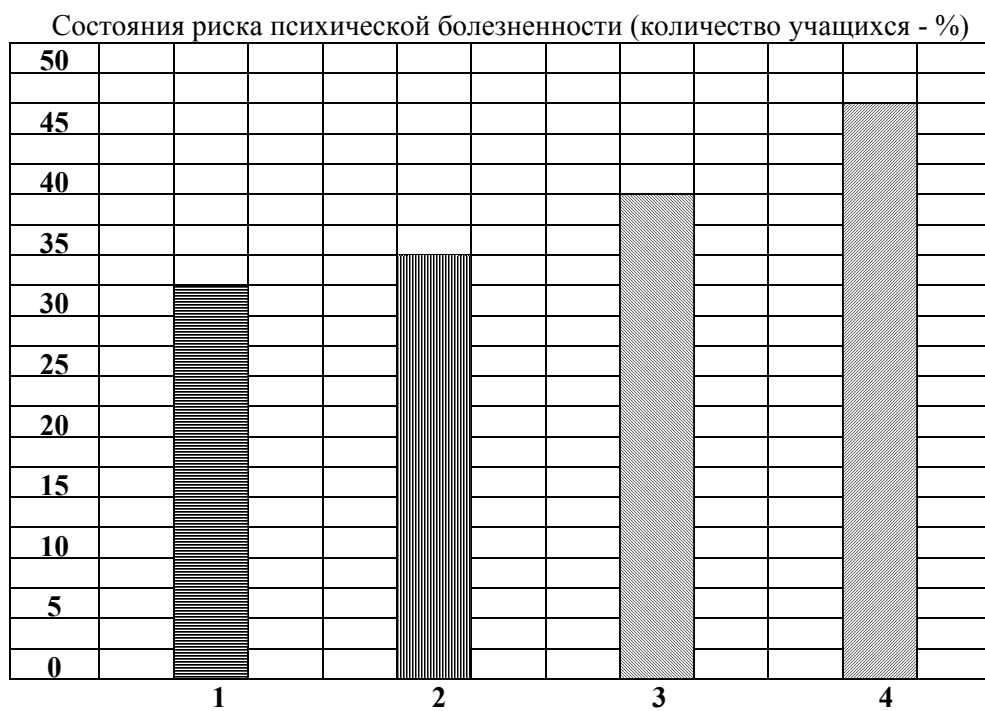
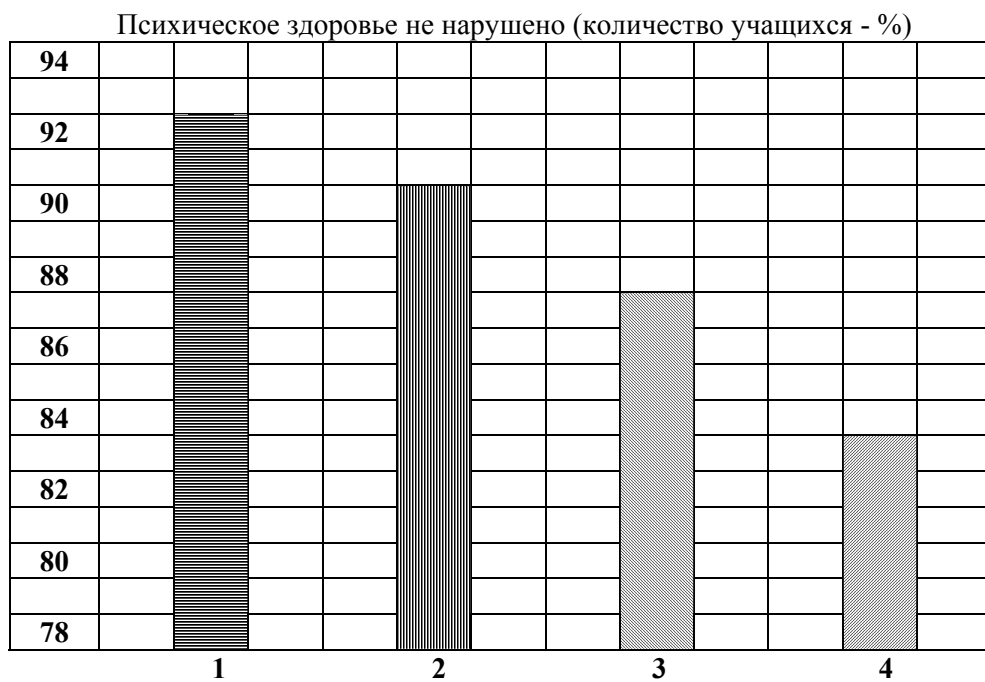
Исследование **уровня и качества взаимоотношений** детей экспериментальных и контрольных классов показало, что количество учащихся, имеющих высокий личностный статус в своем классе, возрастает в классах раздельного обучения по сравнению со смешанными классами, а следовательно, увеличивается количество межличностных связей как в группах мальчиков и девочек, так и между ними. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что разделение при обучении не влияет негативным образом на качество взаимоотношений мальчиков и девочек друг с другом, скорее, наоборот, более комфортные условия обучения, большая уверенность в своих силах, успешность в обучении создают предпосылки для повышения качества общения.

Индивидуальное обследование учащихся экспериментальных и смешанных классов на предмет **половозрастной идентификации, оптимальной работоспособности, устойчивости к стрессовым условиям, а также состояния психического здоровья** показало значительное преимущество в гендерных классах по исследуемым кластерам.

Таким образом, по данным проводимого эксперимента по гендерному подходу в обучении детей в начальных классах отмечается ряд положительных тенденций в познавательном и личностном развитии мальчиков и девочек экспериментальных раздельных классов. Проведенная работа доказала приоритетность данной новой формы воспитания и обучения в психопрофилактических мероприятиях на уровне первичной психопрофилактики и в проблеме охраны психического здоровья детского населения в целом. Кроме того, признание личностного равноправия мальчиков и девочек не означает отрицания биологических и психофизиологических особенностей и различий в их жизнедеятельности. Однако последнее требует различных форм, методов и средств обучения для более полной реализации способностей каждого как в учебной, так и вне учебной деятельности.

Следует подчеркнуть немаловажный факт в гендерном подходе обучения детей — это особую актуальность единства действий учителя и родителей ребенка. Данное положение требует тесного взаимодействия учителя с семьей учащегося для согласования единых по возможности целей и задач воспитания и обучения на основе уважения к ребенку как личности и соблюдения его прав как человека.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ШКОЛЬНЫХ УСПЕХОВ



1 – классы девочек



2 – классы мальчиков

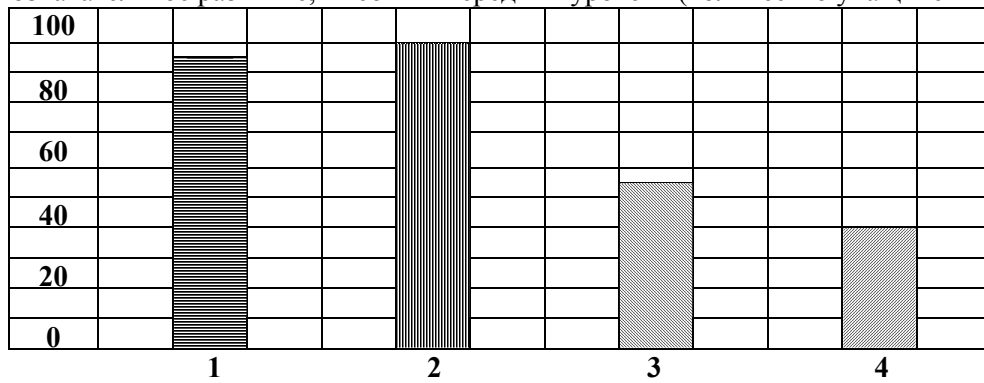


3 – смешанные классы той же школы

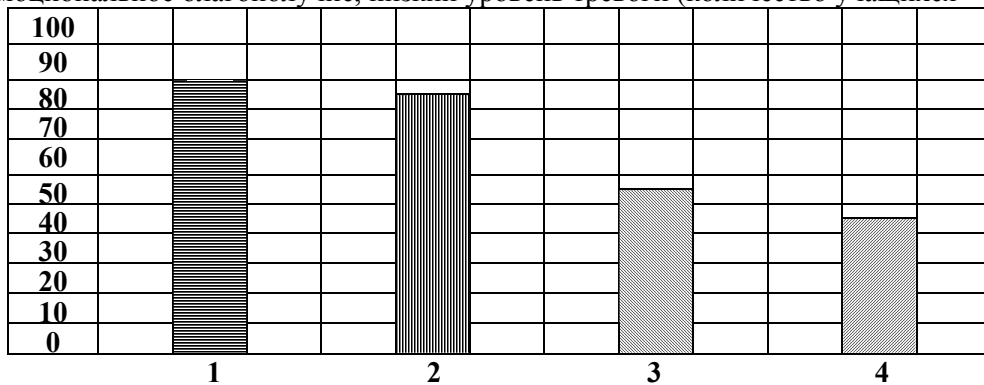


4 – смешанные классы другой школы города

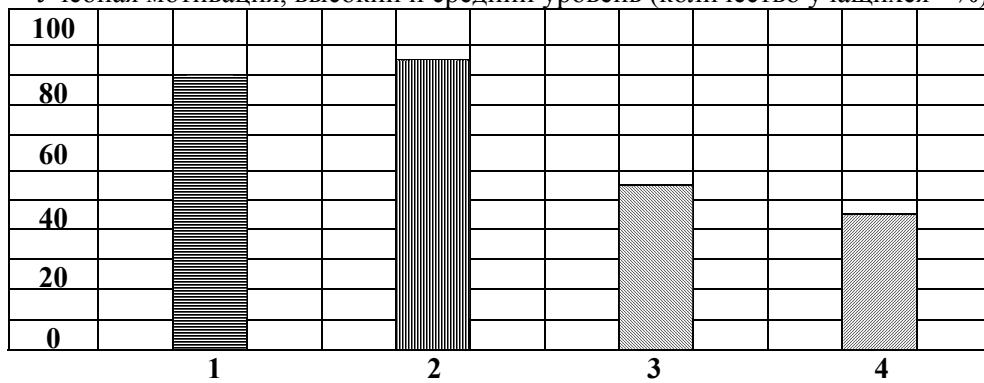
Познавательное развитие, высокий и средний уровень (количество учащихся - %)



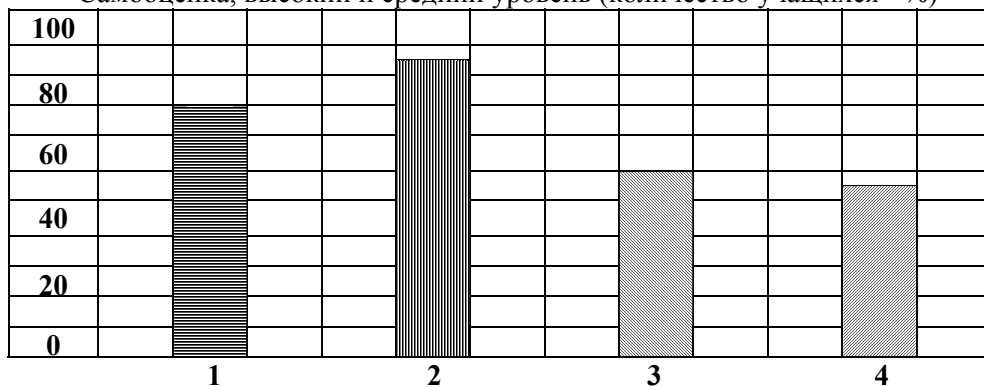
Эмоциональное благополучие, низкий уровень тревоги (количество учащихся - %)



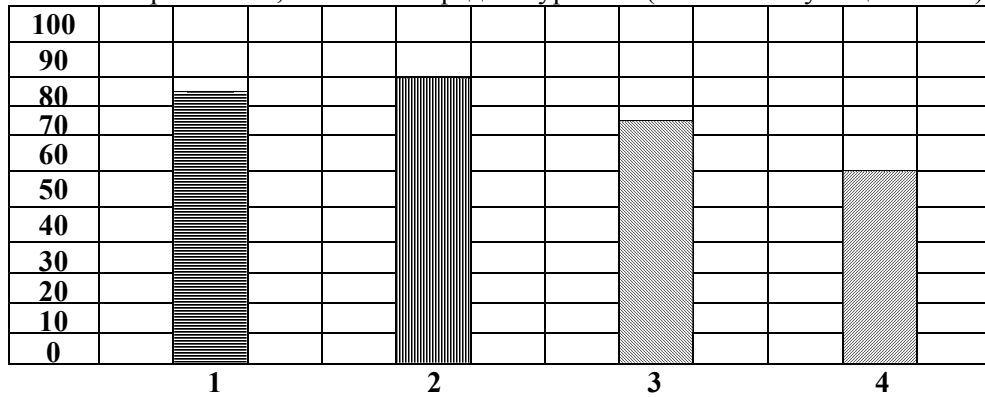
Учебная мотивация, высокий и средний уровень (количество учащихся - %)



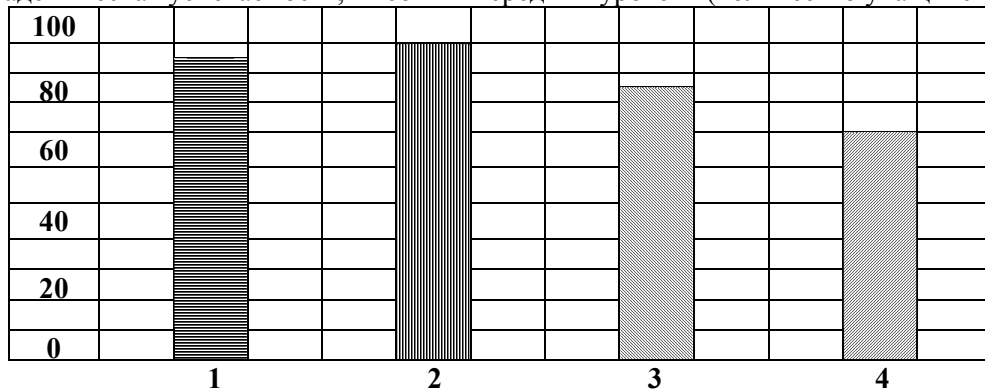
Самооценка, высокий и средний уровень (количество учащихся - %)



Стрессовая толерантность, высокий и средний уровень (количество учащихся - %)



Академическая успеваемость, высокий и средний уровень (количество учащихся - %)



ЛИТЕРАТУРА

1. Базарный В. Ф. Методология оздоровления детей и подростков. – М., 1996. – 280 с.
2. Баранов А. А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатр. журн. -1998, № 1. - С. 5-8.
3. Брагина Н. Н. Доброхотова Т. А. Функциональная асимметрия мозга человека. - М., 1981. - 340 с.
4. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. - М., 1984, т. 4, часть 2. – С. 243-368.
5. Геодакян В. А. Эволюционная логика дифференциации полов в филогенезе и онтогенезе. Автореф. дис. биол. наук. - М., 1987. - 90 с.
6. Геодакян В. А. Два пола. Зачем и почему. – СПб, 1992. - 42 с.
7. Геодакян В. А. Системно-эволюционная трактовка асимметрии мозга. - СПб, 1992. - 20 с.
8. Еремеева В. Д., Хризман Т. П. Мальчики и девочки - два разных мира. – СПб, 2000. – 152 с.
9. Еремеева В. Д. Нейропсихологический аспект эффективности педагога. - СПб, 2002. - 103 с.
10. Иванов В. В. Чет и нечет (асимметрия мозга). - М., 1978. – 150 с.
11. Каган В. Е. Когнитивные и эмоциональные аспекты гендерных установок у детей // Вопросы психологии, 2002, № 2. – 5 с.
12. Клейн В. Н. Бурлацкий Г. Л. Латеральная антропометрия / Леворукость у детей и подростков. – М., 1987. – С. 128-137.
13. Клецина И. С. Гендерная социализация. Учебное пособие. – СПб, 1998. – 110 с.
14. Козловская Г. В. Состояние психического здоровья детского населения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002, № 2. – 10 с.
15. Колесов Д. В. Биология и психология пола. - М., 2000. - 210 с.
16. Кон И. С. Ребенок и общество. – М., 1998. - 271 с.
17. Костикова И. В. Основы гендерной педагогики. Программа спецкурса. – М.: МГУ, 2001. - 18 с.
18. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. – М., 1981; изд. 4. - С 27.
19. Москвин В. А. Межполушарная асимметрия и индивидуальные стили эмоционального реагирования // Вопросы психологии. – 1988, № 6. – С. 116-120.
20. Орлова Л. Ю. Гуманизация воспитания и обучения на основе гендерного подхода / Сб. мат. науч. конф. Российские женщины и европейская культура. -СПб, 2001.
21. Попова Л. В. Гендерные аспекты самореализации личности. Учебное пособие. – М., 1996. – 42 с.
22. Пушкарева Н. А. Гендерная асимметрия социализации / Гендерный подход в педагогике. - М., 2002, часть 1.
23. Строганова Т. А. Ритмы ЭЭГ и развитие процессов контроля внимания. Автореф. дис. докт. биол. наук. - М., 2001. – 35 с.

24. Царева Н. П. Некоторые проблемы социализации девочек и мальчиков в образовательных учреждениях на основе гендерного подхода / Сб. мат. науч. конф. Российские женщины и европейская культура. - СПб, 2001.
25. Щелованов Н. М., Фигурин И. Л., Денисова М. П. Особенности ребенка раннего возраста / Педагогика и воспитание. - М., 1928. - С. 45-51.
26. Штылева Л. В. Педагогика и гендер / Сб. мат. науч. конф. Российские женщины и европейская культура. - СПб, 2001.
27. Спрингер С., Дейч Г. Левый мозг, правый мозг. - М., 1983. - 200 с.
28. Coltheart M., Hulte. / *Natura*, 1975, vol. 253. - P. 438-440.
29. Crishton-Browne J. / *Brain*, 1980, vol. 2. - P. 42-67.
30. Mc. Glone J. / *Behav. Brain Sciences*, 1980, vol. 3. - P. 215-263.
31. Erlenmeyer-Kimling L. *Biological perspective*. - Berlin-Chicago, 1987. - P. 26-31.
32. Miller A. *Personaliti Types* /Canada, University of Calgari Press, 1991.

И. И. Сергеев, Р. В. Дейч, М. М. Трунова

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕРХЦЕННЫЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета (Москва).

В психопатологии до сих пор не вполне определенными представляются роль и место патологических сверхценных увлечений, встречающихся в структуре психических расстройств у детей и подростков. Разнообразные по содержанию сверхценные увлечения («патологические хобби», по А. Е. Личко [10], «странные увлечения», по Р. А. Наджарову [12], «духовные влечения», по Л. Б. Дубницкому [4], в том числе случаи «запойного чтения», по М. Ш. Вроно [1]) описаны у больных шизофренией, преимущественно, при непрерывно текущих формах, а также в рамках шизотипического расстройства (Р. А. Наджаров [10]; Л. Б. Дубницкий [4]; В. М. Морозов [11]). Кроме того, они упоминаются в литературе как проявление декомпенсации расстройств личности шизоидного круга (Г. Е. Сухарева [13]; Л. Б. Дубницкий [4]; E. Kretschmer [14]). Вместе с тем, к настоящему времени психопатология, типология и динамика данного феномена представляются разработанными недостаточно. Известные сложности вызывает даже попытка сформулировать понятие «увлечение». Так, А. Е. Личко предлагает относить к увлечениям (хобби) особую категорию психических феноменов, располагающихся где-то между инстинктами и влечениями, с одной стороны, и наклонностями и интересами, с другой. По сравнению с влечениями, хобби не имеют непосредственной связи с инстинктами, со сферой безусловных рефлексов. В отличие от интересов и наклонностей, увлечения всегда более эмоционально окрашены, хотя и не составляют главную трудовую направленность личности, не являются средством заработка [10]. По В. Я. Гиндикину [3], увлечения есть усиленные занятия каким-либо делом, не имеющим практического смысла. Они характеризуются осознанностью цели и мотива, их динамика, в сравнении с влечениями, преимущественно непрерывна, а не приступообразна. Кроме того, им не предшествуют аффективные расстройства, не свойственны внезапное возникновение, импульсивность, субъективно тяжелая борьба мотивов, связь со сферой инстинктов. Из приведенных данных следует, что понятие «увлечение» можно определить лишь в сравнении с другими понятиями, такими как «влечение», «инстинкт», «наклонности», «интересы», каковые сами по себе представляются недостаточно четкими.

Не существует и общепринятых критериев, согласно которым можно относить то или иное увлечение к разряду патологических, сверхценных. Так, Л. Б. Дубницкий предлагает считать патологическими стойкие, фиксированные увлечения, доминирующие как в деятельности, так и в сознании. Они овладевают всеми помыслами в ущерб другой деятельности, всегда бывают односторонними, утрированными, однобокими вплоть до гротескного характера. Также для них характерна яркая аффективная окраска. Эти увлечения в итоге приводят к социальной дизадаптации больных. К свойствам непатологических (доминирующих) увлечений относятся их лабильность, изменчивость в содержательном плане и зависимость от внешнего повода [4]. По мнению А. Е. Личко, для патологических увлечений характерны их вычурность, необычность для данного возраста; напряженность, крайнее озлобление при попытке помешать заниматься любимым делом, заполняющим всю жизнь в ущерб учебе, сну, отдыху, работе; непродуктивность (отсутствие реального результата), часто сочетающаяся с поражающей неосведомленностью в области, несмотря на многочасовые занятия [10]. Существует также мнение, что к патологическим относятся такие идеи и увлечения, которые трансформируются в бредовые с нарастанием негативных расстройств [9]. В. В. Ковалевым [6] предложено объединять случаи односторонних, аффективно заряженных интересов и увлечений в рамках синдрома сверхценных интересов и увлечений. Также им

были выделены облигатные компоненты синдрома - аффективный, идеаторный и компонент влечений. При этом указывается на необходимость отграничения сверхценных интересов и увлечений в форме конкретной деятельности (собственно «сверхценных увлечений») от сверхценных интересов и увлечений идеаторного характера, описываемых также как синдром «метафизической (философической) интоксикации». В качестве отличительных черт сверхценных интересов и увлечений в форме конкретной деятельности предлагается рассматривать наличие аффективно заряженного стремления к конкретной деятельности при отсутствии или слабой выраженности интеллектуального, идеаторного компонента такого увлечения. Преобладание последнего типично для второго варианта синдрома - «метафизической интоксикации».

Целью настоящего исследования является клиническое, с привлечением анамнестических и катamnестических данных, изучение структуры и динамики патологических сверхценных увлечений в форме конкретной деятельности у детей и подростков.

Задачами исследования являются уточнение критериев их отграничения от непатологических увлечений, клиническая дифференциация патологических сверхценных увлечений, анализ вариантов динамики синдрома в рамках течения основного заболевания, а также определение роли сверхценных патологических увлечений в форме конкретной деятельности в формировании социальной дизадаптации детей и подростков.

Материалом для данного сообщения послужила группа из 32 больных в возрасте от 5 до 16 лет, находившихся на лечении в Детской психиатрической больнице № 6 (главный врач – В. Ю. Кожевникова) за период 2002-2005 гг., в клинической картине которых существенное место занимали патологические сверхценные увлечения.

Проявления патологических увлечений были представлены разнообразной деятельностью, тесно связанной с объектом увлечения, – игры однообразного сюжета, собирательство, рисование, написание рассказов и стихов, чтение книг и специальных изданий, поездки на определенных видах транспорта, длительные бесцельные прогулки, разведение растений или животных, игры на компьютере, составление различных схем, изготовление моделей, различных поделок и т. д. При этом во всех случаях отмечалась слабая представленность идеаторной составляющей увлечения, его интеллектуальной разработки при безусловном преобладании деятельности как таковой. Интерес к определенной тематике или объекту как бы терялся на фоне деятельности, его сопровождающей. В ряде случаев предметом увлечения являлся собственно сам определенный вид деятельности (например, поездки в транспорте, счет, ходьба, чтение и т. д.)

Среди предметов увлечения, объектов сверхценной деятельности можно выделить некоторые типичные группы: учеба в школе и приобретение знаний; увлечение животными (определенными видами либо животными в целом), растениями; увлечение компьютерными играми; увлечение определенным видом транспорта; увлечение, связанное с «кумиром» - любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной командой; увлечения, связанные с отдельными предметами или явлениями (например, электроприборы, цифры, вулканы, стихийные бедствия, цветные металлы и т. д.).

В группе увлечений, связанных с учебой в школе или приобретением знаний, преобладала деятельность, напоминающая учебную: больные занимались чтением учебников, энциклопедий, руководств, выполнением различных письменных заданий, составление конспектов и т. д. Однако «учебная» деятельность больных отличалась малой продуктивностью, при этом занимала большую или всю свободную часть их времени, иногда с попытками занятий по ночам, во время еды, поездок в транспорте, с отказом от еды и сна. В ряде случаев «занятия» сводились к бессмысленному многочасовому перелистыванию страниц книги, переписыванию одного и того же текста. Иногда больные отказывались расставаться с учебниками, тетрадями, прятали их, повсюду носили их с собой, не разрешали окружающим прикасаться к ним. Зачастую больные запрещали окружающим разговаривать в их присутствии, включать телевизор, заходить в комнату, заявляя, что это отвлекает их от занятий, «мешает учить». В ряде случаев на ранних этапах имели место попытки «усовершенствовать» методику обучения путем изобретения собственных «методов запоминания», ведения специальных тетрадей и конспектов и т. п. При этом значительные сложности вызывали попытки отвлечь ребенка от занятий, переключить его внимание, заставить следовать режиму; эти попытки вызывали у больных выраженную негативную реакцию с криками, плачем, бранью, двигательным возбуждением.

В случаях преобладания сверхценной деятельности, связанной с увлечением животными, больные большую часть своего времени посвящали общению с излюбленным видом животных (с кошками, собаками, лошадьми). Больные стремились находиться среди животных, ездили в питомники, приюты для бездомных животных, прикармливали бродячих животных, приводили их домой, подолгу выгуливали их и т. д. Иногда увлечение больных было связано с живущим дома котом или собакой, при этом сверхценная деятельность заключалась в многочасовых играх с ними, придумывании и изготовлении различ-

ных «приспособлений» – ловушек, домиков, написание рассказов, рисование и т. д. В случаях увлечения разведением растений больные все свое время стремились проводить в устроенных ими «оранжереях», при этом часто захламляли квартиру, засыпали ее землей, что влекло за собой конфликты с родителями, соседями.

В случаях увлечения компьютерными играми больные все свое время стремились проводить за компьютером, в компьютерных игровых клубах. Как правило, предметом увлечения являлись наиболее популярные игры различной направленности. При этом больные могли проводить в компьютерных клубах не только все свободное время, но в ряде случаев бывали там весь день, прогуливая школу. Иногда больные пропадали в клубах по нескольку дней, родителям приходилось уводить детей домой из клуба силой, после долгих поисков. В большинстве случаев дети совершали кражи денег и вещей у родителей и знакомых с целью оплаты компьютерных игр в клубах.

При увлечении каким-либо видом транспорта больные совершали долгие поездки на излюбленном виде транспорта, обычно без определенной цели, по одним и тем же маршрутам, собирали специальную литературу, изображения, модели транспортных средств, вычерчивали схемы движения автобусов, поездов – практически вся деятельность, так или иначе, была связана с транспортом. Поездки зачастую занимали все свободное время больных, в ряде случаев бывали сопряжены с пропусками школы, самовольными уходами из дома, иногда на несколько суток. Порой увлечение ограничивалось стремлением бывать в местах, связанных с определенным видом транспорта (например, рядом с железнодорожными путями), многочасовым рассматриванием прибывающих поездов.

При увлечениях, связанных с «кумирами» – рок-исполнителями, известными киноактерами, спортсменами, больные стремились чаще бывать на концертах, спортивных матчах, смотреть телепередачи с участием «кумира». Они занимались собирательством различных плакатов, фотографий, журналов, стремились проводить время в обществе «единомышленников», иногда образовывали особые «фан-клубы». С целью заработать деньги на билеты, покупку музыкальных и видеозаписей, фотографий, журналов и т. п. больные выпрашивали деньги у родных, совершали кражи, иногда занимались сбором бутылок. Увлечение всегда существовало в ущерб школьной деятельности, сопровождалось частыми конфликтами с родителями, сужением круга общения до общества «единомышленников».

Отдельную группу наблюдений составляли «особые» увлечения, подчас необычные, вычурные по содержанию, с трудом причисляемые к какой-либо группе. К ним относятся увлечения отдельными предметами или явлениями, например, вулканами (в том числе, извержения), сбором цветного лома, счетом и цифрами, стихийными бедствиями (ураганами, наводнениями, землетрясениями) и др., либо предметом увлечения являлся собственно определенный вид деятельности (например, продолжительная бесцельная ходьба).

В большинстве наблюдений начало увлечений носило аутохтонный характер, без видимой связи с событиями либо прежними интересами, однако в ряде случаев увлечение возникало в результате какого-либо внешнего воздействия: знакомством с другими увлекающимися детьми, какое-либо случайное событие, вызвавшее интерес к определенной тематике и т. д. Различной была и степень охваченности больных своей деятельностью, выраженность компонента сверхценности, что послужило основанием для клинического разделения всех случаев патологических увлечений на варианты-стадии – односторонние, сверхценные и сверхценно-бредовые.

Критерии односторонних увлечений могут служить также критериями «патологичности» увлечений – они нетипично для увлечений детского возраста устойчивы, неизменны; часто необычны по содержанию. Такие увлечения сопровождаются обеднением других видов деятельности, типичных для детей, существуют в ущерб другим интересам и увлечениям. Родителями односторонние увлечения воспринимаются как чрезмерные, «ненормальные», при обращении к врачам фигурируют в предъявляемых жалобах. Наконец, они способствуют развитию социальной дизадаптации на уровне семьи.

Данное наблюдение иллюстрирует формирование увлечения одностороннего характера.

Больная Ксения К., 11 лет.

Без видимой причины появился повышенный интерес к собакам – уходила на улицу, кормила бездомных животных, приводила их домой. После смерти одной из собак долго грустила, была подавлена. В результате долгих уговоров со стороны девочки мать завела овчарку. Все свободное время больная проводила с собакой, пыталась ее учить, дрессировать. С согласия матери выгуливала ее в поздние часы. Практически ежедневно после школы ездила в питомник, который принадлежит знакомым, – к собакам. Домой возвращалась поздно, иногда в 11 часов, из-за чего были конфликты с матерью. Пыталась дрессировать собак, ухаживать за ними, учиться лечить, перевязывать, когда они болеют и т. д. В питомнике было собрано много литературы о собаках, которую, впрочем, изучала нерегулярно. Помимо поездок в питомник, подкармливала и «дрессировала» бездомных собак в районе, в котором живет, практически всех их знала. Также выгуливала собак знакомых и соседей – всего около 15 – практически ежедневно.

Утверждала, что умеет лечить собак, что у нее есть «сертификат на лечение». Забросила все остальные интересы, занятия. Постоянно конфликтует с матерью, бабушкой, иногда может накричать на них, ударить. От одноклассников постепенно "отошла" – утратила к ним интерес. Учебу не пропускает, но успеваемость снизилась, относится к обучению формально – «лишь бы отстали».

Для увлечений, относимых к группе сверхценных, типично их возникновение на основе имевших место ранее односторонних увлечений, соответствие им по содержанию. Они обладают особой аффективной заряженностью либо, наоборот, носят выхолощенный характер, доминирующим является компонент болезненно усиленного влечения к данному виду деятельности. Они доминируют в психической жизни ребенка, в значительной степени определяют его поведение. Практически замещают повседневную деятельность детей, в том числе в ущерб учебной деятельности, прочие интересы и увлечения не выражены или имеют тенденцию к постепенному нивелированию. Сверхценные увлечения фигурируют в предъявляемых родителями жалобах как одни из ведущих. Клинически они обычно сочетаются с другими расстройствами непсихотического или психотического уровня, а также с расстройствами низших влечений (по агрессивно-садистическому типу, половыми, пищевыми). Наконец, они являются значительным фактором социальной дизадаптации (семейной, школьной).

Данное наблюдение иллюстрирует пример поведения ребенка с увлечением сверхценного характера: Больной **Артем Е.**, 13 лет.

Полтора года назад увлекся сбором цветного металлолома, который сдает за деньги. Начало увлечению положило случайное событие – незнакомая женщина на улице поинтересовалась, где находится пункт сбора цветных металлов. С тех пор увлеченный идеей получения «легких» денег стал все больше времени уделять поиску и сбору цветного лома. Со временем стал посвящать этому занятию все свободное время. Разработал маршруты, включающие в себя наиболее крупные промышленные свалки в его микрорайоне. Для перевозки крупногабаритных предметов, содержащих цветные металлы, пользовался общественным транспортом, чем вызывал недовольство кондукторов и пассажиров. Складывал железки дома в прихожей, чтобы впоследствии разобрать. В школу ходил с набором инструментов (отвертка, магнит и т. д.), с тем, чтобы всегда быть готовым разобрать случайную находку, потенциально содержащую цветные металлы. Захламил квартиру, в которой живет с матерью и бабушкой, прихожая завалена несколькими полуразобранными телевизорами, холодильниками. На вырученные деньги приобрел некоторые бытовые приборы – микроволновую печь, видеомagneтофон. Забросил все другие занятия, увлечения, лишь иногда смотрит телевизор.

Наконец, к сверхценно-бредовым относились увлечения, отвечающие следующим критериям: они возникают на основе имевших место односторонних, сверхценных увлечений по механизму сверхценного бредообразования, при этом содержание бредовой фабулы полностью или частично соответствует содержанию увлечения. Идеаторная разработка отсутствует, аффект, как правило, тусклый, выхолощенный, доминирует компонент болезненно усиленного влечения к данному виду деятельности. Поведение больного полностью определяется содержанием сверхценно-бредового симптомокомплекса. Жалоба на наличие такого увлечения фигурирует в предъявляемых родителями как ведущая (иногда является единственным поводом для обращения). Клинически они сочетаются с расстройствами психотического, кататонического уровня, а также со значительными негативными изменениями личности. Наконец, они определяют грубую социальную дизадаптацию ребенка. Часто такие больные нуждаются в оформлении пособия по инвалидности детства.

В следующей иллюстрации показано формирование патологического увлечения сверхценно-бредового характера.

Больной **Юрам М.**, 12 лет.

После перенесенного ОРЗ, вынужденного недельного пропуска занятий в школе получил две "4" по предметам, по которым успевал только на "отлично". Начал усиленно заниматься дома, стремясь наверстать пропущенное, исправить отметки. Постепенно все больше времени стал проводить за занятиями – сидел с утра до ночи, ничем другим не занимался, прерывался только на еду и сон. Завел специальные тетради для самостоятельных занятий. Отвлечь мальчика от учебы практически не удавалось. За исключением посещения школы практически перестал выходить из дома, общаться с окружающими. Не обращал внимания на своего друга, когда тот приезжал в гости. В отношениях с родными стал холодным, черствым, отстраненным, замкнутым. Все больше внимания уделял истории и биологии, стал заниматься по "собственной" программе, постепенно забросил школьные задания, говорил: "мне это не надо, я буду заниматься тем, что мне надо". Изучал дополнительную литературу – энциклопедии, справочники и т. д. Стал раздражительным, сторонился окружающих, говорил, что они "мешают учить". Все свое время уделял занятиям по "собственной программе". Для того чтобы лучше усваивать материал, придумал собственную "систему запоминания". Постепенно вовсе перестал смотреть TV, запрещал это делать и родителям. Говорил, что все это мешает ему учить. Стал ино-

гда зажимать руками уши - в транспорте, затем и дома. Объяснял это тем, что ему мешают громкие звуки, разговоры окружающих - "мешают повторять". Свободное от школы время проводил за чтением, мог целый день провести без движения, склонившись над книгой. Иногда родителям казалось, что мальчик не читает, а бездумно смотрит на страницы книги. Стал отказываться от еды, питья, перестал мыться, говорил, что все это мешает ему "учить". Однажды неожиданно убежал домой с урока в школе, бросив все свои вещи. Постепенно перестал ходить в школу, проводил время, сидя без движения в окружении книг, отказывался от еды, становился все более скрытным, напряженным. Через 2-3 месяца после начала усиленных занятий стал высказывать идеи о том, что злые «бесстыдники» мешают ему получать его знания, «отнимают» их. Стал бояться того, что его «заколдуют». Писал в тетради специальные «молитвы» от колдовства, для «получения знаний». Однажды напал на мать с криками: «Ты, змея!», пытался ее ударить. Свое состояние, поведение объяснить не мог. Госпитализирован в неотложном порядке.

Возрастной диапазон наблюдений составил от 3-4 до 15-16 лет с преобладанием значений, соответствующих препубертатному и пубертатному периоду (11-14 лет). Патологические увлечения отмечались при различных психических расстройствах, большинство которых (73%) относилось к расстройствам «шизофренического спектра» - шизофрении, шизоаффективным психозам, шизотипическим расстройствам. Вместе с тем, 27% наблюдений относились к случаям психических заболеваний иной природы – органических расстройств ЦНС, умственной отсталости (в том числе как последствия хромосомной патологии), случаям патологического формирования личности по истероидному, неустойчивому типу, а также при неврозах. Синдромологически в рамках основного заболевания патологические увлечения сочетались с рядом синдромов аффективного, невротического, психотического, кататонического уровней (психопатоподобный, неврозоподобный синдромы, синдром невротических страхов, галлюцинаторно-параноидный, аффективно-бредовой, кататонический синдромы, синдромы бредоподобного фантазирования, нервной анорексии, галлюциноза, шизофреноподобный синдром), вместе с тем, в ряде случаев сверхценные увлечения носили характер моносиндрома, полностью определяя клиническую картину заболевания. Единичный характер носят наблюдения, показывающие трансформацию синдрома сверхценных интересов и увлечений в сверхценный бред с постепенным присоединением к деятельности сверхценного характера близких по содержанию бредовых идей.

Различной была динамика патологических увлечений – от длительного, иногда на протяжении многих лет существующего увлечения однообразной тематики до относительно кратковременных, изменчивых в содержательном плане. В случаях длительно (иногда на протяжении всей жизни) существующих патологических увлечений можно было проследить своеобразную возрастную динамику сверхценной деятельности больных. Так, в раннем возрасте преобладало манипулирование предметами увлечения, однообразное длительное их рассматривание. В дошкольном возрасте происходило формирование «активного интереса» - накопление информации о предмете увлечения, попытки идеаторной разработки, проявляющиеся в основном в форме игровой деятельности, выраженность аффективной заряженности увлечения. Наконец, в препубертатном, пубертатном возрасте патологические увлечения характеризовались максимальной идеаторной разработкой, склонностью к активному фантазированию на соответствующую тему.

Особого внимания заслуживают особенности формирования и динамики патологических увлечений в рамках течения шизофрении. В ряде случаев увлечение существовало в преморбидном периоде, манифестные симптомы заболевания появлялись на его фоне и динамика болезни практически не сказывалась на динамике увлечения. В других случаях становление патологического увлечения происходило одновременно с экзацербацией заболевания либо приступом. При этом динамика патологического увлечения могла соответствовать динамике приступа с постепенным нарастанием в инициальной стадии и затуханием по мере обратного развития приступа, однако в ряде наблюдений отмечалось становление стойкого патологического увлечения, сохраняющегося длительное время после окончания приступа. Отмечался также вариант, при котором сверхценное увлечение формировалось на фоне уже текущего заболевания, вне связи с его динамикой. В случаях выраженности негативных изменений личности больного отмечалось их влияние на структуру патологического увлечения. Это проявлялось в преобладании компонента влечения при постепенном нивелировании как идеаторного, так и аффективного компонентов, при этом сверхценная деятельность постепенно приобретала характер бездумной, однообразной, эмоционально «выхоленной».

Преобладание компонента влечений оказалось типичным для большинства наблюдений. При этом в ряде случаев, наряду с патологическими увлечениями, выявлялись также расстройства «низших» влечений, нарушения инстинктивной деятельности – сексуальная расторможенность с акселерацией психосексуального развития, сексуальные перверсии, расстройства по агрессивно-садистическому типу, нарушения пищевого поведения, инстинкта самосохранения.

Во всех наблюдениях патологические сверхценные увлечения сопровождались социальной (школьной, семейной) дизадаптацией детей и подростков. При этом выраженность нарушений адаптации соответствовала охваченности увлечением. В случаях увлечений одностороннего характера дизадаптация ограничивалась рамками семьи (конфликты с родными, уход из дома и т. д.). Патологические сверхценные увлечения сопровождались как семейной, так и школьной дизадаптацией (значительное снижение успеваемости, отказ от посещения школы). Наконец, патологические увлечения сверхценно-бредового характера, как правило, приводили к тотальной социальной дизадаптации ребенка (вплоть до инвалидизации). Вместе с тем, использование существующих терапевтических методик (психотерапия, психотерапия, медико-педагогическая коррекция и др.) оказывалось малоэффективным, оказывало слабое влияние на динамику патологических увлечений.

Таким образом, предварительные результаты проводимого исследования позволяют говорить о неоднородности синдрома сверхценных интересов и увлечений, его различной нозологической принадлежности, разнообразии вариантов динамики, выявляют сложности его диагностики и коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М., 1971.
2. Вроно М. Ш. // Нарушения поведения у детей и подростков: (Особенности клиники, терапии и социальной адаптации). — М., 1981. — С. 33—41.
3. Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии — М.: КРОН-ПРЕСС, 1997.
4. Дубницкий Л. Б. Особые сверхценные образования типа «метафизической интоксикации» при юношеской шизофрении: Дисс. - М. 1977.
5. Жмуров В. А. Психопатология. - М., 2002.
6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М., 1979.
7. Ковалев В. В. // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова (Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста). — 1974. № 10.
8. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985.
9. Косачев А. Л. // Актуальные вопросы клиники и нозологии паранойяльных состояний (К вопросу о разграничении сверхценных состояний при вялотекущей шизофрении и психопатии). — Кемерово, 1976.
10. Личко А. Е. Шизофрения у подростков. — Л., 1989.
11. Морозов В. М. // Труды психиатрической клиники 1-го Московского медицинского института (К вопросу о сверхценных идеях). — М.-Л., 1934, в. 4.
12. Наджаров Р. А. Клиника неблагоприятно текущей юношеской («ядерной») шизофрении: Дис. - М., 1965.
13. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1959.
14. Kretschmer E. Schizophrenien und Pubertatskrisen und Ihre Seelische Fuhung // Monatschr Psychiat Neurol - 1953 - Bd 125, № 516 — S. 562-571

Т. А. Ермилов, Н. В. Зверева

ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Московский психолого-социальный институт, НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

На основании предшествующих психологических исследований познавательной деятельности больных шизофренией детей [1, 3, 10, 12, 13] и данных клиницистов о специфике тактильной сферы при шизофрении в детском возрасте [2, 8, 9] был сформирован исследовательский экспериментальный комплекс для изучения модально-специфической памяти. Экспериментально изучалась произвольная тактильная память в двух разновидностях модальности: осязательная, фактурная с сопоставлением со стереогностической, гаптической; и также память в условном соревновании тактильной и зрительной модальностей у здоровых и больных шизофренией детей и подростков.

В норме в младшем школьном возрасте мнестическая деятельность продолжает развиваться и перестраиваться, тогда как тактильная сфера находится в стадии завершающего развития. При нормально протекающем онтогенезе препубертат и, особенно, пубертат, на фоне достаточно стабильного развития мнестической деятельности характеризуются неустойчивостью и противоречивостью отдельных сторон психики подростка, отличаются выраженным своеобразием психической деятельности [15]. Встает вопрос, насколько общими остаются закономерности становления мнестической деятельности у здоровых и больных шизофренией детей с учетом модальности запоминания и возрастной динамики. Неясно, ка-

ким образом особенности развития тактильной сферы в норме и при шизофрении отражаются в мнестической деятельности.

Предмет исследования: особенности произвольного запоминания стимульного материала, адресованного к разным модальностям у больных шизофренией детей по сравнению со здоровыми ровесниками.

Нами было выдвинуто предположение о том, что произвольная модально-специфическая память больных шизофренией в детском возрасте имеет качественные и количественные отличия от таковой у здоровых сверстников.

Материал и методы исследования

Материал исследования: дети и подростки, больные шизофренией с мало- и среднепрогредиентными формами течения заболевания и их здоровые сверстники в возрастном диапазоне от 6 до 16 лет. Исследовано 108 человек: 74 здоровых (контрольная группа практической нормы - КГ) и 34 больных шизофренией (экспериментальная группа - ЭГ), разделенных на три возрастные подгруппы: *младший школьный возраст* - от 6 до 10 лет, *препубертатный возраст* - от 11 до 12 лет, *подростковый возраст* - от 13 до 16 лет. (см. табл. 1). Набор материала для ЭГ проводился на базе НЦПЗ РАМН, детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы, а для КГ – в СШ № 675 и детском саду № 1664 г. Москвы.

Таблица 1. Сводные данные об испытуемых

	Здоровые испытуемые (КГ)				Больные шизофренией (ЭГ)			
Возраст	6-10 лет	11-12 лет	13-16 лет	всего	6-10 лет	11-12 лет	13-16 лет	всего
Кол-во	25	25	24	74	11	10	13	34

Количество испытуемых в выделенных подгруппах ЭГ и КГ было различным, для оценки возрастной динамики произвольного запоминания в разных модальностях применен метод возрастных срезов. Оценка достоверности различий между деятельностью модально-специфического запоминания у детей и подростков ЭГ и КГ проводилась на основе метода, аналогичного попарному сравнению: сопоставлялись группы здоровых и больных шизофренией (по 34 испытуемых), уравненные по количеству, возрасту и полу испытуемых. Безусловно, на различие мнестической деятельности в сопоставляемых группах испытуемых оказывает влияние качество заболевания (его длительность, степень прогредиентности и др.), но на данном этапе исследования эта задача не ставилась.

Методика исследования

Прототипом экспериментального исследования послужили практические наработки И. А. Матюгина и соавт. [14]. Часть методик была заимствована и модифицирована, в основу тактильной серии положена методика Н. К. Корсаковой и Т. А. Семеновой в модификации Е. Г. Каримулиной и Н. В. Зверевой [4, 6, 7], остальные серии специально созданы для целей настоящей работы. Произвольная память разных модальностей изучалась при однотипной процедуре эксперимента - припоминание в виде узнавания стимулов среди дистракторов. Было 3 серии экспериментов: 1. тактильная серия; 2. стереогностическая (объемная) серия; 3. зрительная серия.

Соблюдались следующие процедурные принципы проведения методик: работа с открытыми глазами; жесткость процедуры ведения эксперимента; фиксированная подача стимулов и дистракторов в каждой отдельной серии; моно- или полимодальность; ограничение во времени; дополнительные условия проведения: наличие специальной коробки для свободного манипулирования обеими или одной рукой.

В методику исследования входили: тактильная, стереогностическая и зрительная серии, которые представляли собой часть более полного исследовательского комплекса.

В тактильной серии стимульным материалом, подобранным по специальным параметрам, служили дощечки одинакового размера 4×6 см, но с разной поверхностью и фактурой (всего 14 шт.) В целях сенсibilизации стимульные ряды были подобраны со сходными поверхностями, каждый ряд состоял из 7 дощечек. Испытуемому последовательно предъявлялись на ощупь 7 стимулов с инструкцией запомнить их для того, чтобы в дальнейшем узнать их среди других аналогичных. Затем стимулы смешивались с дистракторами, и предъявлялись вторично уже 14 дощечек по специальной схеме (в определенном перемешанном порядке); причем сразу после предъявления каждого элемента испытуемый должен был сказать, был ли элемент в первом (стимульном) ряду. В протоколе помимо ответов отмечалось отношение ребенка к поставленной задаче, какой рукой и насколько активно ощупывался тот или иной предмет, фиксировались высказывания, замечания испытуемых, а также невербальные проявления в ходе исследования.

В стереогностической серии процедура проведения была аналогична, только в качестве стимульного материала вместо дощечек использовались объемные предметы. Размер этих предметов варьировал в таких пределах, чтобы уместиться в детской ладони. Некоторые из них были хорошо знакомые (ластик, ключ, ракушка и др.), другие же – специально созданные, никак не зафиксированные в опыте испытуемого. Всего 8 стимулов для запоминания и столько же дистракторов.

В зрительной серии – та же процедура проведения - предъявлялись различные объемные предметы для запоминания (всего 14 стимулов). Стимулы были как знакомые, так и незнакомые. В отличие от предыдущих серий, испытуемый видел их и также по собственному желанию имел возможность ощупать их, после чего должен был узнать их среди 14 дистракторов. Процедурно эта серия ничем не отличалась от двух предшествовавших.

Время, затраченное испытуемыми КГ и ЭГ на выполнение задания варьировало от 40 до 75 мин. Наблюдались индивидуальные различия в продолжительности выполнения как у здоровых, так и у больных шизофренией.

Характер произвольного запоминания сравнивался в соответствующих возрастных подгруппах ЭГ и КГ по показателям количества допущенных ошибок при припоминании. В каждой серии оценивались общее количество ошибок и их тип: ошибки–потери и ошибки–ложные узнавания. Производилась первичная статистическая обработка данных с использованием качественного и элементарного количественного анализа (использовался критерий хи-квадрат).

Результаты исследования

Тактильная серия. КГ демонстрирует положительную возрастную динамику произвольного запоминания в тактильной (фактурной) модальности: чем старше дети, тем меньше ошибок они допускают. ЭГ отстает от КГ, разрыв, меньше выраженный в младшей возрастной подгруппе, увеличивается с возрастом, отчетливой положительной возрастной динамики не обнаружено (см. рис. 1).

Рисунок 1.

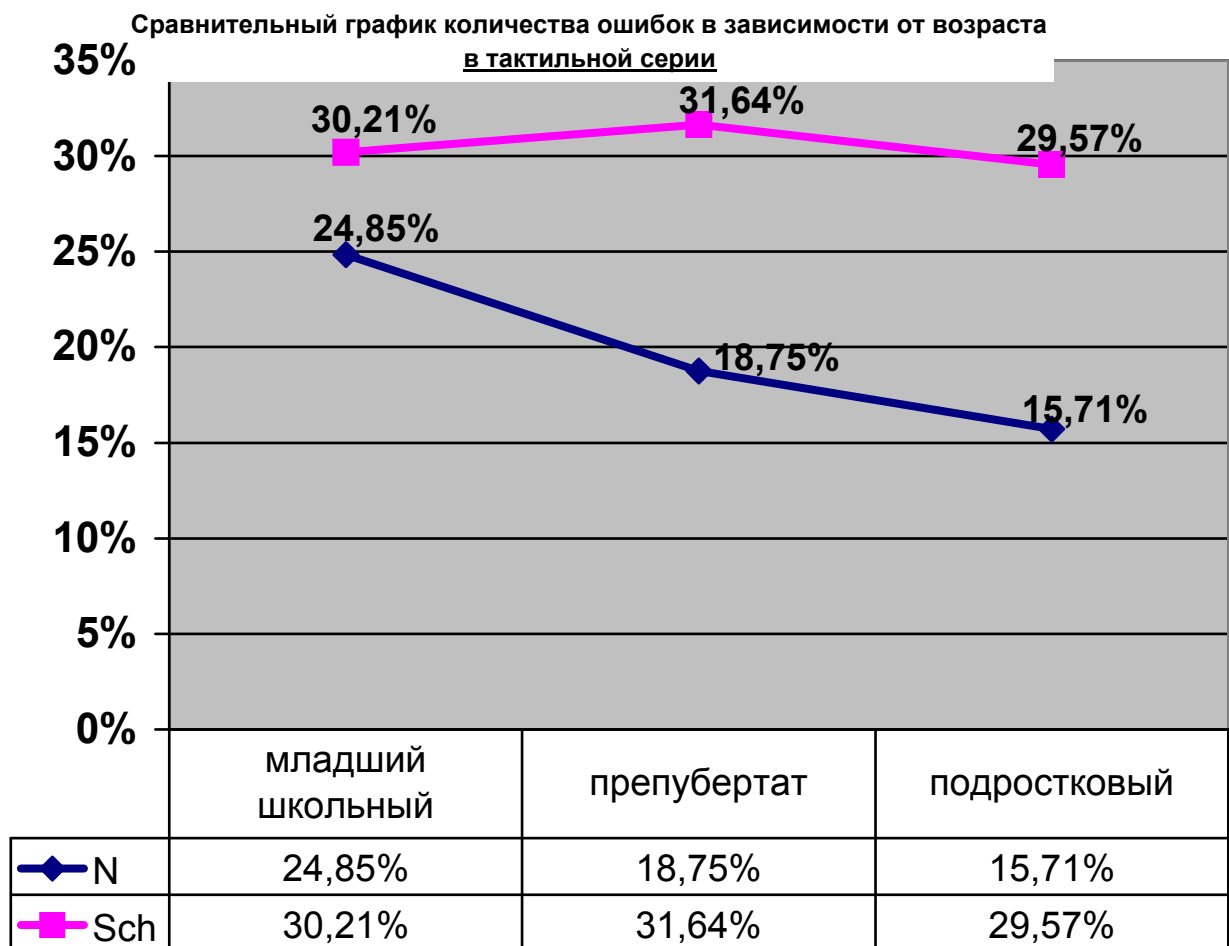


Рисунок 1.

Выявлена тенденция к снижению продуктивности тактильной памяти у больных шизофренией по сравнению со здоровыми сверстниками. Общее количество ошибок практически неизменно в ЭГ при выполнении тактильной серии детьми всех возрастных групп, тогда как количество ошибок в КГ с возрастом уменьшается. Качественный анализ допущенных ошибок показывает, что пропуск стимула встречается реже, чем ложное узнавание в обеих группах. Ложное узнавание дистрактора в ЭГ превышает аналогичное в группе нормы в 1.3 раза, т. е. имеются трудности дифференцировки дистрактора в ЭГ по сравнению с КГ.

Стереогностическая серия. Полученные результаты позволяют говорить о тенденции к снижению успешности стереогностического запоминания у ЭГ по сравнению с КГ (см. рис. 2).

Рисунок 2.

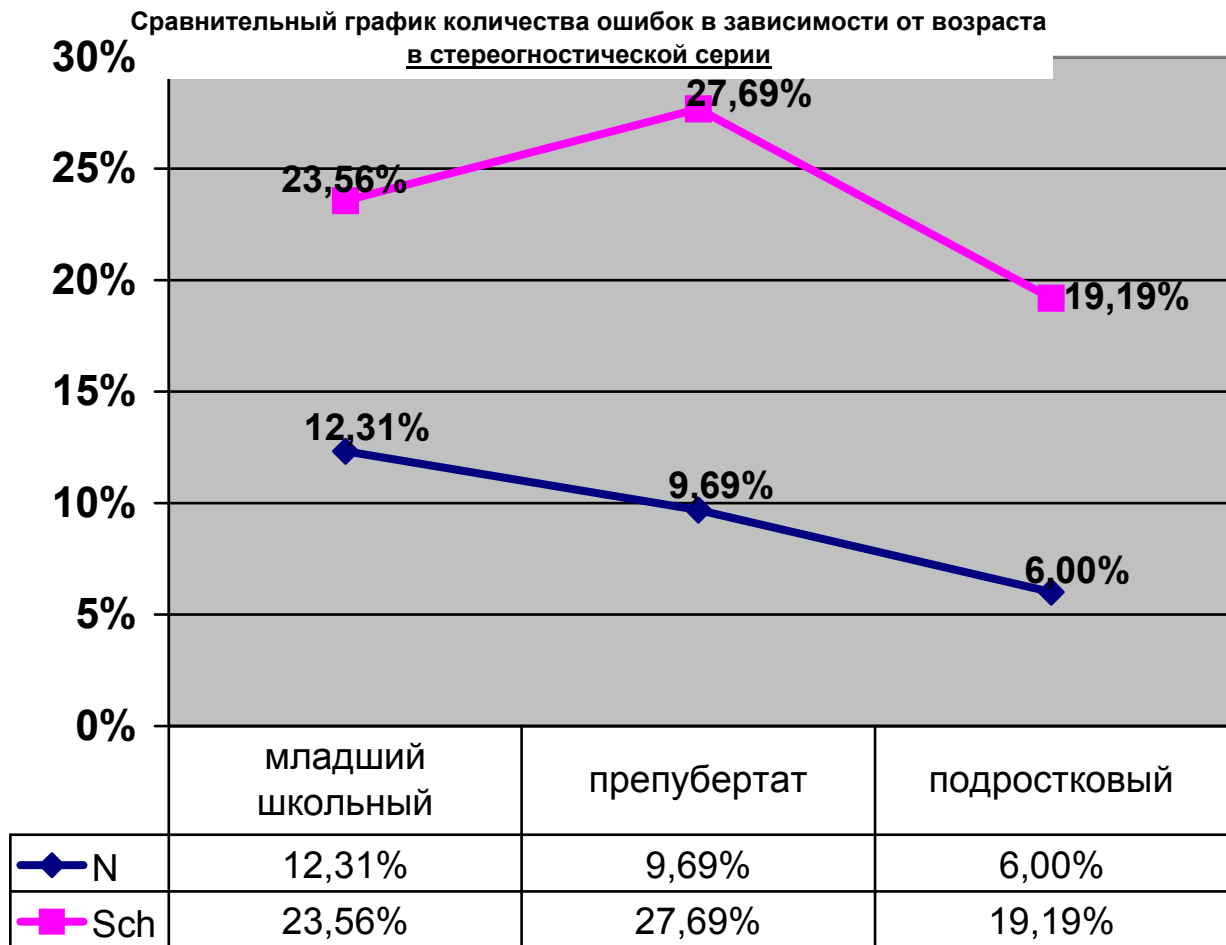


Рисунок 2.

В этой серии испытуемые ЭГ на всех возрастных этапах допускают больше ошибок, чем испытуемые КГ. Как и при выполнении тактильной серии, с возрастом намечается тенденция к увеличению разницы между ЭГ и КГ. Характерный тип ошибки для обеих групп – ложное узнавание дистрактора, не узнавание стимула встречается реже.

Сопоставление результатов стереогностической серии с результатами тактильной показывает более низкую продуктивность в тактильной серии в обеих группах. В стереогностической серии имелось большое количество стимулов, опознанных безошибочно всеми детьми, независимо от групп. Оценка произвольного запоминания при объемном характере стимулов (реальные предметы и «нереальные», специально созданные объемные стимулы) выявила различия между группами по успешности запоминания в связи со сложностью, качественным своеобразием стимулов. Связь успешности запоминания стимулов в связи с их свойствами и детерминацией прошлым социальным опытом требуют дальнейшего экспериментального и математического подтверждения.

Зрительная серия (условное соревнование модальностей). Реальным соревнованием модальностей не стало, испытуемые обеих групп преимущественно опирались на зрительную модальность. Одновременное ощупывание сопутствовало, как правило, первым двум-трем стимулам, в дальнейшем запоминание шло с опорой на зрительный анализатор. Количество ошибок, допущенных при выполнении зрительной серии в ЭГ равно аналогичному в КГ для детей младшего школьного возраста, незначительно разнится у детей препубертатного возраста и у подростков. (см. рис. 3).

Выявлено увеличение с возрастом продуктивности памяти в зрительной серии в КГ и относительная стабильность количества допущенных ошибок в ЭГ независимо от возраста. Соотношение типов ошибок при сличении стимулов и дистракторов аналогично предыдущим сериям – преобладающим в обеих группах является ложное узнавание стимула.

Испытуемые ЭГ и КГ сопоставлялись по методу парных сравнений (по 34 испытуемых). Вычислялся «коэффициент ошибок» (отношение допущенного количества ошибок к количеству стимулов в данной серии) по каждой серии, что позволило объективно оценить доступность выполнения и уровень запоминания в каждой из модальностей. По всем модальностям КГ лучше ЭГ выполняет задания (см.

табл. 2). Различия между группами по тактильной памяти значимы и для фактурной (на уровне значимости 0.05), и для стереогностической памяти (на уровне 0.01). В зрительной модальности (условное соревнование модальностей) – различие статистически не достоверно.

Рисунок 3.

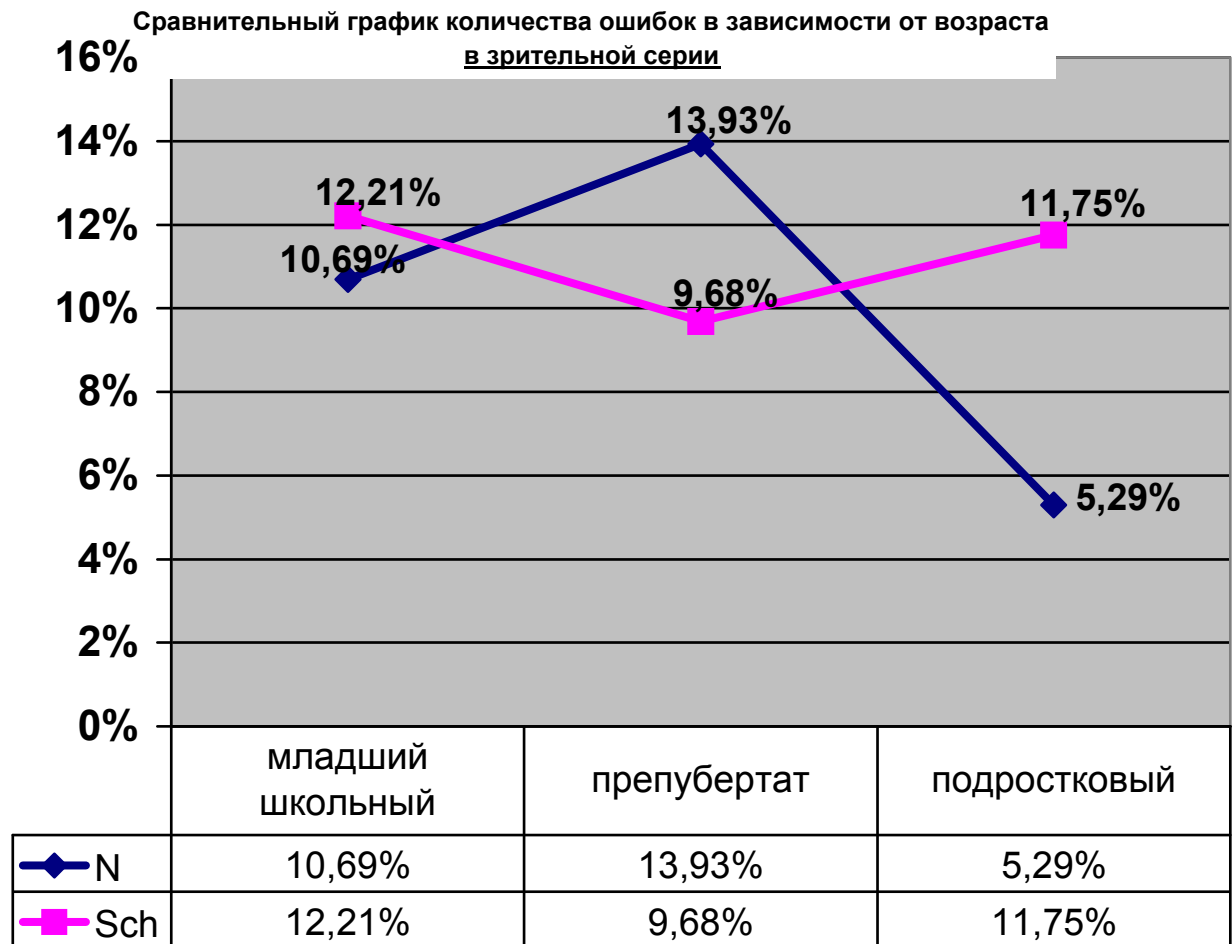


Рисунок 3.

Выявлено увеличение с возрастом продуктивности памяти в зрительной серии в КГ и относительная стабильность количества допущенных ошибок в ЭГ независимо от возраста. Соотношение типов ошибок при сличении стимулов и дистракторов аналогично предыдущим сериям – преобладающим в обеих группах является ложное узнавание стимула. .

Испытуемые ЭГ и КГ сопоставлялись по методу парных сравнений (по 34 испытуемых). Вычислялся «коэффициент ошибок» (отношение допущенного количества ошибок к количеству стимулов в данной серии) по каждой серии, что позволило объективно оценить доступность выполнения и уровень запоминания в каждой из модальностей. По всем модальностям КГ лучше ЭГ выполняет задания (см. табл. 2). Различия между группами по тактильной памяти значимы и для фактурной (на уровне значимости 0.05), и для стереогностической памяти (на уровне 0.01). В зрительной модальности (условное соревнование модальностей) – различие статистически не достоверно.

Таблица 2. Сопоставление «коэффициента ошибок» по всем сериям у здоровым и больных шизофренией детей.

Группа испытуемых	Тактильная серия	Стереогностическая серия	Зрительная серия
Здоровые дети	0, 40	0, 19	0, 19
Больные дети	0, 60	0, 45	0, 22

Полученные результаты согласуются с данными Н. К. Корсаковой и Т. Б. Семеновой в том, что тактильная память у больных шизофренией страдает сильнее, чем другие виды модально-специфической памяти. [11], а также с результатами исследования тактильной деятельности больных шизофренией [4, 5].

Заключение

При анализе модально-специфической произвольной мнестической деятельности здоровых и боль-

ных детей выявляются черты сходства и отличия. Сходство проявляется в том, что наиболее сложной для запоминания является тактильная модальность прежде всего в фактурном материале, а наиболее легкой и успешной оказывается запоминание в зрительной модальности. Также имеется сходство в преобладающем типе ошибок. Отличия касаются уровня выполнения заданий на произвольное запоминание в сопоставляемых группах, количества допущенных ошибок, различий в возрастной динамике.

Общая картина соотношения модальностей выглядит следующим образом: у здоровых испытуемых имеется положительная возрастная динамика по всем модальностям, более выраженная в тактильной модальности и менее – при гаптическом предъявлении стимулов и в зрительной модальности. У больных шизофренией испытуемых в целом успешность произвольного запоминания снижена по сравнению со здоровыми испытуемыми, метод возрастных срезов не выявляет у них положительной возрастной динамики показателей произвольного запоминания по всем модальностям.

Сопоставление допущенных ошибок в зависимости от их типа показывает, что сличение стимула при узнавании как способе припоминания обеспечивает большую точность, чем дифференцировка дистрактора. Легче и быстрее узнаются стимулы, нежели выделяются дистракторы как не имевшие место при запоминании, что характерно как для ЭГ так и КГ.

Таким образом, материалы нашего исследования подтверждают специфическую «слабость» тактильной памяти в группе больных шизофренией младшего школьного, препубертатного и подросткового возрастов. Известное ранее из клинических работ описание своеобразие тактильной сферы детей, больных шизофренией, дополнено и расширено за счет экспериментального исследования. Для детей, больных шизофренией, характерны особый темп и сроки формирования специфических черт тактильной деятельности, необходимых для произвольного тактильного запоминания. Изменение соотношения модальностей в возрастной динамике мнестической деятельности больных шизофренией детей и подростков по сравнению со здоровыми сверстниками можно рассматривать как компонент психического дизонтогенеза при данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейникова С. М., Захарова Н. В. Сравнительное изучение особенностей перцептивной и мыслительной деятельности детей, больных шизофренией // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1984, № 10. - С. 1543-1547.
2. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1971.
3. Гусева Г. М., Зверева Н. В., Буреломова И. В. Экспериментально-психологическое сравнительное исследование памяти здоровых и больных шизофренией детей // 1 Международная конференция по клинической психологии памяти Б. В. Зейгарник. Тезисы докладов. - М., Россия. 12-13 октября, 2001.
4. Зверева Н. В. Комплексное изучение тактильной сферы здоровых и больных шизофренией детей. // 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурия. Сб. докладов под ред. Е. Д. Хомской, Т. В. Ахутиной. - М., 1998. - С. 358-365.
5. Зверева Н. В., Журавлева Е. А. Экспериментальный подход к исследованию тактильной сферы у здоровых и больных шизофренией детей / Вестник МГУ. Сер. 14. Психология, 1998, № 3.
6. Зверева Н. В., Каримулина Е. Г., Гавердовская П. Ю. Исследование психического дизонтогенеза при шизофрении у детей на примере развития тактильной сферы // 1 Международная конференция по клинической психологии памяти Б. В. Зейгарник. Тезисы докладов. - М. Россия. 12-13 октября, 2001.
7. Каримулина Е. Г. Развитие тактильной сферы у детей классов компенсирующего обучения младшего школьного возраста. Автореф. канд. дисс. - М. 2000.
8. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1995.
9. Козловская Г. В., Горюнова А. В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе у детей из ГВР по эндогенным психическим заболеваниям // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1986, № 10.
10. Кононова М. П. Шизофрения. Детская патопсихология. Хрестоматия. / Под ред. Н. Л. Белопольской. - М, 2000.
11. Корсакова Н. К., Семенова Т. Б. Модально-специфические особенности памяти у больных шизофренией / 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурия. Тезисы докладов. - М., 1997.
12. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. Издательство МГУ, 1991.
13. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. - М., 2003.
14. Матюгин И. Ю., Аскоченская Т. Ю., Бонк И. А. Тактильная память. - М.: Эйдос, 1992.
15. Эльконин Д. Б. Детская психология. - М.: АCADEMIA, 2004.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДОБРЕ И ЗЛЕ В КАРТИНЕ МИРА СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА¹

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

Уроки Звездного Мальчика

От того, в какой точке на континууме «добро–зло» располагаются основные социальные общности семьи и школьного класса, во многом зависит не только формирование представлений ребенка о добре и зле, но и его реальное поведение. Как приходит к ребенку способность видеть себя в другом человеке и другого человека в себе? В каких условиях рождается доброе, милосердное отношение к ближнему – действенное сострадание и активное сорадование в ответ на его горести и радости²? Долгое время считалось, что истоки сопереживания, доброты – внутри ребенка: в особенностях его психического склада. Так ли это? А разве доброе воспитание, личный пример взрослых, построение ими образовательной и культурной среды как сотрудничества, совместной деятельности ребенка с другими не питает эти истоки? Именно такая совместная деятельность, в которой происходит смена позиций – помогающего и страждущего, награждающего и награждаемого, – помогает ребенку осваивать различные модели поведения, строить образ собственного “я” и собственную картину мира на началах добра.

Истоки отзывчивости и в самых первых ответных движениях младенца на прикосновение матери, в этой первой совместной деятельности двух, в которой устанавливается самая первая общность переживаний, и дальше, во взаимодействии и общении со взрослыми, когда преподаются первые уроки нравственности: “Поделись сладостями”, “Не сделай больно бабушке”, “Помоги маленькому”. А затем в группе сверстников, когда малыш сталкивается с жизненной необходимостью сравнивать себя и другого, оценивать свои поступки. С возрастом отзывчивость все меньше нуждается в опоре на внешние стимулы, и ребенок начинает сочувствовать дальним, тем, кто не стоит с ним лицом к лицу и не включен в непосредственное общение. Однако эти поздние образования своим появлением обязаны первоначальной ситуации непосредственного взаимодействия и сотрудничества.

Вспомним историю Оскара Уайльда о Звездном Мальчике. Он был красив и горд. Он не знал, что такое сострадание к слабым, больным, бедным, ибо он презирал все вокруг. Он наглухо закрыл свое сердце перед мольбами нищенки, которая была его матерью, и за это был жестоко наказан – превратился в отвратительное, всеми гонимое существо. “Три полных года бродил он по свету и нигде никогда не встречал ни любви, ни сострадания, ни милосердия; весь мир обошелся с ним также, как поступал он сам в дни своей гордыни”. И тогда он стал защищать зверей, которых избивал раньше, потому что узнал, что такое боль. Он стал делиться последним куском хлеба, потому что узнал, что такое голод. Он стал помогать нищим и обездоленным.

В нашем экспериментальном исследовании развитие гуманного отношения к сверстнику у дошкольников определяется, по крайней мере, двумя факторами: во-первых, развитием умений ребенка сотрудничать с другими в различных ситуациях совместной деятельности; во-вторых, развитием нравственной сферы личности ребенка: различения им добра и зла во взаимоотношениях со сверстниками, умения поставить себя в позицию другого и т. д.

У старших дошкольников (от 5 до 7 лет) эти важнейшие способности особенно интенсивно развиваются благодаря усложнению самой совместной деятельности детей и приобретению индивидуального нравственного опыта общения и взаимодействия ребенка со сверстниками. Совместная деятельность детей, построенная на мушкетерском девизе «Один за всех и все за одного» стимулирует проявление гуманного, доброго отношения к сверстнику не только в форме действенного сострадания, но и активного сорадования – содействия получению награды за успех групповой деятельности одним из участников игры. У более старших детей этого уже не происходит, совместная деятельность как средство проявления антизависти оказывается бессильной.

Какова же психологическая, а точнее – личностно-смысловая природа сорадования? Ответ на этот вопрос лежит, может быть, не столько в сфере эмпирических построений, сколько в сфере поэтических интуиций и духовных прозрений.

Психологически точную характеристику сорадования дал поэт Николай Заболоцкий, рассказав простую историю о детях, катающихся с упоением на своих велосипедах, не замечая, что за ними с восторгом бежит некрасивая девочка:

¹ Сообщение второе. Начало см. в предыдущем выпуске.

² Подробный анализ проблемы сострадания и сорадования ребенка в социогенезе (истории развития человеческого общества, культуры) и онтогенезе (индивидуальной истории жизни) изложен в книге: Вера Абраменкова «Сорадование и сострадание в детской картине мира». – М., 1999.

*“... Чужая радость так же, как своя,
Томит ее и вон из сердца рвется,
И девочка ликует и смеется,
Охваченная счастьем бытия.
Ни зависти, ни умысла худого
Еще не знает это существо... ”.*

И завершает поэт стихотворение размышлением о смысле красоты, противопоставлением доброты как внутренней способности к сорадованию (внутренней духовной красоты) красоте чисто внешней.

*“... Что есть красота,
И почему ее обожествляют люди?
Сосуд она, в котором - пустота,
Или огонь, мерцающий в сосуде?”*
[Н. Заболоцкий, 1980, с. 24-26].

Безусловно, трудно радоваться удаче, успеху ближнего. Сорадование - удел великодушных и сильных, тех, кто способен восхищенно склонить голову перед гением ученика, подобно В. А. Жуковскому с его знаменитым обращением к молодому Пушкину: “Победителю-ученику от побежденного учителя”. Зло-радство и зло-действие Сальери - яркая противоположность такому сорадованию. По мнению А. Шопенгауэра, зависть, возбуждаемая чужим счастьем, состоянием или преимуществами другого, присуща человеческой натуре; главная и основная пружина в человеке, как и в животном, есть эгоизм. Данная точка зрения оказывается неприемлемой для авторов огромного пласта философско-этической литературы. Иоанн Златоуст определил зависть как тяжкий порок и корень всякого убийства (сравни у В. Даля: “завидовать - болеть чужим здоровьем”). Христианская аскетика, отразившая многовековой опыт психокоррекции для борьбы человека с завистью, предлагает сорадование как “духовный щит”.

Но вернемся к детям. В онтогенезе, по наблюдениям педагогов, зависть как ситуативная реакция на какие-либо преимущества другого (имущественные, интеллектуальные и пр.) появляется достаточно поздно, причины ее усматриваются прежде всего в личностном эгоцентризме ребенка, его неспособности учитывать желания сверстника и другие факторы. По наблюдениям психологов и педагогов, положительные эмоции раньше, чем отрицательные, становятся поводом для коммуникации младенца со взрослым, хотя, казалось бы, с точки зрения биологической целесообразности, должно быть наоборот - угроза должна призывать к контакту для защиты. Однако до 6 мес. малыш, испытывая, например, боль, не адресуется к взрослому, не “ищет” его, в то же время при положительных эмоциях уже с двухмесячного возраста младенец “подключает” взрослого к радости, получая удовольствие от совместности. Сорадование как форма включения другого ребенка в собственное удовольствие наблюдается у детей достаточно рано, уже на втором году жизни, когда ребенок, испытывающий удовольствие от общения со взрослым, пытается приобщить к нему других детей вопросами, обращенными к взрослому: “А Вове? А Тане?”. Ребенок более старшего возраста привлекает сверстника к соучастию в каком-либо удовольствии (сладости, игрушки), причем эта ситуация не предполагает утешения вследствие неблагополучия. Такие формы сопереживания имеют место в жизни ребенка и являются генетически более ранними по сравнению с сострадательными, поскольку маленький ребенок склонен, скорее, избегать ситуацию неблагополучия сверстника и при этом способен активно подключаться к ситуации его веселья, радости.

А как связано интеллектуальное развитие и сорадование? Ответу на этот вопрос было посвящено исследование, проведенное с дошкольниками с помощью известных задач Ж. Пиаже на понимание социальных взаимоотношений, на умение видеть вещи с позиции другого человека. В результате выяснилось: чем выше у ребенка это умение, тем ниже способность к сорадованию. Это значит, сорадуются добрые, но «глупенькие» дети, причем доброта убывает по мере “прибавления ума” (!). И только бесхитростные дети как “блаженные нищие духом” оказались способными проявить такое отношение к другому, при котором его ценность воспринимается как своя собственная и потребности чужие и свои не различаются. Высокий интеллект ребенка и его разнообразные знания, умения, навыки, о которых мы так заботимся, оказываются часто питательной почвой для взращивания детского тщеславия, индивидуализма и эгоизма.

В экспериментальные группы входили дети одного возраста и одного пола. Кто же оказался отзывчивее - мальчики или девочки? Насколько способны относиться по-доброму мальчики к сверстникам и девочки к сверстницам?

Оказалось, во всех экспериментальных ситуациях дошкольницы меньше страдали и радовались за подруг, чем мальчики. При этом представление о своем поведении у девочек было самым радужным. Почему? Ответ, возможно, в сфере истории культуры. В самом деле, мужчины всегда действовали преимущественно в группах, совместно с друг с другом: охота, война, спорт и т. д. Возможность реализовать собственные цели через такие группы увеличивала потребность мужчин в объединении с другими,

повышала необходимость в соучастниках, а значит, и готовность им содействовать. Деятельность женщин была более индивидуализирована, общение и взаимодействие со сверстницами - по крайней мере, по сравнению с мужчинами - были ограниченными. Собственные цели, как правило, не выходящие за пределы семьи и родственных связей, женщина реализовала через близких - родителей, мужа, детей. Можно предположить, что история культуры не подготавливала женщин к коалиционной деятельности друг с другом. Может быть, дошкольницы и демонстрируют нам эти архаичные формы поведения? Но поскольку социальная роль женщины в последнее время сильно изменилась и изменила всю систему воспитания, систему социальных и культурных воздействий на девочку, мы вправе ожидать, что эти различия между мальчиками и девочками будут колебаться в зависимости от возраста. Действительно, у 9-10-леток соотношение изменяется, как бы "переворачивается" - теперь мальчики в экспериментальных ситуациях меньше заботятся о сверстниках, меньше им сострадают и сорадуются.

Таким образом, на проявление межличностных гуманных отношений в группах в различные периоды детства половая дифференциация влияет неоднозначно. Каждый возрастной период имеет свою особую сенситивность, чувствительность к определенным воздействиям извне. Вместе с тем, формирующийся на основе полоролевых стереотипов психологический пол ребенка на разных этапах онтогенеза не может не испытывать влияния историко-культурных напластований, зафиксированных в таких формах, как, например, обычаи, ритуалы поведения, фольклор и др. Это значит, каждый возрастной этап может актуализировать тот или иной пласт социогенеза межличностных отношений.

В социальной ситуации сегодняшнего дня, с его конкуренцией и индивидуализмом, цинизмом и жестокостью, когда милосердие к слабым, сострадание к обездоленным перестает быть нормой поведения даже в детской среде, воспитание способности к сорадованию оказывается, необходимым психокоррекционным средством преодоления эгоцентризма и противостоянием против разрушительной зависти.

Опасность как зло в мире

В контексте пространства окружающей среды как одной из составляющих детской картины мира была выделена символика опасности, которая связана с различными явлениями - как природными (стихийные бедствия), социальными (войны, вооруженные конфликты), так и техногенными (взрывы, пожары и другие экологические катастрофы). Архетип опасности - одна из таких универсальных структур сознания человека, обеспечивающая его жизнедеятельность на протяжении как всей истории человеческой культуры, так и индивидуальной истории человека. У ребенка архетипы опасности гнездятся в глубинах бессознательного и "выползают" наружу в снах, играх, рисунках.

Исследование представлений детей об атомных электростанциях (АЭС) показало эмоционально негативное отношение детей разных возрастов к АЭС, выраженное в визуальной форме рисунка и в вербальных высказываниях; последние, однако, оказались много беднее первых. С возрастом *усиливается* негативное эмоциональное отношение к АЭС как объекту, несущему в себе опасность. Это проявляется в отрицательных установках, получающих свое выражение в объективных показателях тревоги в детских рисунках. Что это за графические показатели? Во-первых, из рисунков постепенно исчезают люди как основные пользователи АЭС, почти исчезает также все живое: растения, птицы, животные. Во-вторых, появляется и нарастает так называемая *невротическая заштриховка*, характерная для эмоционально негативных ситуаций, отражающихся в детских рисунках. В-третьих, с возрастом растет пристрастие к темным тонам, основной карандаш у детей - черный, именно его на занятиях приходилось затачивать несколько раз. В-четвертых, в манере рисования все чаще происходят сбои: дети много стирают ластиком, зачеркивают уже нарисованное и переделывают, используя обратную сторону листа, что само по себе также свидетельствует о высоком уровне тревоги. В-пятых, композиции многих рисунков детей отличаются несбалансированностью, т. е. неуравновешенностью верха и низа и случайностью выбора центра, что может быть вызвано неприятным чувством дисгармонии и дисбаланса собственного тела.

В то же время изобразительные средства в детских рисунках имеют не только изменяющиеся характеристики, но и графические константы - инвариантные для всех возрастов и присущие образам АЭС. К ним относятся: 1) разнообразие обилия перекрещивающихся линий - всевозможные кресты, решетки, лестницы, вышки, столбы с колючей проволокой; все это, как правило, изображалось черным карандашом (архетип креста); 2) ломаные замкнутые линии, отдаленно напоминающие многоугольные звезды, - красные с желтым и черным вокруг (архетип звезды); 3) черные каракули в обличье туч, дыма из труб, атомного взрыва, путаницы проводов (архетип спирали); 4) социокультурная символика опасности: ломаная стрела - молния, череп с костями, восклицательные знаки, символы пожара (01) и скорой помощи (красный крест); 5) надписи: «Ток!», «Атом!», «Опасно!», «Газ!» и др.

Если сравнивать рисунки АЭС, которую дети, кстати, никогда не видели, и рисунки детей, реально переживших землетрясения, то в ряде случаев обнаруживается определенное сходство. Пятилетняя девочка из Подмосковья нарисовала АЭС как черно-коричневый пейзаж с совершенно черным небом и бес-

плотными серыми фигурками людей, прокомментировав фразой: «Все умерли». За тысячи километров от нее пятилетняя девочка из Ленинакана³ рисовала многоэтажные дома, лежащие на земле, и красные кровавые цветы, растущие из развалин. «Все умерли», - сказала она. Тема смерти в образе мира современного ребенка помимо традиционной игры «в войну» принимает обличие грозных сил природы, с одной стороны, и рукотворных сооружений, потенциально несущих в себе разрушение и гибель, с другой.

Если проводить социогенетические историко-культурные аналогии, то в рисунках детей прослеживаются, если угодно, *апокалипсические образы*, сходные с представленными в разных культурах, мифах и сказаниях картинами землетрясений, пожаров, извержений вулканов и других катастроф. Архетип конца света с тысячелетней традицией описания в мифологии и религии разных народов, получивший предельное выражение в Апокалипсисе, находит свое графическое воплощение в детских рисунках АЭС. Многие из детских рисунков оказывались как бы иллюстрациями к строкам Апокалипсиса.

Человечество столкнулось с глобальной проблемой экологического и нравственного порядка – добра/зла в окружающей среде, для решения которой необходимо обращение ко всему предшествующему опыту цивилизации и создание метода, позволяющего диагностировать представления, мнения, отношения людей по поводу тех или иных событий и явлений жизни независимо от их возраста и культурного уровня. В качестве возможного направления разработки такого универсального метода нами предлагается **метод визуальной социопсихологии** – методика «Руны», которая представляет собой стандартизированный стимульный материал – матрицу из 60 картинок: знаков, символов и других социокультурных изображений, содержащих различные архетипические, социотипические и стереотипические образы, сгруппированных в 12 рядов. Каждый ряд представляет собой пять вариаций на ту или иную графическую тему. Это своего рода опрос общественного мнения, построенный не на традиционных анкетах, а на социокультурных символах, знаках различной семантики.

С незапамятных времен геометрические и числовые символы описывали структуру бытия человека во вселенной, категории добра, веры, любви, надежды, преданности, справедливости, истины. Психологическое воздействие очертаний круга и плавных линий на человека известно с древнейших времен и в отличие от таких геометрических символов, как квадрат, треугольник и особенно крест, содержащих в себе идею амбивалентности сфер бытия (жизни-смерти, страданий-радости и пр.), круг (мандала) исполнен позитивного смысла – добра, совершенства, завершенности. Этим воздействием и смыслом круга, кстати, можно объяснить предпочтение маленькими детьми округлых, плавных линий перед острыми, ломаными.

Задача испытуемых (детей и взрослых) – выбрать в каждом из 12 рядов те картинки, которые, по их мнению, имеют отношение к тем или иным реалиям жизни, в частности, к АЭС. Методика позволила зафиксировать значимые различия в графических презентациях в социальных группах: мужских, женских, детских (см. рис. 2).

	Мужчины	Женщины	Дети-подростки
Рунический знак (архетип зигзага)			
Социотипические экологические символы			

Рис. 2.

Обращают на себя внимание существенные различия в графических представлениях о сущности и назначении АЭС у детей в сравнении со взрослыми, особенно, с мужчинами: если для последних она – это преимущественно технический объект, необходимый для жизни и безопасный (символ – лампочка), то для подростков – это прежде всего объект опасности, обозначенный символикой смерти (символ – череп). Это значит, что для детей тех лет в различных регионах страны АЭС представлялись в значительной степени как ЗЛО, как угроза для человека, для Земли, и это – еще ДО чернобыльской трагедии.

³ В 1989 было разрушительное землетрясение в Армении, особо пострадали города Спитак и Ленинакан.

Детское общественное мнение – это в определенной мере общественное мнение завтрашнего дня. Как отмечают социологи, дети являются социально-возрастной группой, для которой характерны стремление к переменам, способность идти «необычными путями», острота восприятия недостатков общественного устройства и высокая степень экологического сознания. В нашем исследовании середины 80-х-начала 90-х гг. показано отношение детей различных возрастов и обширных регионов к техногенным явлениям. Начатое еще до Чернобыльской аварии исследование «Детского общественного мнения» по поводу АЭС выражено в онтогенезе преимущественно архетипической символикой опасности, сходной с обозначенными в разных культурах картинами природных катастроф – извержениями вулканов, пожарами. Образ ядерной энергетики как часть картины мира современного ребенка, вероятно, имеет глубинные историко-культурные прототипы вселенских катастроф. Существующие в пространстве неосознаваемых или не вполне осознанных социокультурных представлений, эти образы индивидуализируются и могут быть психологически «схвачены». Подобное исследование демонстрирует необходимость обращения к анализу картины изменяющегося мира в детском сознании для понимания нашего настоящего и прогнозирования будущего.

Дети рисуют «завтра» (образ будущего в детской картине мира)

В детской картине мира ребенком осваивается представление о себе в будущем (как личностная перспектива) и о будущих судьбах мира. В конце 80-х–начале 90-х гг. среди многих тем в детских рисунках модель будущего – это наиболее позитивный образ для всех детей всех возрастов. Это было обусловлено, как ни парадоксально, общим оптимистичным настроением в детской культуре тех лет вопреки экономическим трудностям (карточная система) и политическим настроениям (распад СССР). Однако к середине 90-х гг. и далее происходит снижение «показателей оптимизма» в рисунках «Наше будущее». С помощью графического контент-анализа были определены показатели позитивного/негативного отношения к будущему у детей из благополучных семей, проживающих в небольшом закрытом городе Подмосковья. Позитивное отношение к будущему оказалось у 38% детей, негативное отношение выказали 60%, а остальные – нейтральное, не столько модель будущего, сколько пути его спасения.

Художественный язык этих рисунков заметно отличается от языка рисунков тех же детей на другие темы: значительно больше открытых композиций, чем замкнутых, гораздо сдержаннее колорит, мало ярких и звонких тонов, в теплой гамме работ – меньшинство. В представлении детей имеет место столкновение естественно-научных знаний о мире с мифологическими. Работы мальчиков и девочек отличаются и тематически, и художественно: у мальчиков ярко выраженный технократический аспект изображения, к тому же в значительной степени мрачно-пессимистический взгляд, у девочек – более оптимистический с акцентом на житейскую или символическую стороны. Особенности детского рисунка на тему «Наше будущее» последних лет XX века заставляют усомниться в том, что (в отличие от других эпох) ребенок нашего времени – «неисправимый оптимист».

Субъективный образ будущего предстал в рисунках детей «Я – через 10 лет», полученных в 1992 и 1999 гг. Были обнаружены очевидные сдвиги в графических презентациях отношений к себе мальчиков и девочек в будущем в сторону уменьшения представлений о себе в семейной сфере и увеличения доли индивидуализации собственного «Я», особенно у мальчиков – в культивировании физической силы с, порой, достаточно выраженным криминальным оттенком. Для девочек различия за столь короткий период еще более существенные. Во-первых, активная «профессионализация» девочек самого раннего младшего школьного возраста (22% против 0% семь лет назад!) и, во-вторых, резкое снижение представлений о себе в будущей семейной сфере: у 10-11-летних 7% против 47% в 1992 году (!?) и у 12-14-летних 18% против 29%. Если отсутствие установок на семью и дом у мальчиков традиционны, то для девочек, особенно самых старших, подобная «бессемейная» картина мира, на наш взгляд, тревожный факт, требующий серьезного внимания.

Переломным моментом на данном этапе является возраст 10 лет, когда начинается дифференциация образа «Я» в различных сферах жизни: в рисунках появляется фон, что дает основание утверждать, что ребенок в представлениях о себе в будущем символически начинает отделять мир от себя и себя от мира. Ребенок в возрасте 7-9 лет в основном делает акцент на будущие внешние качества (у мальчиков – это физическая сила, у девочек – внешняя привлекательность). С возрастом представленность будущего в картине мира ребенка становится все более дифференцированной и включает различные сферы личного и общественного бытия.

Экран в детской картине мира

Детская картина мира как особая система значений, представлений, отношений ребенка к окружающей среде, другим людям и себе самому в современной социальной ситуации развития ребенка конца XX–начала XXI века в отличие от прежних эпох формируется в уникальных условиях “информационного бума”, в большей степени под мощным влиянием СМИ со значительным преобладанием визуальных образов теле-, видео- и компьютерного экрана. Современная цивилизация по сути навязала

ребенку Экран в качестве и развлечения и обучения, но более всего - как средство его отвлечения от взрослых. Восприятие ребенка (как и любого нормального человека) тяготеет к созданию целостного образа (цело- мудрию), к формированию единой смысловой единицы мира. Экран с его оптическими эффектами (оп-артом) все более противится этому оцельнению, предлагая алогичное, парадоксальное, противоестественное представление о мире, например, сочетание невозможного - тягучести и жесткости (как в картинах С. Дали - мягкий часовой циферблат). Предельно явно обнаруживается подобное при воздействии *клипа*, мгновенные образы которого способны как бы просачиваться сквозь барьер осознанного восприятия, минуя сознание, воздействуя на бессознательные структуры. Оптические приемы, воздействие цвета в рекламе и фильмах, компьютерная графика с ее возможностями невозможного легко впечатываются в бессознательное ребенка, снимая противоречия между реальностью и иллюзией, явью и сном, объектом и субъектом, жизнью и смертью, добром и злом. Экран как абстрактный взрослый (*совокупный субъект*) активно осуществляет «телеэкранную социализацию», трансформирует детскую картину мира, постепенно вытесняя традиционные формы и институты социализации современного ребенка, прежде всего семью, порождая в ней зачастую квазиотношения.

Некоторые детские психиатры и психологи убеждены в следующем:

- дети часто в игре или жизненных ситуациях подражают насилию, увиденному на экране;
- дети склонны отождествлять себя с отдельными жертвами или агрессорами и переносить эти роли в реальные ситуации;
- дети могут в результате увиденного счесть насилие приемлемой моделью поведения и способом решения своих проблем.

Большинство несовершеннолетних преступников при выяснении мотивов истязаний, убийств, изнасилований и других преступлений против личности указывали прямо или косвенно на «экранные аналогии». Современная информационная среда, построенная на антигуманных принципах воплощенного ЗЛА, в последние годы становится все более и более мощным фактором агрессивного поведения детей. Именно сегодня предельно остро встают вопросы о последствиях влияния Экрана - его физических, эстетических, психологических и др. параметров на, во-первых, соматическое развитие ребенка, во-вторых, на его ментальное развитие и, в-третьих, на его нравственное становление. Основные *тенденции* этого влияния представляются в следующем:

1. Преобладание визуальной информации, идущей от теле-, видео- и компьютерного экрана не может не вызывать определенные деформации в складывающейся сенсорной системе ребенка, в процессах его восприятия и понятийного мышления.

2. Формирующаяся у ребенка психологическая зависимость от Экрана отчуждает его от живого общения со взрослыми, сужает сферу совместной деятельности ребенка и взрослого в семье.

3. Экран вытесняет традиционную игру, в том числе коллективную игру со сверстниками, столь необходимую для его психического развития и личностного становления.

4. Экранные образы, запечатлеваясь в сознании, из источника **информации** превратились в источник **трансформации** картины мира современного ребенка, знаменуя собой переоценку традиционной системы ценностей и образа жизни. Это следующие духовные подмены:

а) мозаичность, «распадаемость» образов как агрессия по отношению к живым существам и материальным предметам - вместо ценности живого и целостного мира;

б) конвейер шаблонных приемов и образов порождает **китч** вместо высокой эстетической потребности ребенка в прекрасном;

в) облегченное отношение к жизни и смерти вместо благоговения перед их тайной; размывание границ дозволенного в представлениях о моральном поведении вместо четкой системы нравственных заповедей;

г) ранняя сексуализация и эротизация детского сознания вместо целомудренного отношения к интимной сфере жизни;

д) инокультурные нормы и образцы вместо национальных традиций и ритуалов (например, предприимчивые герои мультфильмов Диснея вместо образов русских сказок);

5. Экран для современного ребенка является не столько **информатором** и источником построения картины мира, сколько ее **конструктором**, агрессивно программирующим образ жизни, «новую мораль» и систему ценностей.

Проведем эксперимент с помощью методики «Робинзон». Она представляет собой ситуацию, в результате которой ребенок, воображая себя на необитаемом острове с замечательными фруктовыми деревьями и добрыми зверями, может заказать по рации, которая работает в определенное время, что-либо себе из следующего списка:

- сладости, мороженое,
- книги, журналы, газеты,

- игры, игрушки,
- радиоприемник,
- телевизор,
- компьютер,
- “видак” с кассетами,
- сверстник (друг, подруга),
- мама,
- папа.

Инструкция заканчивается обращением: “По радию, которая заработает *через час* после твоего приезда на остров, затем на следующий *день*, потом *через неделю*, потом только *через месяц* и в последний раз - *через год*, ты сможешь заказать из списка все, что ты хочешь, но только что-то **одно**. Что ты хочешь, чтобы тебе доставили на необитаемый остров через час, через день, через неделю, через месяц, через год?”

За приведенными 10 названиями стоят определенные ценности: *традиционные* для любой социальной ситуации развития в детской субкультуре, реализующие *потребность в общении* с родителями и сверстниками (мама, папа, сверстник); *потребность в игре* (игры, игрушки) и *лакомстве* (сладости, мороженое), т. е. *потребность в удовольствии*. Кроме этого, представлены ценности и культурные атрибуты прошлого поколения (родителей) - книги, журналы, радио, отчасти телевизор, за которыми стоит *потребность в познании*, и наконец, ценности сегодняшнего дня - это прежде всего компьютер, “видак” и отчасти телевизор, т. е. Экран. Что выберут дети от 7 до 15 лет для жизни, и не только на необитаемом острове? Какие ценности предпочтут?

Анализ данных свидетельствует о том, что потребность в человеческом общении в целом оказывается *преобладающей ценностью* для детей, в особенности для *подростков-семиклассников* с акцентом на потребности в общении со сверстниками, в то время как для младших школьников - с акцентом на общении со взрослыми - родителями. Самыми низкими показателями являются показатели девятиклассников (для них оказывается более высокой ценностью познания), причем менее всего на необитаемом острове пятнадцатилетние хотят видеть своих отцов.

Ценность лакомства и беззаботных игр оказывается *наименее выражена* для всех возрастов и равномерно снижается от семилеток к пятнадцатилетним, в то время как ценность печатного слова и радио повышается с возрастом. Технократическая ценность Экрана приобретает максимальное значение в самом нежном возрасте - у второклассников и *преобладает над всеми другими ценностями* в этом возрасте (!?)

Если говорить обобщенно о половой дифференциации в данном исследовании, то оказывается, что женский пол в целом более активно, чем мужской, выражает свои потребности (в удовольствии, познании, общении) и более четко обозначает ценность общения и взаимодействия, в особенности с мамой, в то время мужской пол обнаруживает большую приверженность к технократическим ценностям Экрана, вместе с тем половина *самых маленьких девочек-семилеток* высказывает потребность прежде всего в компьютере, и лишь затем – в общении с мамой (?!). Ребенок, оказавшись (пусть в воображаемой ситуации) один на необитаемом острове (даже при отсутствии всяких опасностей), выбирает прежде всего для себя то, что более всего ему необходимо - оказывается, это компьютер как максимально отвечающий его потребности. Почему? Остается загадкой. Эти данные свидетельствуют о существенных трансформациях в детской картине мира в последние годы.

Детская картина мира в последние десятилетия формируется под мощным влиянием информационной среды и прежде всего Экрана - телевизионного, видео- и компьютерного. Влияние Экрана на трансформации детской картины мира особенно рельефно проявляется в детских рисунках, в которых часто независимо от заданной темы выступают запечатленные в сознании ребенка телеэкранные образы. Представленность Экрана в детской картине мира и его влияние обратно пропорциональны возрасту детей, т. е. чем младше ребенок, тем выше его «захваченность» Экраном, и с каждым детским поколением эта «захваченность» усиливается. Информационная среда в детской картине мира, представленная ограниченной плоскостью Экрана, активно влияет на всю систему пространств отношений ребенка, постепенно подменяя их *«телеэкранной социализацией»*. Внедряясь в детское сознание посредством оптических эффектов, клиповости и самих теле-образов, экран конструирует “новую мораль”, трансформируя ценностные ориентации и базовые потребности ребенка, такие как потребность в игре и общении со взрослым и сверстником. Телеинформационная среда как «совокупный взрослый», агрессивно навязывает новую систему ценностей, когда живое, человеческое, непосредственное общение и обучение уступает место технократическому, виртуальному, «экранному». (Появилась поговорка – «*Пришла вирта - отворяй ворота*»).

Итак,

Детская картина мира представляет собой совокупность различных взаимопересекающихся сфер, социально-психологических смысловых пространств, раскрывающих отношения ребенка в системе “Я-

МИР”: это пространство окружающей среды, информационное пространство, социальное пространство взрослых и сверстников, пространство представлений о себе и мире в будущем и нравственное пространство (категории добра и зла). В силу ряда факторов: деструктивного воздействия агрессивной информационной среды, кризиса семьи, ориентации воспитания на индивидуалистскую модель, ослабления игровых форм совместной деятельности и др. нельзя не констатировать выраженную **дегуманизацию** отношений ребенка в обществе. Следствия этого - серьезные трансформации в детской субкультуре: дети перестают полноценно играть, детский фольклор деградирует, детские сообщества все чаще формируются для антигуманных целей. Намечается обратно пропорциональная возрасту детей тенденция к размыванию границ представлений о «дobre и зле» и к сдвигу, особенно у мальчиков, графических пристрастий в негативную сторону, в то время как у девочек растет отчуждение от семейных ценностей.

Повышение *уровня жизни* ребенка в больших городах России (рост потребления товаров и услуг, в том числе и детских, повышение жизненного комфорта, механизация быта, детская индустрия развлечений - книги, фильмы, телепередачи, игрушки и пр.) находится в противоречивом несоответствии со снижением *качества* его жизни (субъективной удовлетворенностью самого ребенка условиями жизни). Об этом свидетельствуют детские рисунки последних лет, в которых очевидны проекции апатии, пессимизма, чувства опасности, исходящей от традиционно безопасных объектов (например, парадоксальные показатели тревоги наблюдаются в рисунках детей на тему «Моя семья» - даже если речь идет о так называемой «полной благополучной семье», или появляющиеся все чаще мотивы смерти всего живого, разрушений и гибели человечества в рисунках и сочинениях «Наше будущее», «Я - через 10 лет» и пр.). Детский рисунок в начале XXI века, в переломный момент истории страны, в котором живет российский ребенок, является своеобразным «документом эпохи», свидетельствующим о нравственном кризисе общества. Необходимо обрести четкие ориентиры добра и гармонии. Дети это интуитивно чувствуют и показывают в своих рисунках. Показателями качества жизни современного детства в сфере психического и нравственно-духовного здоровья являются гуманные, добрые отношения ребенка к предметному и социальному миру, субъективное благополучие, оптимистичная картина мира.

Психологические особенности современного ребенка проявляются в детском рисунке и начала XX века, и нынешнего времени (это экспрессивность, динамизм, напряженный внутренний ритм, выделение главного, акцентировка деталей, обостренная декоративность и линейная выразительность), однако сегодня в работах детей наблюдается несвойственная ранее художественно-психологическая специфика: яркая символика добра и зла, тревога за будущее, знаки опасности и конца мира, но и: проникновение в глубины сознания и духа, активное утверждение добра. Вот рисунок 11-летней девочки Жени К. из Подмоскoвья (2000 г.) со стихами на обороте:

*Пусть ангел мира и покоя
К нам спустится на Землю.
И пусть трубит он в горн.
И пусть трава растет кругом.
У бедных будут деньги,
У взрослых будут дети.
Пусть реки будут чище,
А у детей – друзья.
И мамы, папы наши не умирают никогда!*

Что делать, или оправдание Добра

Естественная способность различения добра от зла сохраняется в ребенке, и чем в большей степени у ребенка сформированы позитивные нравственные ориентации на добро, тем больше мир поворачивается к нему самыми светлыми сторонами. И такой ребенок более психологически благополучен и защищен. Сегодня настоятельно возникает необходимость обретения гуманных отношений ребенка к миру и своего места в нем как проблемы формирования гармоничной картины мира — целостной упорядоченной системы представлений, знаний, отношений ребенка к окружающей его среде — к миру вещей и миру людей. Детская картина мира и есть в эмоциональной визуальной форме зафиксированное отношение ребенка к окружающей действительности — природной и социальной. И задача взрослых помочь ребенку *гармонизировать его картину мира*, чтобы противостоять злу в сердце своем и выстраивать основания добра.

В понимании маленького ребенка категории добра и зла обязаны иметь четкие очертания и границы. Обращаясь ко взрослому с явным или скрытым вопросом «что такое хорошо и что такое плохо?», ребенок всякий раз хочет подтвердить для себя нравственное содержание и смысл того или иного явления, действия, поступка. Перевооружение требований в утверждении добра или смешение представлений о милосердии, гуманности, которые предоставляют современные «средства воспитания» — даже новые сказки (где зло творится традиционно «добрыми» персонажами и наоборот) и *игрушки* (которые

воплощают не «образ идеальной жизни», а выходцев из преисподней) пагубны для становления не только представлений о добре и зле в детском сознании, но и для личностного и нравственного развития ребенка. Очевидно, что гуманизация отношений ребенка к миру как конструирование гармоничной светлой детской картины мира является определенным условием полноценного взросления самого ребенка и его нравственно-психологического здоровья.

В социальной ситуации сегодняшнего дня с его конкуренцией и индивидуализмом, цинизмом и жестокостью, когда милосердие к слабым, сострадание к обездоленным перестает быть нормой поведения даже в детской среде, воспитание способности к сорадованию оказывается, необходимым психокоррекционным средством преодоления эгоцентризма. Проявления сорадования и сострадания — есть «идеальная норма» нашего времени. Ребенок *изначально* обладает способностью, вернее искусством быть добрым, и те условия, которые создает ему Взрослый, проявляют или приглушают этот дар. Взрослый — это не только мама, папа, бабушка, учитель, это - книги и игрушки, телеэкран и вывески на улице, одежда и лакомства. Культура это «совокупный Взрослый», до которого ребенку еще надо дотянуться, карабкаясь по «наклонной плоскости» отношений. И лишь сверстники ребенку — *ровня*.

Именно в детской группе, детской субкультуре, в «горизонтальной плоскости» отношений на равных, являющейся более органичной для постановки себя на месте другого, открываются начальные пути освоения отношений к другому человеку как к ценности и к окружающему миру как безусловно ценному «для - меня». И такие отношения рождаются в добром взаимодействии, в сопереживании, в совместной деятельности. *Совместная деятельность* является условием возникновения и проявления одной из важнейших способностей ребенка - его доброго отношения к сверстнику как к себе самому. И от того, какого характера взаимодействие и общение складывается между детьми, во многом зависит тот индивидуальный стиль отношений с людьми, который будет проявляться много позднее. *Смена позиций* в процессе совместной деятельности предоставляет ребенку возможность освоения различных моделей поведения в зависимости от актуальной ситуации и «упражняет» его в таком поведении по отношению к другому, как будто этим другим является он сам. Гармонизация детской картины мира лежит на путях *создания образовательного и игрового пространств* как совместной деятельности, способствующей утверждению добрых отношений, а также в организации деятельности детских творческих сообществ, дающих ребенку защиту от негативного влияния агрессивной среды.

Гармонизация связей личности с миром на основаниях добра выступает, с одной стороны, как **идеальная норма** и поэтому оказывается *условием* полноценного взросления ребенка, а с другой стороны, *критерием* его личностного развития.

Без утверждения добра в отношениях ребенка к миру, другим людям и себе самому невозможно увидеть жизненные перспективы развития детства, а значит, нашего будущего.

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

А. А. Северный, Т. А. Баландина

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ И КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Функциональные вегетосоматические нарушения затрагивают 30-48% детей и подростков в различных возрастных группах и обладают высоким дизадаптирующим влиянием (у половины таких детей возникают нарушения адаптации различной глубины и длительности). По результатам выборочных обследований, например, функциональные нарушения терморегуляции психосоматической природы обнаружены в 18% школьной популяции; в основе наиболее распространенных у детей жалоб на боли в животе в 95% случаев лежат психосоматические причины; до 87% случаев многих нарушений ритма сердца у детей имеют функциональное происхождение.

Наши исследования в педиатрическом стационаре показывают, что при функциональной вегетосоматической патологии психопатологические расстройства, требующие психотропной терапии и психотерапевтической помощи, выявляются в 85-100% случаев. Наиболее часты моно- и биполярные аффективные (58,1%), а также аффективно-бредовые (10,4%) симптомокомплексы (моно- и биполярные «маскированные» субдепрессии и в ряде случаев «маскированные» гипомании). Прочие состояния представлены невротическими и неврозоподобными (16,2%), психопатическими и психопатоподобными (7,0%), психоорганическими (3,7%) расстройствами. Выявлялись и эпилептиформные пароксизмы (4,6%), в том числе синкопальные приступы, на фоне полиморфной вегетативной симптоматики. Подобно синдромальному полиморфизму, широк и нозологический спектр психопатологических нарушений: от практической нормы в рамках акцентуации личности или возрастного криза до прогрессирующих эндогенных процессов.

В то же время, в имеющихся литературных данных, с одной стороны, психопатологическая квалификация функциональных психовегетативных расстройств практически ограничивается депрессивными расстройствами [1] (преимущественно «маскированными» депрессиями, с синдромальной точки зрения, и невротической патологией, с патогенетической) и, с другой, - отсутствуют данные о возрастных особенностях и закономерностях психопатологических проявлений в рамках психосоматической патологии. Однако, как показывает наш опыт, помимо специфических и типических психосоматических синдромов, тесно связанных с теми или иными возрастными периодами детства и adolescence и имеющих различное характерное для них психопатологическое «оформление» (депривационная патология раннего детства, т. н. невропатические расстройства, энурез и энкопрез, аноректические и булимические симптомокомплексы и мн. др.), при наиболее распространенных полиморфных функциональных соматовегетативных симптомокомплексах психопатологическая симптоматика, при всем ее многообразии, носит и определенные возрастные черты, связанные и со степенью зрелости психики ребенка, и с периодами «возрастных кризов», и с особенностями возрастных проявлений тех или иных психопатологических состояний в рамках той или иной нозологии. Помимо этого, скорее всего, существует возрастная специфика в проявлениях психопатологических расстройств, характерных для того или иного вида функциональной соматовегетативной патологии (к примеру, сенестопатических депрессий, наиболее типичных для функциональных гипертермий, или аффективно-деперсонализационных расстройств, наиболее частых при функциональной артериальной гипотонии, и т. п.). Знание такого рода особенностей и закономерностей необходимо, в первую очередь, для своевременной адекватной целостной диагностики психосоматических расстройств у детей и подростков, что служит непременным условием своевременной адекватной комплексной коррекции при данной патологии.

Лечение психовегетативных расстройств в общей педиатрической клинике должно быть комплексным и включать психо- и вегетотропную терапию, психо- и социотерапевтические воздействия. При этом остаются недостаточно ясными многие клинко-патогенетические, лечебно-реабилитационные и организационно-методические вопросы. Особенностью подавляющего большинства психосоматических исследований является их исключительно психогенетическая направленность в трактовке причинности психовегетативных нарушений, что не дает достаточных опорных точек для эффективной лечебно-реабилитационной работы. Предлагаемые при этом в основном лишь психо- и социотерапевтические методы вызывают непостоянный эффект и неполностью оправданы с кли-

нической и экономической точек зрения. Помимо того, как показывает наш опыт, их полноценное применение крайне затруднено в отечественной популяции в силу ее культуральных особенностей, а также в связи с характером организации медицинской помощи детскому населению, отсутствием необходимых кадров и др. С другой стороны, сугубо соматоцентрический подход педиатров общей практики в отношении функциональной соматовегетативной патологии с длительными и безуспешными поисками органической основы страдания, с попытками использования в этих случаях лишь соматотропной терапии также малоэффективен и связан с риском возникновения у больных детей и подростков ятрогенной дизадаптации.

На материале функциональной пароксизмальной тахикардии (ПТ), 115 больных, в возрастных группах на момент обследования 1-4 г. - 40 чел. (35%), 5-11 л. - 50 чел. (43%), 12-17 л. - 25 чел. (22%); на возраст манифеста до 4 л. - 69 чел. (60%), 5-11 лет - 40 чел. (35%), 12-17 лет - 6 детей (5%) установлено:

Для детей ранней возрастной группы характерны в большинстве случаев (75%) те или иные искажения раннего развития, чаще в виде асинхронии и диссоциированности, а также синдромально неоформленные эпизодические или перманентные психовегетативные расстройства в доманифестном (до первого приступа ПТ) периоде. В течение заболевания наиболее характерны (67,5%) аффективные расстройства, преимущественно биполярного типа, различной глубины - от типичных "витальных" депрессий и маниакальных состояний (в единичных случаях) до проявлений аффективной циркадности в рамках личностных особенностей. Эти проявления сочетались во многих случаях с шизотипическими и аутистическими расстройствами, а также ранними страхами, патологическим поведением, навязчивостями и др.

Для средней возрастной группы также более типичны аффективные расстройства (60%), но с более отчетливым преобладанием депрессивного полюса, характерным многообразием и изменчивостью патологического аффекта (сочетание гипотимии с адинамией, тревогой, страхом с политематичными фобиями), в ряде случаев отчетливо проявляется бредовой компонент в сложном аффективном (депрессивном или маниакальном) синдроме. В единичных случаях можно говорить об аффективных эквивалентах эпилептиформных состояний, полиморфных расстройствах с невротической картиной (страхи, навязчивости и т. п.) или галлюцинаторно-бредовыми феноменами. У некоторых больных к данному возрасту формируется отчетливая личностная патология, чаще шизотимного круга, сочетающаяся с кризоспецифическими полиморфными расстройствами (страхи, колебания аффекта, поведенческие отклонения и т. п.). В 2 случаях заметной психопатологии не выявлено.

В подростковой группе полиморфизм симптоматики уменьшается, доминирующее положение занимают депрессивные расстройства различной глубины, но более мономорфные, чем в младших возрастных группах (72%); становятся более грубыми шизоидные личностные проявления, последние в сочетании с кризоспецифической симптоматикой трудноотличимы от проявлений процессуальности. Лишь в единичных случаях можно говорить о симптоматике, характерной для эпилептиформных, собственно возрастных кризовых или невротических расстройств.

Что касается динамики функциональной вегетативной патологии в сопоставлении с динамикой психопатологической симптоматики, то в подавляющем большинстве случаев (88%) прослеживается отчетливая связь между частотой и тяжестью приступов кардиоаритмии, их редукции или стабилизации и колебаниями психического статуса, его стабилизацией, переходом в резидуальные состояния или санацией. Лишь в 2 случаях выявлена противоположная тенденция в течение функциональной кардиоаритмии и динамике психопатологической симптоматики.

В группе функциональной гипертермии, 77 больных, распределение по возрастным группам на момент обследования: до 4 л. - 2 чел. (3%), 5-11 лет - 36 чел. (47%), 12-17 лет - 39 чел. (51%); по возрасту манифеста следующее: 0-4 г. - 10 чел. (13%), 5-11 лет - 50 чел. (65%), 12-17 лет - 17 человек (22%).

Доманифестные психические расстройства, эпизодические или перманентные, выявлены в 87% случаев. Их характер чрезвычайно полиморфен - и грубые личностные и поведенческие девиации, и аффективные расстройства ситуационного и фазного характера, и пароксизмальные синдромы, и состояния невротического типа, в том числе различные, преимущественно двигательные навязчивости. Но наиболее часты многообразные страхи (у половины больных) - от ситуационных и т. н. физиологических - до отчетливо бредовых с соответствующим защитным поведением, иллюзорными и галлюцинаторными образами восприятия. Обращает на себя внимание и значительная частота в доманифестном периоде патологических ощущений, никак не связанных с физическими заболеваниями, которые можно трактовать как сенестопатии, в т. ч. сенесталгии (почти у четверти больных). Это важно, поскольку в манифестных состояниях и в последующем именно особые патологические ощущения (как на фоне гипертермии, так и вне ее) являются наиболее типичными психопатологическими симптомами у этих больных.

В целом, если в младшей возрастной группе психопатологические расстройства в манифестном приступе синдромально полиморфны (адинамически- или тревожно-депрессивные состояния, с сене-

стопатиями и без них, страхи с иллюзорными обманами, собственно невротические реакции), то в средней группе, с одной стороны, этот полиморфизм резко нарастает, но с другой стороны, как уже сказано, отчетливо выявляется преобладание синдромов с ведущей сенестопатической симптоматикой (это преимущественно различного типа депрессии – от адинамических до раптоидных тревожных, депрессивно-бредовые состояния). Впервые в этом возрасте появляются состояния т. н. астенической несостоятельности [8], которые также относятся к депрессивному кругу. Кроме того, здесь выявляются разнообразные симптомы невротического круга, в т. ч. навязчивости, полиморфные шизофреноподобные галлюцинаторно-бредовые расстройства, пароксизмальные состояния (синкопы, припадки Клооса) и т. д. В старшей возрастной группе полиморфизм симптоматики сужается. Но здесь также преобладают сенестопатические депрессии, в т. ч. появляются депрессии с ипохондрической симптоматикой, суицидальными тенденциями, более отчетливо выраженными идеями отношения.

В группе больных с полиморфными вегетосоматическими расстройствами («ВСД»), 48 чел., распределение по возрастным группам на момент обследования: до 4 л – 0, 5-11 лет – 25 чел. (52%), 12-17 лет – 23 чел. (48%); возрастное распределение по манифестам приблизительно такое же, как в предыдущей группе: до 4 лет – 2 человека (4%), 5-11 лет – 34 человека (71%) и 12-17 лет 12 человек (25%).

Отсутствие доманифестных психопатологических расстройств и грубых личностных и поведенческих девиаций выявлено лишь у 2 больных (4%). При этом отмечается наибольший полиморфизм доманифестных психопатологических расстройств, без заметного преобладания какой-либо симптоматики. Манифестация вегетативных расстройств протекала либо на фоне усиления предшествовавшей психопатологической симптоматики, либо в виде острого психовегетативного приступа, напоминающего панические атаки у взрослых (в 29% случаев), нередко сопровождавшегося танатофобией. Более характерны, по сравнению с другими группами, различные проявления деперсонализационных расстройств. В дальнейшем выявляются принципиально сходные с другими группами возрастные динамические особенности, в том числе отчетливая взаимозависимость вегетативной и психопатологической симптоматики.

В целом не выявляется подобной зависимости лишь у 9,6% больных (23 из 240), причем наиболее она выражена у больных с более поздней (после 4 л.) манифестацией ПТ (в 98% случаев) и с т. н. ВСД (в 94% случаев) и наименее – у больных с ранней манифестацией ПТ (до 4 лет) – (в 17% случаев). Наиболее показательной такая зависимость была при параллельном (психотропном и вегетотропном) эффекте психофармакологии – как положительном (в случае эффективного лечения), так и отрицательном (при его отмене). В целом сочетанный позитивный эффект психотропной терапии отмечен у 75% больных – из тех, кого удалось более или менее длительно лечить и проследить эффект терапии.

Всего прослежено катamnестически 114 больных. Принята минимальная длительность катamnеза 6 мес., максимальная длительность катamnеза составила 11 лет 9 мес.

Анализ данных катamnестического обследования подтверждает закономерности, выявленные в различных возрастных группах больных. В процессе взросления больных и по мере редукции вегетативных проявлений психовегетативного диатеза на первый план выходят собственно психопатологические расстройства, которые с возрастом приобретают более мономорфный и в большинстве случаев редуцированный характер (стертые аффективные нарушения, невротические и неврозоподобные проявления, поведенческие расстройства, умеренная специфическая эндогенная дефицитарная симптоматика, церебрастенические признаки). В единичных случаях расстройств сердечного ритма отмечено обратное соотношение: сохранение приступов аритмии при значительном редуцировании психопатологических проявлений. Также в единичных случаях после длительной устойчивой ремиссии с редукцией как соматовегетативных, так и психопатологических расстройств возникали эксацербации психопатологической симптоматики аффективного и шизоаффективного круга на амбулаторном уровне. Не отмечено случаев с психотическими обострениями. Таким образом, в целом описанные расстройства можно трактовать как проявления психического диатеза, по С. Ю. Циркину [10] в его психовегетативной форме (или психовегетативного диатеза, по W. Thiele [17]).

Что касается наследственной отягощенности при различных видах психовегетативной патологии, то та или иная форма психических нарушений в восходящих поколениях выявлена у 169 (71,3%) из 237 больных (у 3 больных родители приемные) – аффективные расстройства, субманифестные и манифестные эндогенные заболевания, алкоголизм, выраженные личностные девиации, в единичных случаях эпилептиформные проявления. У 161 (67,9%) из 237 больных в наследственности обнаружены функциональные и органические сосудистые заболевания, а также болезни, относящиеся к кругу психосоматических. Указанные данные требуют тщательного уточнения, т. к. не во всех случаях в силу специфики обследованного контингента (значительная часть иногородних больных, редкая возможность обследования обоих родителей и т. п.) можно было получить достаточно полные данные о наследственности. В любом случае очевидно, что при возможности уточнения данных степень наследственной отягощенности может лишь возрастать.

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

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

Имеет смысл упомянуть еще об одном социально-психологическом феномене, корни которого лежат в советском обществе, где он имел скрытый, маскируемый характер, и который в среде «дикого», нецивилизованного капитализма приобрел явные и порой уродливые формы. Деградация в 70-80-х годах советского бесплатного здравоохранения, особенно на уровне первичного звена, после развала советской системы приобрела катастрофические размеры, в частности в связи с неразвитой и неэффективной формой медицинского страхования. В сознании населения бесплатная медицинская помощь по определению не может быть эффективной, врач, не берущий деньги с больного, по определению не сможет и не захочет затратить время и усилия на оказание помощи такому больному. Многие нынешние родители предпочитают отдавать деньги экстрасенсам, колдунам, шарлатанам, называющим себя психотерапевтами, чем пройти весь тяжкий путь розысков высококвалифицированного и добросовестного специалиста в системе государственного здравоохранения для своего больного ребенка. Поэтому активно предлагаемая бесплатная, в частности психотерапевтическая, помощь осознанно или подсознательно вызывает у пациентов недоверие и отторжение.

Апробированный комплекс психосоциальных и психодиагностических методик для определения особенностей семейной структуры, интерперсональных взаимосвязей и детско-родительских отношений [2, 11, 12], обобщенной характеристики семей детей и подростков, страдающих функциональными психовегетативными расстройствами, позволяет получить достаточно полную характеристику как особенностей отдельных членов семьи, так и характера межперсональных внутрисемейных отношений, а также целостную оценку семьи как единой структуры, что создает необходимые предпосылки для дальнейшей разработки и реализации психотерапевтических подходов к семьям с детьми, страдающими функциональными психосоматическими расстройствами. Разработанная и апробированная комплексная карта мультифакторной оценки семей обследуемых больных включает социально-демографические характеристики семьи, подробную характеристику супружеских взаимоотношений и детско-родительских отношений, характеристику реакции членов семьи на болезнь ребенка, квалификацию личностных и психопатологических особенностей родителей. На основании изложенных данных формулируется «семейный диагноз», в котором выделяются патологические факторы семейного взаимодействия, дается типология семьи, по S. Minuchin [14, 15], и делается предположение о характере взаимосвязи болезненных симптомов у ребенка с дисфункциональными особенностями внутрисемейного взаимодействия. В заключение формулируется «резюме», в котором указываются «ядерные», или «базисные», и «опосредованные» зоны нарушений в семейной системе, определяются объекты психотерапевтических воздействий, методы коррекции базисных и опосредованных нарушений, наконец, прогнозируемый результат психотерапии.

Психотерапевтический подход был применен к семьям 64 больных (31 мальчиков и 33 девочки в возрасте от 6 до 17 л.) с терапевтическими диагнозами «вегетососудистой дистонии», проявлявшейся преимущественно функциональными сердечно-сосудистыми расстройствами (у 48 больных), функциональной гипертермией (у 8 больных), а также с диагнозами функциональных нарушений желудочно-кишечной системы (у 8 больных). Психопатологическая симптоматика определялась в основном как астено(суб)депрессивная в сочетании или с преобладанием тревожно-фобических расстройств, а также

как невротическая (неврозоподобная) с вегетосоматическими проявлениями (тики, энурез).

Ни в одной из 64 семей родители не могли быть признаны психически здоровыми. Причем, более чем в половине семей у них отмечались отчетливые аффективные и шизоаффективные расстройства, в том числе в рамках приступообразной шизофрении и манифестного аффективного психоза. В 1/3 семей речь шла о выраженных личностных аномалиях уровня психопатий различного типа. Распространенность алкоголизма и эпилепсии не превышала популяционную. Следовательно, можно предположить (что подтверждается и нашими более ранними работами [9]) значительную роль психопатологического и аномального личностного семейного фона в возникновении функциональных психовегетативных расстройств у детей и подростков.

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

Приведенный анализ психопатологических и межперсональных нарушений в семьях больных детей позволил построить целенаправленную семейную терапию, которая в 2/3 случаях сочеталась с психотропным лечением (направленным в основном на коррекцию тревожно-фобических состояний, а также аффективных расстройств биполярного круга у матерей). Вообще, необходимо отметить, очевидно, как культуральную особенность нашей популяции, как правило, большую трудность привлечения к коррекционной работе отцов (лишь в 7 семьях удалось вовлечь отцов в длительное взаимодействие) помимо тех проблем формирования мотивации на психотерапевтическое взаимодействие с семьей, которые отмечены выше.

Для коррекции тревожно-фобических состояний у матерей применялась рациональная и когнитивно-бихевиоральная терапия. Коррекция материнско-детских отношений и взаимной фиксации матери и ребенка на функциональных вегетосоматических расстройствах проводилась с помощью релаксационных методик, тренинга позитивных родительско-детских отношений и ориентированных на детский возраст игровых взаимодействий (куклотерапия, сказкотерапия, арттерапия) [3, 5, 7]. Структурная семейная психотерапия основывалась на модифицировании и стабилизации границ между внутрисемейными подсистемами и позитивных стереотипов семейного взаимодействия [4, 6]. В процессе «циркулярного интервью» прояснялись особенности семейного взаимодействия, «проблемные зоны» в отношениях, чувства и потребности членов семьи. Затем проводилось обучение адаптивным способам общения по методу Б. Герна (навыки эмпатического взаимодействия, эффективного самовыражения чувств, решения конфликтов).

В тех случаях, когда удавалось провести достаточный курс намеченной терапии, достигался значительный эффект в плане выравнивания эмоционального фона пациентов, сглаживания внутрисемейной напряженности, улучшения адаптации больного ребенка. Важно отметить, что, как правило, те родители, которые соглашались на прием психотропных препаратов (или сами просили о нем) и аккуратно выполняли медикаментозные назначения, охотнее шли и на психотерапевтический контакт, что способствовало достижению общего позитивного эффекта. Этим лишний раз подтверждается несостоятельность еще бытующего, в том числе в профессиональной среде, противопоставления и взаимоисключения психотерапии и психофармакотерапии при лечении функциональных вегетосоматических и собственно пограничных психических расстройств. В дальнейшем, при наличии соответствующих условий исследования, может быть предпринята попытка сопоставления репрезентативных групп, получающих различные виды лечения и их сочетание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф. , Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М. : Издательство Института психотерапии, 1999. – 304 с.
2. Варга А. Я. Структура и типы родительского отношения. Автореф. дисс. . . канд. психол. наук. - М. , 1987. – 24 с.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т. Ф. Практикум по сказкотерапии. - СПб. : Речь, 2001. - 309 с.
4. Игровая семейная психотерапия (практикум по психотерапии). / Ред. Ч. Шеффер, Л. Кэри. - СПб: Питер, 2001. – 383 с.
5. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. - СПб. : Речь, 2000. – 145 с.
6. Минухин С. , Фишман Ч. Техники семейной терапии. - М. : Класс, 1998. – 290 с.
7. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. - М. : Класс, 1997. – 332 с.
8. Северный А. А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности // Ж. невропатол. и психиатр. , 1985, вып. 11. – С. 1674-1680.
9. Северный А. А. , Баландина Т. А. , Березницкая В. В. и др. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - № 4. – С. 54-64.
10. Циркин С. Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. – 1998. - IV. – С. 5-8.
11. Эйдемиллер Э. Г. , Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия. (Методические рекомендации для детских психиатров, психотерапевтов, психологов). - СПб, 2001. – 44 с.
12. Эйдемиллер Э. Г. , Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. - Л. : Медицина, 1990. – 192 с.
13. K. Conrad. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. - Stuttgart: Thieme, 1958. – 165 S.
14. Minuchin S. Families and Family Therapy. - Cambridge: Harvard University Press. , 1974. – 268 p.
15. Minuchin S. , Baker L. , Rosman B. , et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children // Arch. Gen. Psych. – 1975. – Vol. 32. – P. 1031-1038.
16. Sifneos P. E. The Prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients // J. Psychother. Psychosom. – 1973. - Vol. 22. – P. 255-262.
17. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. // Muench. Me. Wochenschr. – 1958. – Jg. 100, H. 49. – S. 1918-23.

О. Б. Мартиенко

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГРУППА «РИСКА» ДЕТЕЙ.**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА****Центр психолого–педагогической помощи населению (Ноябрьск, ЯНАО).**

За последние пять лет число преступлений, совершенных несовершеннолетними, возросло на 21%, а количество подростков, принявших участие в их совершении, - на 30,5%. Значительно возросло количество умышленных убийств и покушений на них, тяжких телесных повреждений, разбоев, изнасилований, грабежей. Значительно помолодела и увеличилась детская проституция. Количество преступлений, связанных с вовлечением подростков в преступную деятельность увеличилось на 165,5%. Психолого–психиатрические обследования подростков с девиантным поведением показали, что от 93% до 97% несовершеннолетних правонарушителей имеют различные психические расстройства, которые в преобладающем большинстве случаев относятся к пограничному уровню психической патологии. Статистика показывает, что за последние 20 лет количество умственно отсталых возросло в 10 раз. Неадекватно ведущие себя дети есть уже и в начальной школе, у них в 4–5 раз выше риск криминальной активности. Более того, они «репродуцируют» себе подобных в 2–3 раза активнее, чем здоровые (по материалам научно-практического семинара, 14-17 ноября 2002 г., г. Москва). Таким образом, анализ структуры и динамики противоправных деяний несовершеннолетних за последние годы, изучение перспектив подростковой преступности дают основание прогнозировать на ближайшие годы ее рост.

Причинный комплекс социальной дизадаптации, повлекшей за собой противоправные деяния несовершеннолетних, сложился в последние 10–15 лет и характеризуется рядом факторов, действующих на общесоциальном, социально–психологическом и индивидуально–личностном уровнях. В основе действия криминогенных факторов лежат глубинные деформации экономики, кризисные явления и катаклизмы, поразившие российское общество, резко расслоившие его в последние годы и вызвавшие крайнее обострение социальных проблем молодежи, нарастающие процессы дегуманизации и анти-

культуры в жизни страны. Среди важнейших факторов следует выделить неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье, семейную дестабилизацию, утрату современной семьей функций традиционного эффективного института социализации.

Детей, выходящих за пределы социального, психологического, медицинского факторов риска, определяемого для данной образовательной, социокультурной и этнической структуры общества, следует рассматривать, как *детей группы «риска»*.

Анализ *социального фактора* «риска» детей и подростков позволяет отметить, что хищения, взятки, кражи, мошенничество возникают на фоне дисгармонии семейного воспитания, а дисгармония супружеских отношений влечет за собой уклонение от учебы, побеги, бродяжничество. Характеризуя социально-экономические факторы, следует отметить и раннее разочарование в перспективах получения молодыми людьми желаемого образования, профессии. В условиях безысходной экономической реальности обнажилась «тотальная» социальная несправедливость, поразившая все слои населения, включая семьи юных правонарушителей и подростков. На 2002 г. в стране 700 000 семей, где есть несовершеннолетние и один из родителей – безработный, а в 60 000 – оба родителя не имеют постоянного источника заработка. Все это обусловило рост группы «риска» как в детской среде, так и подростковой (данные из материалов научно-практического семинара «Вопросы профилактики подростковой преступности социально-психологическими методами», 2002 г.).

Анализ *психологического фактора* группы «риска» детей и подростков показывает, что, например, школьная дизадаптация, школьная незрелость, задержка психического развития, эмоционально-волевые нарушения возникают вследствие психологической дизадаптации. Также можно выделить в качестве основных причин психологического фактора группы «риска» пубертатные кризы, индивидуально-психологические особенности ребенка. Проблема охраны психического здоровья детей и подростков, актуальность которой становится все более очевидной в связи с наблюдаемым ростом нервно-психических заболеваний и функциональных расстройств среди детского населения, не может быть решена без практического использования медико-психологических и социально-психологических знаний.

Качественно иная в сравнении с предшествующими институтами социализации (семья, дошкольные учреждения) атмосфера школьного обучения, складывающаяся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, предъявляет новые, усложненные требования не только к психофизиологической конституции ребенка или его интеллектуальным возможностям, но к целостной его личности и, прежде всего, к ее социально-психическому уровню. Различные аспекты проблемы приспособления ребенка к этим требованиям издавна привлекали внимание детских психиатров, психологов, педагогов, физиологов. Многочисленные исследования школьной неуспеваемости у детей без признаков выраженной интеллектуальной недостаточности, нарушений школьного поведения, не имеющих отчетливой клинической очерченности, но часто выступающих как этап формирования пограничных нервно-психических расстройств, послужили основой для выделения относительно самостоятельного объекта междисциплинарных исследований, получившего название «Проблемы школьной дизадаптации».

В самом общем виде под школьной дизадаптацией подразумевается, как правило, некоторая совокупность признаков, свидетельствующих о несоответствии социопсихологического статуса ребенка требованиям ситуации школьного обучения, овладение которой по ряду причин становится затруднительным или, в крайних случаях, невозможным. В настоящее время подобные затруднения, по данным разных авторов (Е. В. Новикова, 1985; Э. М. Александровская, 1985, 1988; Н. Г. Лусканова, 1987; И. А. Коробейников, 1990) испытывают от 15% до 40% учащихся начальных классов общеобразовательной школы, причем отмечается тенденция к дальнейшему росту их количества. С учетом таких масштабов, а также наиболее вероятных негативных последствий этого явления, выражающихся, в частности, в формировании устойчивых видов социально-психической дизадаптации, нарушений поведения, достигающих уровня клинической и криминальной выраженности (Б. Н. Алмазов, 1989; С. А. Беличева, 1989, 1991; и др.), проблему школьной дизадаптации следует отнести к одной из наиболее серьезных психологических проблем современных детей, требующих уже не столько углубленного изучения, сколько безотлагательных поисков продуктивного решения на практическом уровне. Вместе с тем знакомство с теоретическими аспектами проблемы, активно разрабатываемой в последние годы и в нашей стране, необходимо для формирования концептуальных представлений о сущности феномена школьной дизадаптации и для выбора соответствующих методических подходов к ее профилактике, диагностике и коррекции. Прежде всего, хотелось бы отметить, что несмотря на наличие признаков, характеризующих вполне самостоятельный феномен, школьную дизадаптацию все же корректнее было бы рассматривать как более частное явление по отношению к общей социально-психологической дизадаптации, в структуре которой она (школьная дизадаптация) может выступать и в роли причины.

Возвращаясь к вопросу о проявлениях школьной дизадаптации, следует отметить, что к числу ее основных первичных внешних признаков и врачи, и педагоги, и психологи единодушно относят затруд-

нения в учебе и различные нарушения школьных норм поведения. В этой связи, с чисто педагогических позиций, к категории детей с нарушениями школьной адаптации, прежде всего, относятся дети с недостаточными способностями к обучению. И относятся вполне правомерно, т. к. среди требований, которые предъявляет ребенку школа, в первую очередь выделяется необходимость успешно овладевать учебной деятельностью (Л. И. Божович, 1968; В. В. Давыдов, 1973; Д. Е. Эльконин, 1974; и др.). Известно, что учебная деятельность является ведущей в младшем школьном возрасте, что ее формирование обуславливает главные изменения в психических процессах и психологических особенностях личности ребенка на данной стадии онтогенеза (А. Н. Леонтьев, 1981).

Вместе с тем, как показывает реальная практика, а также данные специальных исследований (Г. Б. Шаумаров, 1986; Б. И. Алмазов, 1989), педагог способен лишь констатировать факт неуспеваемости школьника, однако в большинстве случаев он не может правильно без педагога-психолога определить ее истинные причины, если ограничивается в своих оценках рамками традиционной педагогической компетенции. И хотя в этой связи и у учителя, и у неуспевающего ребенка возникает немало серьезных проблем, порожаемых, прежде всего, неадекватностью педагогических воздействий и формирующимися, на их основе, взаимным чувством неприязни и открытой конфронтации (или дискриминации), вряд ли было бы корректно упрекать педагога в подобной диагностической несостоятельности. Природа школьной неуспеваемости может быть представлена самыми различными факторами, в связи с чем, углубленное изучение ее причин и механизмов осуществляется не столько в рамках педагогики, сколько с позиций психологической и медицинской (а в последнее время и социальной) психологии, дефектологии, психиатрии и психофизиологии. Краткое обобщение результатов этих исследований позволяет перечислить основные факторы, способные стать причинами школьной неуспеваемости.

1. Недостатки в подготовке ребенка к школе, социально-педагогическая запущенность, ЗПР (П. П. Блонский, 1928; W. Griffiths, 1952; G. Dornier, H. Grychtolik, 1973; И. В. Дубровина, 1975; И. П. Лаужикас, 1977; Т. В. Фомичева, А. И. Ходор, 1978).

2. Длительная и массивная психическая депривация (L. Y. Varrow, 1972; V. Lehr, 1975; А. Л. Венгер, Е. В. Филиппова, 1980; И. Лангмаейр, З. Матейчек, 1984; и др.).

3. Эмоционально-волевые нарушения (Л. С. Славина, 1966; M. Riffer, 1974; P. L. Newcomer, 1980; А. И. Захаров, 1982; Я. Стреляу, 1982; Г. М. Бреслав, 1986, 1990).

Однако те же самые симптомы могут фигурировать при описании самого широкого спектра психических отклонений: от крайних вариантов нормы (акцентуации характера, патохарактерологическое формирование личности) и пограничных расстройств (неврозы, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, резидуальные органические нарушения) до таких тяжелых психических заболеваний, как эпилепсия, шизофрения. Это говорит **о медицинском факторе** группы «риска» детей и подростков. Эти симптомы должны стать пригодным материалом для содержательной диагностики только после квалифицированного анализа многих дополнительных характеристик: времени появления тех или иных симптомов, меры их выраженности, устойчивости и специфичности, динамики, вариантов их сочетания, установления вероятных этиологических факторов и многих других (В. В. Ковалев, 1984; М. Ш. Вроно, 1985; Д. Н. Крылов, Т. П. Кулакова, 1988). Но даже при этих условиях не всегда возможно установить точную последовательность причинно-следственных отношений, позволяющую ответить на вопрос о том, что чему предшествовало: школьная дизадаптация появлению нервно-психической патологии или наоборот. Поэтому стратегическая задача психологической диагностики в данном случае должна быть ориентирована не на уточнение характера, структуры и нозологической принадлежности клинически очерченных расстройств (что является содержанием психопатологической диагностики), а, во-первых, на раннее выявление нарушений доклинического уровня как факторов риска возникновения нервно-психической патологии и, во-вторых, на установление структуры этих нарушений, которые при внешне сходных проявлениях могут иметь совершенно различное психологическое содержание (И. А. Коробейников, 1990).

Таким образом, на этой основе могут быть созданы предпосылки не только для профилактики более серьезных нарушений психического развития, но и для целенаправленной коррекции уже имеющих отклонений.

Специфические условия и особенности диагностики факторов «риска». Единство диагностики и коррекции.

Диагностическая работа с детьми группы «риска» в целях планирования и определения задач для коррекционной работы имеет ряд специфических особенностей.

Во-первых, такая диагностика должна быть комплексной. Это требование вытекает из комплексной, системной природы причинных факторов детских неврозов и комплексного характера факторов «риска». Диагностика требует применения набора психологических методик и экспериментов, направленных на изучение различных сторон психических процессов, свойств, личностных качеств и форм

деятельности.

Во-вторых, комплексность в диагностике определяется необходимостью изучения семьи и семейного воспитания, то есть требует включения в диагностический процесс не только ребенка, но и его родителей. Диагностика проблем ребенка осуществляется в контексте диагностики психологических проблем его семьи.

В-третьих, необходимо изучение не только актуального состояния ребенка и статуса семьи, но и особенностей развития детей на предшествующих этапах, а также изучение семейных отношений в ретроспективе. Поэтому в диагностике факторов «риска» необходимо использовать биографический метод, позволяющий восстановить весь ход психического развития ребенка и жизни его семьи.

В-четвертых, диагностика как начальный этап психокоррекции требует соблюдения принципа активности самих испытуемых. Это означает, что все диагностические процедуры должны быть лично-стно мотивированы для самих клиентов, диагностика специалистом должна превращаться в самодиагностику, когда ее участники ставят перед собой задачу самоизучения, анализа собственных психологических качеств и особенностей личности, самосознания, а также задачу самостоятельного определения целей и путей самосовершенствования. Поэтому в диагностике широко используются проективные опросники, самоотчеты, дневниковые записи, проективные сочинения, рисунки с последующим обсуждением всех данных с их авторами.

В-пятых, диагностика и коррекция осуществляются практически одновременно на всем этапе работы, поэтому коррекционные приемы – это одновременно приемы диагностики и самодиагностики участников коррекции.

Цели и специфические особенности психокоррекционного процесса.

Психологическая коррекция понимается как перестройка, реконструкция факторов риска у ребенка, как воссоздание гармоничных отношений в семье. Психологической коррекции подвергаются все составляющие факторов «риска» и связи между ними; нормализуется психологический климат семьи, особенности супружеского взаимодействия и супружеских коммуникаций, реконструируются родительские позиции в составляющих их звеньях, расширяется осознание родителями мотивов семейного воспитания, происходит гармонизация самого хода психического развития детей в семье, развиваются и гармонизируются самосознание и самооценка ребенка. Основным содержанием психокоррекционного воздействия становится создание концентрированного, эмоционально насыщенного опыта новых социальных отношений в семье как между супругами, так и между детьми и родителями. Практика новых социальных отношений формирует иную обратную связь между различными оставляющими внутренне-го взаимодействия, связь с положительным знаком.

Методологическим принципом построения процесса психологической коррекции является принцип деятельностного подхода. Новый тип внутрисемейных отношений формируется в процессе создания релевантных данных отношениям форм деятельности. Формируется игровая деятельность детей и воспитательная деятельность родителей. Такое построение психокоррекции основывается на положении теории деятельности, согласно которому позитивно влиять на процесс развития, на формирование процесса складывания психологических новообразований в поведении и в отношениях между людьми – значит оказывать воздействие на деятельность, формирующую соответствующие новообразования и соответствующие отношения.

Психокоррекционный комплекс при работе с детьми группы «риска» должен состоять из различных методов психологического воздействия, каждый из которых имеет свои специфические механизмы коррекционного воздействия. Вместе с тем, существует нечто общее, что, являясь основным психокоррекционным рычагом, объединяет все по-разному организованные приемы воздействия. Это общее может быть определено как совокупность характеристик психокоррекционного воздействия, отражающих специфику психокоррекции как особого психологического эксперимента:

1. При использовании разнообразных приемов психокоррекционного воздействия психолог не может оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая и т. п.). Все данные о закономерных чертах, симптомах или свойствах должны быть переплавлены в представления об индивидуальном проявлении всех этих общих закономерностей в реальном поведении или психологическом облике человека, с которым проводится психологическая работа. Иными словами, в психокоррекции главным является реализация индивидуального подхода.

С признанием индивидуального подхода тесно связано представление о «личном достижении» (Н. В. Дзен, Ю. В. Пахомов, 1985). При использовании «личного достижения» в психологической коррекции реализуется индивидуальный подход в смысле признания права самого клиента взять из психокоррекционных возможностей то, что он окажется в состоянии взять, или то, что он захочет взять. Эта непланируемость личностного роста при признании бесконечности и неограниченности самого процесса является одной из главных специфических черт психокоррекции как особого психологического эксперимента.

2. Психологическая коррекция планирует не достижение каких-то конкретных результатов, а создает условия для личностного роста. Поэтому психокоррекционные приемы должны использовать естественные движущие силы психического и личностного развития. Именно поэтому в любом психокоррекционном приеме с необходимостью и в разных формах создаются условия для адекватной деятельности и воспроизведения системы отношений.

3. Специфика психокоррекционных приемов состоит в особой динамике самого психокоррекционного процесса, многое в этой динамике зависит от использования различных методов.

Прежде всего следует отметить, что динамика психокоррекционного процесса может быть описана не прямой, а ломаной линией. Это означает, что в каждом психокоррекционном процессе есть свои взлеты и падения, ускорение движения и замедление, всплески и ровные участки. Это происходит за счет того, что главным в психокоррекции являются процессы переживаний, а, как хорошо известно, эмоции – это весьма подвижные, динамичные психологические образования.

Психологические особенности оценки эффективности психокоррекции.

Единственным критерием эффективности не может быть позитивный результат, показывающий ликвидацию проявлений дизадаптации или субклинических симптомов. Часто снятие симптомов или дизадаптации может носить временный характер; а если при этом не устранены причинные факторы, вызвавшие тот или иной симптом, то вполне возможно быстрое возвращение тех же самых симптомов или появление других. Кроме того, известно, что наиболее высокие результаты достигаются спустя 6–7 месяцев после окончания воздействия.

Эти соображения позволяют сделать два важных вывода: во-первых, критерии оценки эффективности не могут ограничиваться как статистически нормативными показателями, так и снятием симптомов; во-вторых, необходима отсроченная проверка результатов коррекции, которая бы доказывала устойчивость ликвидации симптоматики на отдаленных этапах после завершения коррекции. Наиболее оправданной следует считать диагностику эффективности по тем причинным факторам, которые лежали в основе тех или иных подлежащих коррекции явлений. Но здесь возникает проблема ретестирования, то есть необходимо для учета эффективности повторять диагностику теми же приемами, которыми диагностировались причинные факторы.

Общая характеристика психокоррекционного комплекса.

Психокоррекционный комплекс, представляющий собой системное воздействие, состоит из нескольких взаимосвязанных блоков. Каждый из блоков реализует различные задачи и состоит из специфически организованных методов и приемов.

Блок 1 – диагностический.

Цели:

- диагностика психологических факторов риска;
- формулирование психологических факторов риска для каждой семьи;
- формулирование общей программы психологической коррекции.

Методы:

- психологический анализ биографической информации;
- патопсихологическое обследование детей в присутствии родителей;
- психологический анализ игровой деятельности ребенка;
- психологический анализ игры ребенка с родителями;
- диагностика самооценки ребенка и осознания детьми своего внутрисемейного положения и отношений с взрослыми;
- психологический анализ мотивов воспитания по биографическим данным;
- диагностика супружеских коммуникаций – специальная экспериментальная процедура по исследованию коммуникаций;
- изучение психологического климата семьи (опросник и циклограмма психологического климата).

Блок 2 – установочный.

Включение установочного блока психокоррекции в общий комплекс связано с необходимостью создания активной установки на психокоррекционную работу, формирования мотивов самопознания и самосовершенствования.

Цели:

- снятие тревожности в связи с переживанием острого внутрисемейного кризиса;
- достижение облегчающего и расслабляющего эффекта;
- повышение уверенности родителей в возможности достижения позитивных изменений в поведении ребенка и в отношениях в семье;
- переформулировка запроса, целей психологической коррекции;
- создание активной установки на психокоррекционную работу.

Методы:

- специальная методика «Родительское собрание»;
- психологический анализ дневниковых записей.

Блок 3 – коррекционный.**Цели:**

- гармонизация процесса развития ребенка;
- достижение перехода от негативной к позитивной фазе критического периода;
- гармонизация игровой деятельности;
- достижение открытия «Я»;
- преодоление внутрисемейного кризиса;
- расширение сферы осознанности мотивов воспитания;
- снятие противоречий между конфронтирующими мотивационными тенденциями;
- изменение родительских установок и позиций, обучение родителей новым формам общения с ребенком, расширение знаний о психологии семейного воспитания.

Методы:

- методика игровой групповой коррекции для детей;
- методика групповой родительской коррекции;
- методика «Родительский семинар»;
- методика совместных занятий родителей с детьми.

Блок 4 – оценка эффективности.**Цели:**

- оценка изменений в психологических факторах риска в процессе коррекции;
- оценка эффекта коррекции.

Методы:

- самоотчеты родителей;
- специальные экспериментальные процедуры;
- оценка степени устойчивости ликвидации дизадаптированного поведения у детей.

Г. В. Козловская, М. А. Калинина, Н. И. Голубева

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ДЕЛЬТАРАН» В ЛЕЧЕНИИ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Аннотация. Важнейшим направлением современной педиатрической фармакологии является создание лекарств нового поколения, воздействующих путем активации внутренних физиологических реакций и устраняющих патологические сдвиги по естественным, предусмотренным природой законам. Как показали многолетние экспериментальные и клинические исследования, к таким средствам относятся лекарственные препараты, содержащие метаболиты, присущие организму. Принципиальная особенность этого класса лекарств, по данным литературы, их высокая эффективность, стабильность терапевтического воздействия, нетоксичность и отсутствие побочных действий. Российской науке принадлежит приоритет в создании таких препаратов [1, 7, 18, 19]. Значительные успехи в области создания новых лекарственных средств – пептидных биорегуляторов – послужили основой для создания теории биорегулирующей терапии [3, 4, 5, 6, 8, 12, 14]. Пептидные биорегуляторы участвуют в поддержании структурного и функционального гомеостаза клеточных популяций, контролируют экспрессию генов и синтез белка в клетках и т. д., другими словами, они нормализуют метаболизм клеточных структур в тех органах, для которых предназначены.

Установлено, что в основе поражения центральной нервной системы (ЦНС) лежит снижение энергетического метаболизма. Наиболее частыми и рано действующими повреждающими факторами, способствующими возникновению расстройств этой сфере, являются неблагоприятное течение беременности, гипоксия плода и новорожденных, патологические роды. Возникающие вследствие этого явления энцефалопатии становятся основой для формирования целого ряда психических нарушений - от задержек интеллектуального развития до невротических расстройств и неврозоподобных заболеваний. Явления церебральной дисфункции усугубляются постоянно действующими стрессорными факторами. По мнению ряда исследователей, аналогичные факторы способствуют развитию и более тяжелых психических заболеваний, таких как шизофрения [7, 8, 18].

Дельтаран (Рег. № МЗ РФ 98/207/6 от 1.07.98 г.) – представитель нового класса нейропротекторов, предупреждающих гибель нейронов вследствие стресса или разрушения повреждающими агентами, об-

ладающий мощным антиоксидантным, стресспротекторным и антидепрессивным действием [1, 5, 7]. Дельтаран представляет собой смесь синтетического эндогенного нонапептида, структурно соответствующего эндогенному аналогу, называемому дельта-сон индуцирующим пептидом (1 весовая часть), и аминокислоты глицина (10 весовых частей). Дельта-сон индуцирующий пептид имеет следующую аминокислотную последовательность: триптофанил-аланил-глицил-глицил-аспартил-аланил-серил-глицил-глутаминовая кислота (DSIP). Дельтаран выпускается в виде ампул с лиофилизированным порошком или пористой массой белого цвета без запаха, хорошо растворим в воде. В ампуле содержится 0.3 мг дельта-сон индуцирующего пептида и 3 мг глицина. Препарат предназначен для интраназального введения.

Исследования отечественных и зарубежных исследователей показали, что в норме DSIP присутствует в ЦНС, а также периферических органах, тканях и жидкостях организма человека. Наибольшее его количество обнаружено в таламусе, несколько меньше его в гиппокампе и гипоталамусе. Область наиболее вероятной локализации DSIP - нейроны рострально-хвостового нерва (связывающего обонятельную часть коры головного мозга с боковой частью гипоталамуса), нейроны основного нервного угла, миндалина, перегородка и таламус. Пептид присутствует в таких важнейших сенсорных системах, как зрительная, обонятельная, осязательная, а также отделах мозга, регулирующих внутренние органы. DSIP синтезируется в клетках мозга и активно транспортируется по организму, свободно проникая через гематоэнцефалический барьер [2, 9, 10]. В плазме крови DSIP обнаружен как в свободном, так и в связанном виде. Связанная форма является резервуаром, из которого по мере потребности высвобождается свободный DSIP. Присутствие обеих форм пептида обнаружено в женском молоке и молозиве. Считается, что у новорожденных детей он всасывается из ЖКТ, а затем проникает через гематоэнцефалический барьер.

Было установлено, что DSIP способен уменьшать локомоторную активность, влиять на процессы терморегуляции, циркадные биоритмы, на нейрональные электрофизиологические реакции, стимулировать налоксон-зависимый эффект высвобождением метионин-энкефалинов в мозге и тем самым повышать устойчивость к различным видам стресса [15, 17, 19]. Установлено, что при бессоннице снижается уровень DSIP в плазме. В спинномозговой жидкости больных шизофренией уровень DSIP снижается до 80% от нормы, а у людей, страдающих депрессией - до 85%–50%. В то же время внутривенное введение пептида сна вызывает нормализацию сна при бессоннице, изменение двигательной активности, улучшение процессов запоминания, модуляцию циклов сна, изменение активности ЭЭГ [1, 2, 15].

Препарат «Дельтаран» был апробирован в различных научно-исследовательских институтах и клиниках Москвы и Санкт-Петербурга. Была отмечена его высокая эффективность в профилактике постстрессовых расстройств у работников экстремальных профессий, а также в лечении нарушений сна, опийной наркомании и алкоголизма, сердечно-сосудистой патологии, в лечении неврологической патологии (рассеянном склерозе, нейроборрелиозе, черепно-мозговой травме).

Дельтаран с успехом применялся и в детском возрасте, например, при лечении ДЦП у детей 5-14 лет; использовался в комплексной терапии ожоговой болезни у детей 1-14 лет, способствуя как благополучному течению ожоговой болезни, так и улучшению эмоционального состояния больных. Дельтаран в этих случаях сглаживал проявления реактивной депрессии, обычно наступающей после окончания лечения основного заболевания [15, 16, 18].

Побочные эффекты при лечении Дельтараном обнаружены не были. Передозировка препарата теоретически считается маловероятной, так как излишки пептида должны использоваться в организме в качестве источника питания.

Таким образом, к настоящему времени препарат «Дельтаран» зарекомендовал себя как эффективный и безопасный препарат в комплексной терапии соматических, неврологических и пограничных психических нарушений у пациентов как зрелого, так и детского возраста.

Цель исследования: оценка эффективности препарата «Дельтаран» в качестве нейропротекторного и ноотропного средства для лечения психических нарушений непсихотического уровня. Проведено сравнительное открытое клиническое исследование препаратов «Дельтаран» и «Глицин» у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста с невротоподобными и церебрастеническими нарушениями в различных нозологических группах.

Критерии включения. В исследование были отобраны пациенты в возрасте 3-10 лет, состояние которых соответствовало диагностической квалификации по МКБ-10. Основная симптоматология нарушений – невротоподобная и церебрастеническая в разных нозологических группах.

Критериями исключения были органическое заболевание ЦНС, эпилепсия, шизофрения в стадии обострения, умственная отсталость, выраженная соматопатия.

Материал исследования. Клиническую группу составили дети (42 чел.) в возрасте 3-10 лет (средний возраст $5,5 \pm 2,6$ лет), в том числе 26 мальчиков и 16 девочек. При условии информированного согласия родителей дети получали дельтаран (основная группа) или глицин (группа сравнения) – 32 и 10 человек, соответственно. Половозрастной состав группы исследования отражен в табл. № 1.

Таблица № 1.

Половозрастной состав группы исследования.

Препарат Возраст (годы)	Дельтаран		Глицин		Всего
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	
3-4	5	4	2	1	12
5-6	6	5	2	2	15
7-10	10	2	1	2	15
Итого	21	11	5	5	42

Методы исследования. Для стандартизованной оценки психического и неврологического статуса детей использовался разработанный в отделе Протокол – схема обследования психического состояния больного, которое оценивалось методами качественной и количественной оценки симптомов в баллах, по аналогии с общепринятыми шкалами PANSS и CGI. Использовались также шкалы – PANSS и CGI, которые были специально модифицированы для работы с детьми раннего возраста. Оценка психического состояния детей по протоколу проводилась регулярно, на каждом из этапов обследования (до начала лечения, после первого, после второго курса терапии, а также на отдаленном этапе - спустя 2 месяца после завершения лечения дельтараном).

Статистическая обработка данных была проведена с помощью статистической программы Statistika-6 (для Windows, StatSoft, Inc., USA). Вычислялись средние значения исследуемых показателей (оценка состояния в баллах по шкале PANSS) и стандартные отклонения от среднего. Достоверность различий определялась на основе парного t-критерия с уровнем значимости не менее 0,05, рассчитанным с учетом средних значения и дисперсий в сравниваемых группах для каждого препарата в динамике. Возможные корреляции оценивались с помощью теста Spearman, факторного анализа. Использовался также критерий Z, значение которого $Z > 3$ показывало достоверность различий в исследуемых группах.

Клиническая характеристика групп. Психическое состояние детей основной и контрольной групп определяли следующие расстройства. У 8 детей отмечались шизотипальные расстройства, у 5 – шизофрения в степени устойчивой ремиссии с отдельными признаками негативных нарушений в рамках специфического дефекта и отдельных маловыраженных, рудиментарных и парциальных субпсихотических проявлений – бредоподобных страхов и отрывочных идей отношения, микрокататонических симптомов, аутистических проявлений. У 10 детей отмечались нарушения внимания, снижение работоспособности и психической активности; у 3 – невротическая депрессия с тревогой; у 7 – двигательные дисфункции с гипердинамическим синдромом (тики, стереотипии) и нарушениями внимания; у 5 – задержки психического развития и речи, у 4 – невротические страхи. Отмеченные состояния сопровождались разнообразными соматовегетативными отклонениями - расстройствами сна в виде трудностей засыпания и пробуждения, в т. ч. с паническими реакциями (ночной ужас) у 2 детей, а также снижением аппетита, головными болями и др. Указанные нарушения развертывались на фоне минимальной мозговой дисфункции резидуального характера (табл. № 2).

Таблица № 2.

Частота психопатологии в выбранных группах.

Группы	Основная группа (n = 32)	Контрольная группа (n = 10)	Всего (n = 42)
Психопатология			
Задержки психического развития	3	2	5
Соматовегетативные расстройства	22	8	30
Аффективные расстройства (тревога, депрессия, страхи)	4	3	7
Церебрастения	11	4	15
Нарушения коммуникации (аутистические расстройства)	3	2	5
Неврозоподобные расстройства и системные неврозы	5	2	7
Рудименты бреда, галлюцинаций	4	4	8

Методика лечения. За неделю до назначения дельтарана пациентам отменяли все препараты, кроме базовой терапии (рисполепта и неуплетила), которая продолжалась на фоне пептидной терапии (10 пациентов с процессуальными расстройствами).

Дельтаран перед употреблением разводился кипяченой водой комнатной температуры в количестве 1 мл, а затем закапывался по 1-2 капли с интервалом 10-20 минут в среднюю часть носа, в зону разветвления окончаний обонятельного нерва. Как известно, обонятельный нерв не имеет синапсов на пути в ЦНС, и после интраназального введения препарат достигает таламических ядер [1, 2]. Дельтаран

вводился интраназально через день. Один курс терапии продолжался 10 дней.

Глицин принимался сублингвально в таблетках по 0,1 в возрастных дозах также в течение 10 дней.

Спустя 1 месяц после первого курса терапии назначался повторный курс лечения по той же схеме. В конце месяца оценивалось состояние детей. А еще через 2 месяца проводилось последнее обследование и подведение итогов от терапии.

Результаты наблюдения показали, что после двух курсов лечения дельтараном, отмечалось улучшение состояния у большинства пациентов основной группы. У всех детей наблюдалось повышение общего психофизического тонуса в виде подъема психической активности, появления живости, быстрой реакции. Отмечалось улучшение регуляции волевых процессов, что сопровождалось повышением целенаправленности интеллектуальной деятельности, ее продуктивности, а также улучшением самоконтроля за поведением, появлением способности «ждать и терпеть» (гиперактивные дети).

У детей с гипердинамическим синдромом и задержками психоречевого развития после повторного курса терапии отмечено отчетливое повышение концентрации внимания, способности к запоминанию большего объема информации. Кроме того, у этой же категории больных отмечено повышение познавательных интересов: стремление к развивающим занятиям, чтению, счету, улучшение качества экспрессивной речи. Уже к концу первого курса приема дельтарана было отмечено выравнивание фона настроения с уменьшением тревожности и раздражительности.

У детей с психопатоподобными и патохарактерологическими нарушениями поведения уменьшалась выраженность протестных реакций, негативизма, упрямства, ригидности. Отмечалась частичная редукция двигательных расстройств, тиков и стереотипий (раскачиваний, онанизма, онихофагии и др.).

Особенно заметной была положительная динамика соматовегетативных нарушений. У детей снижались частота и выраженность простудных заболеваний, которые в ряде случаев проходили значительно быстрее, а в продромальном периоде и на высоте заболевания препарат снижал симптомы интоксикации (гипертермию, головная боль, сонливость). Наблюдалась тенденция к улучшению деятельности желудочно-кишечного тракта, повышению аппетита и нормализации стула. Кроме того, у детей менялся характер сна в виде сокращения длительности засыпания и появления феномена «достаточности» сна при пробуждении и одновременно фактическом укорочении общей длительности сна. Полностью проходили ночные страхи. Отмечено уменьшение частоты ночного энуреза.

Улучшение психического состояния на приеме дельтарана соответственно сопровождалось снижением показателей по оценочной шкале PANSS (табл. № 3). Выраженность психопатологических нарушений уменьшилась в диапазоне 35%-40% от исходных оценок до лечения. Отмечалось достоверное снижение показателей по шкале позитивных симптомов шкалы PANSS с $14,0 \pm 2,9$ до $11,4 \pm 2,2$ баллов ($p < 0,001$; $z = 3,29$, $p = 0,0009$ – Wilcoxon Test; $z = 3,47$, $p = 0,0005$ – Sign Test), по шкале негативных симптомов с $19,6 \pm 7,6$ до $15,0 \pm 4,4$ баллов ($p < 0,001$; $z = 3,4$, $p = 0,0006$ – Wilcoxon Test; $z = 3,6$, $p = 0,0003$ – Sign Test), по шкале общей психопатологии с $39,4 \pm 16,7$ до $28,3 \pm 8,7$ баллов ($p < 0,001$; $z = 3,51$, $p = 0,0004$ – Wilcoxon Test; $z = 3,75$, $p = 0,0001$ – Sign Test). Суммарный балл PANSS снизился с $72,5 \pm 21,6$ баллов до $55,4 \pm 14,4$ балла ($p < 0,001$; $z = 3,51$, $p = 0,0004$ – Wilcoxon Test; $z = 3,75$, $p = 0,00017$ – Sign Test).

Таблица № 3.

Динамика психических нарушений по шкале PANSS на лечении дельтараном.

Подшкалы PANSS	Оценка психического состояния по шкале PANSS ($M \pm \sigma$)		Уровень достоверности		
	До лечения	После лечения	Корреляции (Spearman)	Wilcoxon Matched Pairs Test	Sign Test
Позитивных симптомов (P)	$14,0 \pm 2,9$	$11,4 \pm 2,2$ *	$p < 0,001$	$z = 3,29$ $p = 0,0009$	$z = 3,47$ $p = 0,0005$
Негативных симптомов (N)	$19,6 \pm 7,6$	$15,0 \pm 4,4$ *	$p < 0,001$	$z = 3,4$ $p = 0,00065$	$z = 3,6$ $p = 0,0003$
Общей психопатологии (O)	$39,4 \pm 16,7$	$28,3 \pm 8,7$ *	$p < 0,001$	$z = 3,51$ $p = 0,0004$	$z = 3,75$ $p = 0,0001$
Суммарный балл (S)	$72,5 \pm 21,6$	$55,4 \pm 14,4$ *	$p < 0,001$	$z = 3,51$ $p = 0,0004$	$z = 3,75$ $p = 0,00017$

*- звездочкой отмечены достоверные различия – критерий Стьюдента $p < 0,05$.

В группе контроля также отмечалась, хотя и не достоверная, редукция патологических симптомов в диапазоне 25%-30%. Отмечалось снижение показателей по шкале позитивных симптомов шкалы PANSS с $11,1 \pm 2,8$ до $9,3 \pm 1,9$ баллов ($p < 0,05$; $z = 2,52$, $p = 0,011$ – Wilcoxon Test; $z = 2,47$, $p = 0,013$ – Sign Test), по шкале негативных симптомов с $14,6 \pm 5,5$ до $11,3 \pm 3,1$ баллов ($p < 0,05$; $z = 2,6$, $p = 0,007$ – Wilcoxon Test; $z = 2$, $p = 0,007$ – Sign Test), шкале общей психопатологии с $31,6 \pm 22,7$ до $22,7 \pm 5,3$ баллов ($p = 0,58$; $z = 2,35$, $p = 0,0016$ – Wilcoxon Test; $z = 2,21$, $p = 0,026$ – Sign Test), суммарный балл PANSS снизился с $56,2 \pm 15,9$ до $41,9 \pm 10,3$ баллов ($p = 0,22$; $z = 2,49$, $p = 0,012$ – Wilcoxon Test; $z = 2,21$, $p = 0,026$ – Sign Test).

Динамика психических нарушений по шкале PANSS на лечении препаратом глицин.

Подшкалы PANSS	Оценка психического состояния по шкале PANSS ($M \pm \sigma$)		Уровень достоверности		
	До лечения	После лечения	Корреляции (Spearman)	Wilcoxon Matched Pairs Test	Sign Test
Позитивных симптомов (P)	11,1 $\pm$ 2,8	9,3 $\pm$ 1,9 *	p<0,05	z=2,52 p=0,011	z=2,47 p=0,013
Негативных симптомов (N)	14,6 $\pm$ 5,5	11,3 $\pm$ 3,1 *	p<0,05	z=2,6 p=0,007	z=2,6 p=0,007
Общей психопатологии (O)	31,6 $\pm$ 8,9	22,7 $\pm$ 5,3	p=0,58	z=2,35 p=0,0016	z=2,21 p=0,026
Суммарный балл (S)	56,2 $\pm$ 15,9	41,9 $\pm$ 10,3	p=0,22	z=2,49 p=0,012	z=2,21 p=0,026

*- звездочкой отмечены достоверные различия - критерий Стьюдента p<0, 05.

В среднем, при лечении дельтараном отмечалась редукция психопатологической симптоматики на 35,5% от исходных значений, в то время как в группе контроля (на лечении глицином) результаты улучшения оказались значительно ниже, в среднем на 27%, различия между группами были достоверными (p<0,001, по Spearman).

Следует отметить, что появившееся улучшение состояния сохранялось после окончания первого курса лечения и имело тенденцию к некоторому нарастанию на фоне повторного приема препарата. Удалось установить, что в отношении отдельных расстройств активность препарата была выше средней величины по группе в целом, например, астенические расстройства, нарушения внимания, соматовегетативные дисфункции – 39%. В отношении таких отклонений, как субкататонические расстройства, аутизм и других субпсихотических проявлений, улучшение было менее заметным – 32%.

Осложнения. Осложнений от приема препарата «Дельтаран», потребовавших отмену лечения, не отмечалось. Лишь в 2 случаях были выявлены нарушения в соматическом состоянии, квалифицированные как легкие проявления гипоталамического синдрома (1 - полиурия и полидипсия, 1 – спонтанная эрекция у мальчика в возрасте 7 лет). Эти симптомы отмечались в 1 курсе терапии дельтараном; при отмене препарата они спонтанно исчезали и во втором курсе терапии не повторялись. Анализ историй болезни показал, что именно эти дети имели в анамнезе перинатальные поражения ЦНС гипоксически-травматического генеза средней степени выраженности, компенсировавшиеся после 1 года жизни.

У 3 пациентов проявились изменения психического состояния, предположительно расцениваемые как следствие проводимой терапии. В 1 случае отмечалось состояние взбудораженности в рамках кататонического синдрома детского возраста в виде усиления гиперактивности с бессонницей в первые два дня первого курса лечения, постепенно редуцировавшиеся к концу курса и не возобновлявшиеся во время второго курса лечения. У 2 пациентов с шизотипическими расстройствами после купирования эндореактивных состояний в процессе 2 курсов терапии дельтараном отмечалась смена аффективного полюса с субдепрессивного на гипоманиакальный с повышенным настроением, беспечностью и др. При этом в целом социальная адаптация детей не пострадала, а наоборот улучшились взаимоотношения с окружающими, прошли переживания по поводу прежних конфликтов со сверстниками.

Заключение. Проведенное исследование показало, что препарат «Дельтаран» является эффективным ноотропным, нейропротекторным средством, а также обладает отчетливым антидепрессивным и анксиолитическим действием. Его прием в средних терапевтических дозах безопасен у больных детского возраста с расстройствами невротического уровня. Выявившиеся психосоматические нарушения, отмечавшиеся у ряда пациентов, лишь в 2 случаях могут быть объяснены прямым воздействием препарата (4,1% больных). Кроме того, у этих пациентов в анамнезе имели место резидуальные органические расстройства перинатального генеза. Изменения психического статуса у других 2 пациентов с шизотипическими расстройствами оказали скорее позитивное действие на общее состояние больных, не вызывая обострения симптомов основного заболевания. Выявленные побочные явления не требовали специального лечения, спонтанно сгладились спустя 1-2 недели после завершения курса терапии.

Сравнение эффективности дельтарана и глицина в лечении одних и тех же невротических и невротоподобных расстройств показывает достоверное превосходство дельтарана.

Таким образом, препарат «Дельтаран» является эффективным и достаточно безопасным для применения в детском возрасте с целью лечения непсихотических расстройств невротического уровня и может быть рекомендован для применения в практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белогурова М. Е., Викторovich Т. Д., Войтенков Б. О. и др. Влияние препарата дельтаран (на основе дельта-сон индуцирующего пептида) на показатели цитопении и состояние центральной нервной системы у детей, получавших высокодозную химиотерапию // II съезд детских онкологов и гематологов России. - 2001. - С. 37-38.
2. Гурчин Ф. А., Гурчин А. Ф., Королева Н. Ю. и др. Использование препарата «Дельтаран» у больных эпилепсией // Нейроиммунология (исследования, клиника, лечение). - СПб, 2002. - С. 75-77.
3. Ерошенко Т. М., Титов С. А., Лукьянова Л. Л. Каскадные эффекты регуляторных пептидов. - М.: ВИНТИ, 1991. - 204 с.
4. Комаров В. Ф. Применение пептидных биорегуляторов в клинической медицине // Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма: Матер. межд. симп. - СПб.: Наука, 1996. - С. 48.
5. Лебедева Н. В. Ноотропы в неврологии // Фармакология ноотропов: Эксперим. и клин. изучение. - М., 1989. - С. 125-128.
6. Морозов В. Г., Малинин В. В., Рыжак Г. А. и др. Цитамин. Биологические активные добавки к пище // Методические рекомендации. - СПб., 2004. - 64 с.
7. Морозов В. Г., Хавинсон В. Х. Пептидные регуляторы (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). СПб.: Наука, 1996. - 74 с.
8. Морозов В. Г., Хавинсон В. Х., Яковлев Г. М. и др. Механизмы биорегуляции. - СПб.: Наука, 1992. - 39 с.
9. Петров С. Л., Эпштейн О. И. Сверхмалые дозы пептида дельта-сон ... // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины: Приложение. - 2003. - С. 114-118.
10. Раджабов С. Д. Применение дельтарана при лечении больных с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы // Материалы Конгресса «Мать и дитя»: Тезисы докладов. - 2002, Ч. 1. - С. 93.
11. Рыбников В. Ю., Закуцкий Н. Г. Пептидная регуляция функций мозга. - СПб.: BRA «Фолиант», 2000. - 40 с.
12. Рыжак Г. А., Малинин В. В., Платонова Т. Н. Применение кортексина при лечении заболеваний центральной нервной системы. Методические рекомендации. - СПб., 2003. - 64 с.
13. Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина А. П. и др. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике // Вестник Военно-медицинской академии. - 2000. - Вып. 2. - С. 37.
14. Шабалов Н. П., Платонова Т. Н. Многолетний опыт применения Кортексина в терапии отдаленных последствий приобретенных энцефалопатий у детей // Тезисы докл. X Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 7-10 апреля 2003. - С. 559.
15. Федоров А. Б. Динамика нейросенсорных показателей головного мозга, индуцированная введением нейропептидного фактора «Дельтаран» у детей с функциональными и органическими нарушениями функций центральной нервной системы. Отчет об испытании. - НИИ мозга человека РАН. - СПб., 1999. - 8 с.
16. Эпштейн О. И. Регуляторные возможности малых доз // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины: Приложение. - 2003. - С. 10-17.
17. Яковлев Г. М., Новиков В. С., Хавинсон В. Х. Резистентность, стресс, регуляция. - Л.: Наука, 1990. - 237 с.
18. Яцык Г. В., Бомбардинова Е. П., Брызгунов И. П. и др. Методы коррекции нервно-психического развития в критические периоды развития детей / Материалы IX съезда педиатров России. - М., 2001. - С. 676.
19. Smith C. U. M. Elements of molecular Neurobiology (2nd ed.). - 1996, Willy, England. - 522 p.

Л. Е. Никитина, Ю. В. Ромашина, С. В. Тетерский
ПРИЧИНЫ НЕУЧАСТИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ⁴
ГосНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

В анкетировании приняли участие 1032 человека (2005 г.) из 17 регионов, отдельных городов и поселков. Категории опрошенных: старшеклассники, студенты вузов, работающая молодежь, не работающая и не учащаяся молодежь.

Причины неучастия

Таблица 1.

Причины неучастия детей и молодежи в деятельности общественных объединений.

Причины неучастия	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Отсутствие информации	38,2	42,1	25,7	34,3	35
Искаженная информация	14	21,9	18,5	16,1	17,6
Всего	52,4	64	44,2	50,4	52,7
Скудость услуг, оказываемых общественными объединениями	55,5	46,6	49,6	41,9	48,4
Отсутствие ресурсов для создания (инициирования создания) собственного объединения	27,5	24,5	26,3	20,8	24,7
Скептическое отношение к деятельности общественных объединений со стороны ближайшего окружения	6,3	7,4	5,6	13,2	8

Основная причина неучастия части детей и молодежи в деятельности общественных объединений – отсутствие информации (35%) или искаженная о них информация (17,7%). Общее количество неудовлетворенных информационным обеспечением общественных объединений – 52,7%. Наибольший информационный голод испытывают студенты (64%), у них же наиболее искаженная информация о современных общественных объединениях (22%). Почти половина опрошенных причиной своего неучастия считает скудость услуг, предоставляемых общественными объединениями. Особенно этим обстоятельством недовольны старшеклассники (55,5%).

Каждый четвертый создал бы собственное общественное объединение, но не имеет (не видит) ресурсов, необходимых для этого. Наиболее инициативны старшеклассники (27,5%) и работающая молодежь (26,3%). Наименее – не работающие (20,8%). Наименее скептически к деятельности общественных объединений настроено окружение старшеклассников и работающих (6,3% и 5,6%), наиболее – окружение безработных (13,2%). 42% опрошенных считают несовместимым участие в общественной деятельности с учебой, работой, семьей, друзьями. Наибольшую занятость решением личных проблем отмечают работающие люди (35%), наименьшую – безработные (18%). Каждому пятому старшекласснику хорошо с друзьями, не состоящими в общественных объединениях. На второе место причиной неучастия респонденты ставят отсутствие личных перспектив (20,7%). 19,7% ждут личного приглашения от организаторов общественной деятельности. Особенно позитивно к такому приглашению отнесутся 25% старшеклассников и только 15% работающих.

15,4% ничего не знают об общественных объединениях. Наименьшая осведомленность у студентов (19,2%) и безработных (17,6%). 12% безработных не участвуют в деятельности общественных объединений, поскольку нуждаются в ощутимой материальной поддержке. Каждый десятый студент и работающий считает, что общественные объединения – фикция.

⁴ По результатам социологического исследования «Состояние и перспективы развития детского и молодежного общественного движения в Российской Федерации», выполненного Временным творческим коллективом Национального совета молодежных и детских объединений России по заказу Федерального агентства по образованию в рамках федеральной целевой программы «Молодежь России (2001-2005 гг.)». Организаторы выражают признательность региональным координаторам данного исследования: Л. В. Богомоловой, Л. А. Горнаевой, В. Ф. Дементьевой, Т. И. Иванушкиной, Л. К. Ивановой, С. О. Калинину, Н. А. Катаевой, Е. А. Кочетковой, С. Г. Лесниковой, Н. А. Малышевой, Н. С. Моровой, И. Е. Прохоровой, Г. Г. Платошиной, И. А. Романовой, Р. А. Сафиуллину, В. А. Соболеву, Т. И. Толочкиной, Е. Н. Усанову, Н. Н. Усановой, И. В. Шелпаковой.

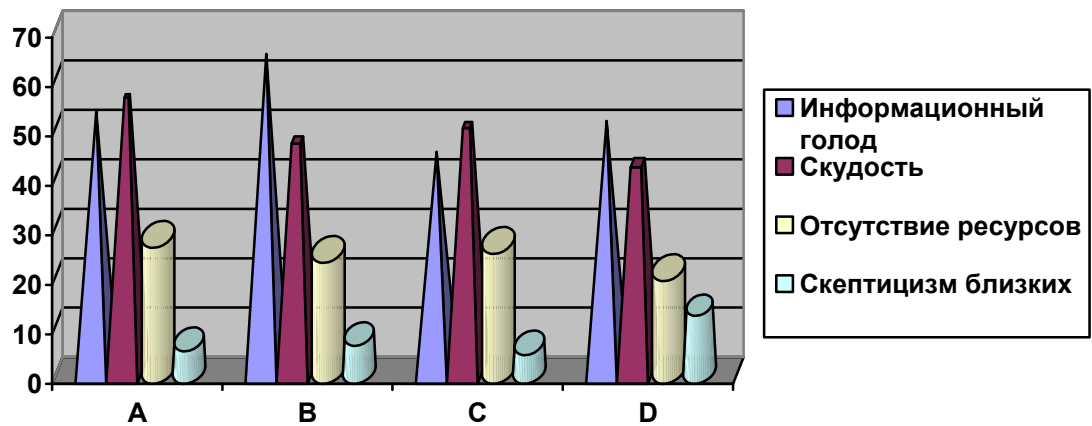


Рисунок 1. Причины неучастия молодежи в деятельности общественных объединений. А – старшеклассники. В – студенты. С – работающие. Д – не работающая, не учащаяся молодежь.

Таблица 2.

Причины неучастия детей и молодежи в деятельности общественных объединений (конкретика).

Причины	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Главное – учеба, семья, работа	29 (1)	27,3 (1)	34,8 (1)	17,9 (1)	27,2 (1)
Не вижу личных перспектив	22,5 (3)	21,2 (3)	21,2 (2)	17,9 (1)	20,7 (2)
Никто не приглашал	24,6 (2)	22,9 (2)	14,9 (3)	16,7 (3)	19,7 (3)
Не знаю ни о каких объединениях	14,2 (5)	19,2 (4)	10,8 (4)	17,6 (2)	15,4 (4)
Встречаюсь с друзьями	21 (4)	16,1 (5)	10 (5)	12 (4)	14,7 (5)
Все организации - фикция	4,7 (6)	10,2 (6)	11 (4)	9,3 (5)	8,8 (6)
Нуждаюсь в осязаемой материальной поддержке – не до пустяков	5,5 (8)	3,2	4,8	12 (4)	6,4 (7)
Не люблю толп и команд	6,1 (7)	7,4 (7)	6,3 (6)	3,8	5,9

Примечание: здесь и далее в скобках указан ранг позиции в порядке от наиболее к наименее предпочтительной.

Причины неучастия существенно разнятся по регионам. Так, 95% безработных поселка Новокубанский Краснодарского края не участвуют в общественной деятельности, поскольку все время уходит на семью и друзей. 43,5% тамбовских безработных не участвуют, поскольку считают лидеров общественного движения не вполне адекватными людьми. 30% пензенских студентов считают общественные объединения фикцией. 70% студентов и 50% старшеклассников Республики Марий Эл ждут приглашения к участию со стороны. Не видят личных перспектив в деятельности общественных объединений 40% работающих москвичей, 45% тамбовских и 40% саратовских студентов, 43,5% безработных тамбовчан.

Потенциал участия

Более 45% опрошенных готовы участвовать в деятельности общественных объединений, если:

- в стране будет развернута широкая пропаганда общественного движения (61%);
- действующие общественные объединения будут нацелены на результат, а не на процесс своей общественной деятельности (50,4%);
- государство и общество предоставят общественным объединениям больше прав и свобод (24,4%).

Таблица 3.

Потенциал участия молодежи в деятельности общественных объединений.

Потенциал участия	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Широкая пропаганда деятельности общественных объединений	77,8	74,8	43,9	47,7	61
Нацеленность на результат	47,9	50,2	51,6	52,2	50,4
Предоставление больших прав и свобод	25,6	21	23,3	28	24,4

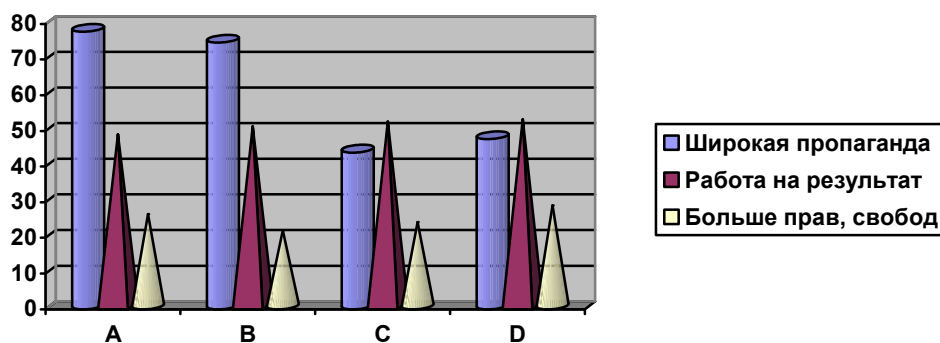


Рисунок 2. Потенциал участия молодежи в деятельности общественных объединений. А – старшеклассники. В – студенты. С – работающие. D – неработающая, не учащаяся молодежь

Наибольшую заинтересованность в пропаганде позитивного опыта общественных объединений проявляют старшеклассники и студенты (соответственно, 77,8% и 74,8%). Наибольшую несправедливость и несвободу отмечают старшеклассники (25,6%) и безработные (28%).

Таблица 4.

Мотивы возможного участия детей и молодежи в деятельности общественных объединений.

Мотивы	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Если увижу, что мне будет, чем заняться	34 (1)	36,2 (1)	21,7 (2)	21 (2)	28,2 (1)
Приятная компания	27,2 (2)	22,9 (3)	10,5 (4)	11 (4)	18 (3)
Бороться за правое дело	18,9 (3)	11,2 (4)	14,2 (3)	11 (4)	13,8 (4)
Вознаграждение	14 (4)	23,5 (2)	28 (1)	24 (1)	22,4 (2)
Если с друзьями	13,2 (5)	9,6 (5)	4,7	7,7 (6)	8,8 (7)
Если поручат	12,5 (6)	9,6 (5)	7,7 (5)	11 (4)	10 (6)
Если решаются мои проблемы	11,2 (7)	7,2 (6)	10,7 (4)	12,2 (3)	10,3 (5)
Если попросят	7,2 (8)	5,3 (8)	4,2	6,7	5,8
Если буду ответственным за что-то или кого-то	2,4	6 (7)	1,7	6	4
Если это принесет популярность	3,4	6 (7)	6,9 (6)	7,9 (5)	6 (8)

Ведущие мотивы возможного участия в деятельности общественных объединений старшеклассников и студентов – удовольствие от процесса: интересное времяпрепровождение (соответственно, 34% и 36,2%), приятная компания (27,2% и 22,9%). Особенно ярко эту тенденцию демонстрируют 50% московских, пензенских и якутских старшеклассников, 65% пензенских, 45% московских и 45% марийских студентов.

Ведущие мотивы работающих и безработных – ориентация на результаты деятельности: морально-материальное вознаграждение (28% и 24%), а уже затем – интересное времяпрепровождение (21,7% и 21%). 55% саратовских, 45% пензенских студентов, 45% тамбовских, 45% московских работающих молодых людей, более 30% тамбовских и краснодарских безработных придут в общественную работу в случае существенного вознаграждения.

Таким образом, привлечение к общественной деятельности молодежи старше 20 лет возможно только при демонстрации конкретных достижений, результатов. В этой возрастной группе организаторам важно разработать конкретные задания, поручения, чтобы люди чувствовали ответственность за выделенный участок работы. Необходима систематическая работа по вовлечению молодых людей в процесс принятия решений, индивидуального планирования и проектирования. Должны быть продуманы индивидуальные критерии оценки достижений молодого человека. Необходим постоянный «обратный» контакт, продуманная система материальных и моральных вознаграждений.

Для 14-19-летних интересны форма, «обертка, этикетка» объединения. Молодые люди в этой возрастной группе нуждаются в межличностном взаимодействии, поэтому для них особенно актуальны психологические тренинги и упражнения, организация групповой деятельности. Организаторам необходимо продумать систему публичного вознаграждения за достигнутые результаты работы, стремиться обучить молодых людей основам жизненного и профессионального целеполагания.

Почти 14% опрошенных готовы к созданию правозащитных объединений (особенно силен «боевой дух» у 56% кировских и 40% тамбовских старшеклассников), 10% - к созданию объединений, где будут решаться их личные проблемы. С возрастом эта потребность усиливается.

Почти каждый пятый (19,8%) ожидает, что его пригласят, поручат заниматься общественным делом – т. е. перекладывает ответственность на посторонних людей, является безынициативным. Наиболее такому инфантилизму подвержены безработные и старшеклассники. Наименее – работающая молодежь. Региональная специфика: ждут приглашения 36,4% рязанских старшеклассников, 55% саратовских студентов.

26,8% непременно условием участия в общественной деятельности называют привлечение ближайшего окружения (друзей, компаньонов, родственников). С возрастом это желание не так важно. Работающие люди больше озабочены собственным процветанием, нежели ближайшего окружения. 16% не участвующих в общественном объединении имеют желания властвовать, распоряжаться другими людьми. Особенно к этому склонны безработные (18,9%) и старшеклассники (18,4%). Наименее – работающие (15%).

Таблица 5.

Финансовое состояние

Состояние	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Хорошее	46,2	43,8	34,5	31,5	39
Ближе к хорошему	22	22,2	27,4	21	23
Плохое	6,9	9,1	9,3	22,2	12
Ближе к плохому	18,7	24	25	25,9	23
Не ответили					3

62% опрошенных считают свое материальное положение хорошим или ближе к хорошему. Наиболее оптимистичны старшеклассники и студенты. 35% респондентов считают свое материальное положение плохим или ближе к плохому. Наиболее нуждающимися себя посчитали почти половина безработных.

Утверждение о том, что молодежь большую часть времени проводит у телевизора и монитора компьютера – неверное. 36,3% респондентов увлечены спортом. На втором месте – музыка, на третьем – книги. С возрастом тяга к спорту уменьшается, к чтению и музыке – увеличивается. Больше время компьютеру уделяют старшеклассники и безработная молодежь (13%).

15% опрошенных не имеют никаких хобби и увлечений. Наиболее пассивны в этом плане старшеклассники и безработные. Таким образом, наибольший интерес не участвующая молодежь проявляет к общественным объединениям спортивно-оздоровительной, эстетической (музыка, танцы, книги), компьютерной (Интернет) направленности.

Таблица 6.

Замещение общественной деятельности различными формами досуга.

Хобби, увлечение	Старше-классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Спорт	43,7 (1)	42,4 (1)	24,8 (1)	34,3 (1)	36,3 (1)
Музыка	23 (2)	23 (2)	16 (2)	23 (2)	21,3 (2)
Книги	12,7 (5)	20,6 (3)	16,2 (2)	16 (3)	16,3 (3)
Никакого	16 (3)	14 (4)	13,4 (3)	15,7 (3)	14,7 (4)
Компьютер / Интернет	13,3 (4)	11,5 (5)	9,7 (5)	13,2 (4)	12 (5)
Танцы	5,3 (6)	6 (6)	2,2	4 (6)	4,2 (6)
Рукоделие	4,7 (7)	3,5 (8)	10,3 (4)	7 (5)	4,2 (6)
Рисование	4	5,4 (7)	4,2	3,3 (7)	4,2 (6)
Телевидение	3,4	2,1	3,3	4 (6)	3,2
Туризм	1,4	-	5,2	-	1,7

38% не участвующих в деятельности общественных объединений – люди равнодушные, пассивные, не интересуются происходящими в обществе событиями или лишены (по их мнению) такой возможности. С возрастом количество равнодушных растет, достигая пика у 30-летних безработных (46%).

Отрицательное, негативное и даже агрессивное мнение об общественной деятельности у 35,6% опрошенных. Наиболее негативно по отношению к общественным объединениям настроены студенты (42,2%), наименее – работающая молодежь (28,6%). Региональная специфика: 55% саратовских, 25% кировских и александровских безработных, 35% марийских и кировских работающих, 25% александровских, московских, саратовских, якутских студентов, 30% тамбовских и марийских старшеклассников настроены по отношению к общественной деятельности отрицательно.

Таблица 7.

Мнения молодежи об общественной работе в стране.

Мнение	Старше- классники	Студенты	Работающая молодежь	Безработные не учащиеся	Всего
Положительное, удовлетворительное, хорошее, нормальное	29,9	25,8	20	20,7	24 (3)
Отрицательное, плохое, негативное, остается желать лучшего	33,8	42,2	28,6	38	35,6 (2)
Не знаю, никакого, равнодушное, прочерк	30,3	33,3	42,3	46	38 (1)
Другое					2,4

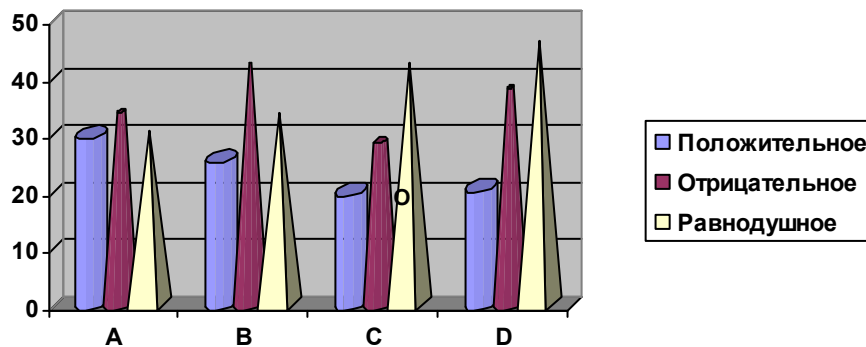


Рисунок 3. Мнения молодежи об общественной работе в стране. А – старшеклассники. В – студенты. С – работающие. D – неработающая, не учащаяся молодежь

Каждый четвертый опрошенный (24%) позитивно настроен по отношению к общественным объединениям. Больше оптимизма у старшекласников (30%), меньше всего – у работающих (20%). 55% работающих тамбовчан и 37% якутских старшекласников высказали положительное мнение об общественной работе в стране.

40% безработных Пензы и Йошкар-Олы, 32% челябинских и марийских старшекласников ничего не слышали об общественных объединениях. 30% студентов Пензы не имеют никакого мнения об общественной работе. 25% молодых москвичей и 20% рязанцев и тамбовчан считают, что общественные объединения создаются для рекламы их лидеров.

Эти данные позволяют представить «трехслойный пирог» позиций не участвующей молодежи, в котором верхний «корж» представляет интерес для организаторов общественного движения, два нижних – существенную опасность для власти и гражданского общества.

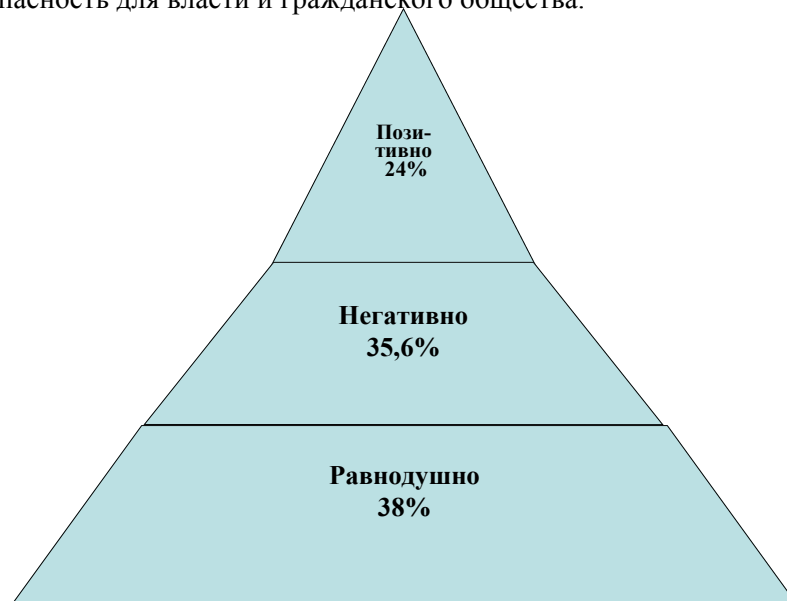


Рисунок 4. Отношение молодежи, не участвующей в деятельности общественных объединений, к общественной работе.

Результаты проведенного исследования позволили выявить реальные причины неучастия некоторых молодых людей в деятельности общественных объединений, увидеть скрытые и явные мотивы, позволяющие более эффективно и целенаправленно организовать процесс вовлечения детей и молодежи в строительство гражданского общества и демократического государства.

Л. У. Звонарева

ОСВОЕНИЕ ДУХОВНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОСТТОТАЛИТАРНОЙ РОССИИ ЧИТАТЕЛЕМ-РЕБЕНКОМ

ГосНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

Если информационное пространство в 90-е годы и начале третьего тысячелетия осваивалось ребенком при помощи многочисленных детских энциклопедий, то основным инструментом освоения духовного пространства посттоталитарной России, на наш взгляд, стал жанр литературной сказки. В детской литературе в срочном порядке оказался востребованным весь спектр традиций - от древнейшей, фольклорной сказки до жанра православного сказа, от традиций А. Погорельского и А. Одоевского до Д. Хармса, Е. Шварца и Ю. Коваля - все они сегодня стремительно обретают своих последователей. И если в начале 90-х годов православные издатели в поисках текстов для детей нередко обращались к прозе конца XIX-начала XX века - полузабытым сказкам А. Федорова-Давыдова и Л. Чарской, малоизвестным в советской стране произведениям писателей-эмигрантов, то в конце десятилетия ситуация изменилась.

Есть все основания утверждать, что, несмотря на экономический кризис, серьезную конкуренцию со стороны компьютерных игр и видеофильмов, дети младшего школьного возраста все активнее осваивают современное духовное пространство с его принципиально изменившимися в 90-е годы нравственными ценностями и ориентирами, опираясь на жанр литературной сказки. Именно этим можно объяснить многотысячные тиражи успешно реализуемых издателями книг таких разных сказочников, как православный писатель и художник Георгий Юдин, автор познавательных-приключенческих сказочных повестей Валентин Постников, юрист по образованию, или московская писательница Марина Москвина, пришедшая в литературу из журналистики, опираясь на художественный опыт Ю. Коваля, Ю. Сотника, Я. Акима.

Неожиданно для многих к жанру литературной сказки для детей и взрослых, положив в основу все тот же излюбленный им притчевый костяк, обратился известный писатель Тимур Зульфикаров, вложивший в сказку-притчу "Талдомские журавли" свое трагическое ощущение незащищенности и уязвимости Детства в мире нерегулируемого взрослыми государственным хаоса.

Стихотворной сказке и притчевой, сказочной миниатюре отдают предпочтение и многочисленные юные авторы, участники региональных и всероссийских фестивалей детского творчества, где автору этих строк довелось руководить творческими мастерскими в Геленджике (на фестивале "Дети и книги"), в Рязани (на фестивале "Начало"). Тоску юной души по Небу - романтической, доброй сказке - лучше других выразил пятнадцатилетний школьник Александр Малых из города Добрянка Пермской области в стихотворении "Монолог лужи":

"Я лежу на асфальте ничком,
Меня топчут чужие ботинки,
И с утра, захрусталившись сном,
По мне плавают мертвые льдинки.
Мелкий дождик осенней порой
Наполняет меня своей грустью,
И тогда от тоски неземной
Зарастаю коричневой мутой,
Но я все-таки вечно чиста,
Пусть звучит это как-то нелепо,
Ведь, когда наступает весна,
В моей мути красуется небо. . ."

История искусства убеждает, что сказка, с которой вовремя встретился впечатлительный, художественно одаренный ребенок, может оказать определяющее влияние на его будущую жизнь. Об этом говорят и лучшие стихи наиболее одаренных юных авторов из разных городов России, уже выпустивших свои первые книги - двенадцатилетней Лены Царьковой и шестнадцатилетней Кати Масловой из Рязани, одиннадцатилетней Жени Табакаевой из Новороссийска. А, по свидетельству матери известного художника Михаила Шемякина, центральное место в творчестве которого и сегодня занимает тема петербургского карнавала и образ придворного шута, семилетний Миша играл в поставленном мамой по

сказке Е. Шварца спектакле “Золушка” роль шута так оригинально, что она из эпизодической превратилась в главную.

В отличие от детей, отечественные сказочники предпочитают ориентироваться на одну из выбранных традиций, избегая их синтеза или полистилизма, столь любимого литераторами-постмодернистами. Возможно, это связано с различными философскими ориентациями писателей, четко выбирающих собственную позицию в идущем в отечественной культуре со времен царя Ивана Грозного и первого русского эмигранта князя Андрея Курбского споре между славянофилами и западниками.

Освоение духовного пространства новым поколением происходит с обязательной опорой на традиционные для данной культуры и менталитета семьи мифы. В России в настоящее время идет активное возрождение, деятельная реставрация разрушенной большевиками дореволюционной мифологии (в этом процессе деятельно участвуют детские писатели) и продолжается борьба с идеологическими мифами тоталитарной эпохи. На смену искусственно культивировавшемуся горьковскому “антидетству” вновь пришел миф о счастливом, золотом детстве - в дворянской усадьбе или любящей семье.

Но для того, чтобы возрождать отвергнутые советскими педагогами мифы, необходимо очистить духовное пространство - развенчать те идеологические легенды, которые предлагались советским детям в течение семи десятилетий. Этим неблагоприятным делом оказались готовы заняться весьма немногие писатели. Один из них - Юрий Дружников, дебютировавший в 70-е годы при поддержке Л. Кассиля и С. Маршака как талантливый детский писатель, в настоящее время - профессор Калифорнийского университета, в 1987 году закончил документальное исследование “Доносчик 001, или вознесение Павлика Морозова”, изданное в нескольких странах, но в России вышедшее только в 1995 году. Юрий Дружников развенчал один из самых громких пропагандистских мифов. Он напомнил всем нам, что в дореволюционном “Уложении о наказаниях уголовных и исправительных” особо оговорено, что доносы от детей на родителей не принимаются, за исключением особо опасных преступлений.⁵

На смену комплексу идеологических легенд о пионерах-героях и гимназисте-отличнике из Сибирска Володе Ульянове к юному читателю возвращаются проникновенные образцы благочестивого детства, предлагаемые в рассказах и повестях о православных святых, написанных на житийном материале петербургскими писателями Валерием Воскобойниковым, Сергеем Махотиным, Александром Крестинским, Андреем Ефремовым (сборник “Рассказы о православных святых”, Спб., “Золотой век”, 1999), московскими прозаиками Георгием Юдиным, Александром Ананичевым в издательстве «Росмэн» в серии «Твое святое имя», «Святыни России», «Душа России», «Спаси и сохрани».

Ребенок в 90-е годы осваивает духовное пространство в условиях напряженной идеологической борьбы различных систем ценностей, и важно, на наш взгляд, не втягивая его в эту борьбу, деликатно и осторожно помочь ему самому сделать выбор. И лучше всего здесь работает опять-таки сказка. Это понимают и достойно используют деятельные правозащитники, хорошо знающие отечественную литературную традицию. Так, московским детским писателем Андреем Усачевым на языке сказки малышу была рассказана Декларация прав ребенка. Так родилась сказочная повесть “Приключения маленького человека”. В 90-е годы к любимым детьми сказочным персонажам добавилась дальняя родственница волшебной кошки Хромоножки Джанни Родари - говорящая кошка Сдобная Лиза из сказки Виктора Лунина “Приключения сдобной Лизы” (М., “Миф, Гранд-Пресс”, 1993), а также Жираф, Слононок и разговорчивая Тучка со скверным характером.

Хорошее владение ремеслом, как известно, далеко не всегда безусловное условие творческой удачи. Так, книга А. Усачева и Э. Успенского “Жуткий детский фольклор” (М., “Росмэн”, 1998), написанная на основе детских страшилок, в современных условиях воспринимается как разрушительная для душевного мира ребенка. Иронические комментарии писателей в большинстве случаев представляются неуместными и искусственными, за “жуткими” героями книги трудно увидеть “трикстеров” - комических дублеров. Фольклорное игровое пространство разрушено по воле самих авторов; весьма спорной представляются и сама манера подачи материала, и произвольный монтаж текстовых фрагментов. Эклектичность и очевидная конъюнктурность этой книги убеждают, что жанр детских ужасиков, процветавший в пионерских лагерях эпохи застоя (а именно тогда “страшилки” впервые опубликовал Э. Успенский в журнале “Пионер” после усиленной редактury Николая Ламна), раздавленный видеострашилками нового поколения, приказал долго жить. В посттоталитарном социуме гораздо печальнее и страшнее многих ужасиков оказалась действительность, с которой, выходя на улицы и застревая в подвалах спальных микрорайонов, сталкиваются наши дети. Наверное, поэтому постмодернистское детище двух одаренных писателей оказалось мертворожденным.

Для шестилетнего ребенка встреча со скелетами в рисунке, тексте или реальности (а в книге А. Усачева и Э. Успенского скелет - один из главных героев) - эмоциональное потрясение. Художник Ми-

⁵ Дружников Ю. Доносчик 001. М., Московский рабочий. 1995. с. 40.

хаил Шемякин утверждает, что тема Смерти и образ скелета с косою в руках, с пустыми глазницами черепа стала одной из основных в его творчестве благодаря детским впечатлениям. Живя в течение двух лет с отцом-полковником в послевоенном Кенигсберге, будущий художник каждый день, шатаясь с мальчишками по чердакам и подвалам, наталкивался на черепа и скелеты погибших немцев. Несколько сверстников подорвалось на минах и погибло на его глазах. Эти жуткие картины преследуют его уже 47 лет. По свидетельству Ю. Н. Шемякиной, шестилетний Миша, тяжело заболев, слепил из пластилина фигурку смерти - скелета с косою на коне в развевающемся плаще из серебряной фольги.

О тайне написания настоящей сказки так говорил чуткий К. Паустовский: "Сказку пишешь почти не дыша, чтобы не сдуть тончайшую пыльцу, которой она покрыта". А вот как понимал место сказки в жизни взрослого и ребенка великий режиссер Е. Вахтангов: "Импровизация, горячее искреннее чувство, юмор и любовь к своему зрителю. Сказка - это мечта о прекрасном. О том, что должно быть, что случится".

В последнее десятилетие XX века мы особенно часто вспоминаем слова Антония Погорельского: "Человек имеет особенную склонность ко всему чудесному, ко всему, выходящему из обыкновенного порядка", ибо литературная сказка переживает в эти годы необычайный подъем. Обостренный интерес ко всему мистическому, сказочному отмечали литераторы и на рубеже XIX и XX веков. В 1913 г. П. Н. Сакулин писал: "Душа творит легенды жизни, это так свойственно натуре человека и так необходимо ему. Народ и дети, свободные от скептицизма и рационализма, живут в царстве сказки".

В 90-е годы жанр сказки доказал свою способность стремительно меняться и развиваться, откликаясь на духовные и интеллектуальные потребности времени. Так, на смену познавательной сказке приходит сказка УЧЕБНАЯ. Такое уже случалось в истории европейской детской литературы - бессмертная книга Сельмы Лагерлеф "Путешествие Нильса с дикими гусями" задумана автором как учебник географии. Потому так часто переиздают в 90-е годы "Букваренок" Георгия Юдина, впервые вырвавшийся из пут цензуры в 1980 г. и построенный на забавных сказочных миниатюрах, в которых в шутовском игровом контексте все время повторяется буква, запоминаемая малышом - ведь это сказочный самоучитель чтения для самых маленьких.

90-е годы, начало третьего тысячелетия - время подлинного психологического бума. Бывший "го-мо советикус", долгие годы тайно перепечатававший с чужих ксерокопий трактаты Карнеги, осознал, что психология может быть сильнейшим инструментом управления другими людьми, и стал читать и торопливо покупать психологическую литературу. При этом честных психологов, вроде тридцатичетырехлетнего кандидата психологических наук Игоря Вачкова, волнует совсем другое - как помочь юному человеку увидеть в психологии мощное средство самовоспитания. Его книга "Психология для малышей или сказка о самой "душевной" науке" (М., Педагогика-пресс, 1996) - не просто фантастические приключения девочки Юли и ее папы-психолога на планете разумных псов, но и знакомство с уникальными возможностями науки психологии, которая способна развить мышление, улучшить память, помочь исследовать собственные способности, лучше узнать себя и других людей. 13 психологических практикумов дополняют 9 сказок ("Сказка о типах темперамента", "Сказка о Деревьях-Характерах", "Сказка о Волшебницах-Потребностях и наколдованных эмоциях", "Сказка о цветах Способностей", "Сказка о борьбе Мотивов", "Сказка о видах памяти и карасе, который был невиновен", "Сказка о профессоре Мышлении и злом драконе" и др.). И. Вачков написал еще остроумно придуманные и увлекательные психологические сказки - "Приключения во внутреннем мире" (М., "Академия", 1996), "Дело о похищенной клубнике" (М., Педагогика-пресс, 1996) и две книжки для дошкольников в соавторстве с И. Лыковой - "Фантазируем с Фантузей" (М., "Ансел-М", 1995) и "Фантузя-сыщик" (М., "Ансел-М", 1995). Развить фантазию и воображение малыша, помочь ему стать наблюдательнее, активнее, внимательнее - вот сверхзадачи этих небольших учебных сказок, имеющих почти на каждой странице "Уголок родителей".

О том же - о нашем внутреннем мире беседует с детьми и взрослыми на языке сказки Виктор Кротов в повести-сказке "Волшебный возок" (Одесса, "Два слона", 1995). Ее главный герой - мальчик Вагик путешествует по волшебной дорожке, начинает все лучше понимать себя и окружающий мир, осознает опасность, которую таят в себе бесчисленные миражи телевидения. Путь Вагики - дорога самопознания, в процессе которого он понимает, какими бедами грозят ему гордыня и зависть - Змей Гордыныч и Завидак, озлобленность и безудержные капризные желания - Зленок и Хочунчики. Он начинает ощущать сильные стороны своей личности, ощущать помощь силы воли - лошадики Воленс, воображения - великого Воо, интуиции - главного отгадчика Интуи.

Вслед за психологией в число наиболее популярных тем в 90-е гг. уверенно вошла экология. Потому столь тепло встретила наша требовательная критика сказки морского геолога Ильи Шурко из книги "Сотворение мира" (М., "Алтей-М", 1997) с подзаголовком автора - "сказочное природоведение". Критик Ирина Арзамасцева на страницах журнала "Детская литература" пишет: "Илья Шурко померился фантазией с самим Андерсеном, который рассказал истории самых мелких вещей. . . У Шурко есть

сказки о Песчинке, секундочке. . .”. А благодаря тридцатилетней московской сказочнице Татьяне Рик у наших школьников появилась и сказочная грамматика - в серии “Здесь живут части речи” издательство “Самовар” выпустило ее веселые учебники “Здравствуйте, Имя Существительное” (1993), “Доброе утро, Имя Прилагательное” (1993), “Здравствуй, дядюшка Глагол” (1995), “Привет, Причастие” (1997).

Да, волшебную мантию сказочника сегодня охотно примеривают молодые литераторы. И все же об одном из них сегодня можно говорить как об уже состоявшемся детском писателе. Шеститомное собрание сочинений, вышедшее недавно в Минске, 14 книг двадцативосьмилетнего сказочника, вышедших общим тиражом около 350 тысяч экземпляров - веское тому подтверждение. В повести “Карандаш и Самоделкин в стране людоедов” (“Новые приключения Карандаша и Самоделкина”, М., “Рипол Классик”, 1996), Валентин Постников так сформулировал свое писательское кредо: “Понимаешь, малыш, у каждого в жизни должна быть своя сказка, в которую он хотел бы верить. Потому что на свете грустно жить без сказки. . .” Многих своих героев Валентин Постников унаследовал от отца - известного детского писателя Юрия Дружкова, придумавшего в 1956 г. этих двух забавных человечков - Карандаша и Самоделкина. На детском языке ответили писатель Дружков и художник Иван Семенов на затянувшийся взрослый спор между физиками и лириками. Художник Карандаш, способный рисовать свои волшебные картинки даже в полусне и бреде, и мастеровитый Самоделкин, одушевляющий своим талантом мертвые механизмы, позволяют ребенку не торопиться делать окончательный выбор между Техниккой и Искусством. На популярный в то время в детской литературе конфликт хорошего с лучшим Дружков тоже отреагировал неожиданно: созданные его воображением злодеи капитан Буль-Буль и шпион Дырка с их патологической жадностью, эгоизмом, тайной склонностью к предательству представляют вполне реальную опасность. Дружков, а вслед за ним Постников, предостерегают ребенка - зло конкретно, оно легко меняет формы и любит прикидываться невинным - не торопись доверять ему!

Живущий в эпоху информационных и интеллектуальных бурь Постников счел необходимым добавить еще одного героя - профессора Семена Семеновича Пыхтелкина, ибо рациональный и дальновидный Самоделкин накануне предстоящего дальнего путешествия забеспокоился: “Мы плохо разбираемся в географии. Мы не знаем, какие растения вредны, а какие полезны. . .” Пыхтелкин готов увлекательно рассказывать о живой природе в любую минуту - этакая ходячая энциклопедия. Валентин Постников хорошо усвоил уроки классической российской детской литературы, которой мы так привыкли гордиться. Он строит свои сказки на трех могучих китах - остросюжетной занимательности, энциклопедической познавательности и выверенности этических оценок.

Брезгливый и решительный отход взрослых от прежде уверенно декларируемого атеизма самым естественным образом тут же отразился в детской книге 90-х годов. Одесское издательство “Два слона” поставило своей целью познакомить ребенка с основами христианского учения, в серии “Семейная библиотека”, постоянно выпуская притчи и аллегории, порой с обнадеживающим подзаголовком - “рассказы для понятливых” (Лене Майер-Скуманц “Как Ты считаешь, Господи”, Пол Гэлликко “Ослиное чудо”, Галина Гурская “О принце Готфриде, рыцаре Рождественской звезды”, “Раненый пастушок” Даниэля Анжа), читая которые, ребенок учится открывать свое сердце Богу, простодушно любить и безгранично доверять благодати Божией. Большая часть этих книг - переводы давно известных и популярных в христианском мире произведений. Но попытались русские писатели возродить и полузабытый жанр отечественной ПРАВОСЛАВНОЙ СКАЗКИ. Признанным лидером этого направления в 90-е годы стал московский писатель и художник Георгий Юдин, автор православной сказочной повести “Птица Сирий и всадник на белом коне” (М., “Детская литература”, 1987), сборников православных сказок “Муромское чудо” (М., Эллис Дак, 1995), “Нечаянная радость” (М., “Детская литература”, 1998), “Тридцать лет и три года” (М., храм Георгия Победоносца в Старых Лучниках, 1998). Владимир Крупин так оценил эти книги Георгия Юдина: “Зная, что всякое дарование дается для того, чтобы употребить его во славу Божию, Георгий Юдин всю жизнь пишет и рисует одну тему, одну свою любовь - Православную Россию. В его книгах, как живые, беседуют с нами святые подвижники веры Христовой, мученики и мученицы, проходят по страницам отблески событий русской истории. . .”

С трудом в 80-е годы пробивались к читателю сказочные повести про приключения домовенка Кузьки, сочиненные художницей и писательницей Татьяной Александровой, десятилетия подряд изучавшей славянский фольклор. Сегодня эти сказки про Кузьку с удовольствием переиздают в Японии и разных городах России, а режиссер Аида Зябликова сняла про Кузьку замечательный мультфильм. В 90-е годы, уже после смерти, Татьяна Александрова стала основоположником целой традиции - о домовых и всякой нечисти сегодня с удовольствием и мягким юмором пишут молодые литераторы. Так, “Веселые приключения нечистой силы” (М., Эксмо-пресс, 1998) Валентина Постникова уже дважды переиздавались во второй половине 90-х годов. Так же, как в сказке Александровой “Кузька в новой квартире”, с большим трудом прошедшей цензуру в 70-е годы, В. Постников сталкивается на страницах своей сказочной повести две стихии - древнюю языческую славянскую культуру, чудом сохранившую-

ся в глухих лесах и селах, и современную городскую цивилизацию. Разрушительную, агрессивную силу городской псевдокультуры он открывает читателям в “подвальной” сцене, где современные подростки оказываются способными напугать даже таких бывалых злодеев, как Баба-Яга, Водяной, Леший и Кикимора: “Грохот все приближался и приближался, и вот распахнулась железная дверь подвала и внутрь вбежала с дикими криками, шумом и музыкой целая компания каких-то ребят. Они кричали и размахивали руками, у них на шеях болтались собачьи цепи и ошейники. Волосы у них стояли дыбом и были раскрашены в красные, синие и зеленые цвета. Из магнитофона доносились крики какого-то заграничного певца. Они плясали под эти вопли и били железными палками по старым и ржавым батареям”.

Жанру фольклорной сказки-стилизации, выдержанной в традиции Н. Гоголя, Н. Лескова, П. Бажова, верна Тамара Ломбина из Сыктывкара.

Еще одно направление, которое продолжает осваивать современная сказка, условно можно назвать **СЕМЕЙНО-БЫТОВЫМ**. В этом ключе работают московские писатели Марина Москвина (“Моя собака любит джаз”. М., “Олимпикон”, 1997), Олег Кургузов (“Солнце на потолке”. М., “Белый город”, 1997), Юрий Вийра (“Приключения Юрия Борисовича”. М., “Белый город”, 1997), легко монтирующие, в традициях Астрид Линдгрен, современную городскую реальность с элементами фантастики, сюрром, умеющие придать житейской истории привкус притчевости, а бытовую деталь легко поднимающие до уровня символа. Традициям еще одного великого сказочника - Евгения Шварца - следует Сергей Седов, автор книги “Мальчик Леша и разбойники” (М., “Белый город”, 1997), в своих сказочных миниатюрах говорящий с ребенком о сложнейших философских проблемах на понятном детям языке.

. . . Итак, на смену сказке как литературе духовного сопротивления 80-х (не случайно гонимый властями Ю. Дружников назвал свое диссидентское, полуподпольное издательство “Золотой петушок”) в 90-е годы в России возникла целая сказочная вселенная: со своими сказочными учебниками - приключенческой психологией, сказочным природоведением и веселой грамматикой, познавательной приключенческой сказкой, православными сказками, фольклорными стилизациями на основе древнейших языческих мифов и семейно-бытовыми сказочными историями. Целое созвездие новых имен, талантов, стилей!

Осваивающая духовное пространство детская душа долго остается на перепутье, и ее выбор зависит от родителей, учителей и детских библиотекарей, ибо сегодня детская библиотека в любом российском городе или поселке остается храмом подлинной культуры, в который приходят дети в надежде найти ответы на самые главные вопросы. И хочется, чтобы все мы не забывали мудрые слова нобелевского лауреата Франсуа Мориака: “. . . юная душа - перепутье, на котором сражаются предки, желающие ожить в своем потомке, и, кто бы ни победил в схватке, пусть его голос сегодня заглушил все остальные, было бы безумьем обращаться с ним так, словно он навеки останется хозяином положения”.⁶

⁶Ф. Мориак. Не покоренные ночи. . . М., “Прогресс”, 1986. с. 84. Перевод с французского Е. Баевской.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

П. В. Безменов, Э. С. Мандрусова**ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ БЕСПРИЗОРНОСТИ
(ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)****Детская психиатрическая больница № 6 (Москва).**

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% — девочки (М. Connolly, et al., 1993; J. le Roux, et al., 1998). Около 70% из них полностью не утратили связей с семьей; проводя вне дома один или несколько дней, они затем на некоторое время возвращаются обратно. 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, то есть от 4 до 10% от общей популяции (F. Rosenberg, 1994; J.A. Inciardi, et al., 1998); примерно 30% из них полностью утратили связи с семьей и все свое время проводят на улице (L.M. Forster, et al., 1996). И это несмотря на то, что в 1990 г. правительство Бразилии провозгласило задачу борьбы с беспризорностью «абсолютно приоритетной» (M.O. Ribeiro, et al., 1995). 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 (Y. Beuene, et al., 1997).

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), то есть 6 случаев ухода на 1000 детей в год (С. Abrahams et al., 1992). В Англии (Великобритания) только по официальным данным в 1993—1994 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 (J. Leff, 1993; J. Connolly, et al., 1994).

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 (D.J. Sherman, 1992; M. Connolly, et al., 1993; J. Ensign, et al., 1997; E.M. Adlaf, et al., 1999; L. Rew, 2002; D. Ayuku, et al., 2003; J. Feldman, et al., 2003). 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, такой подход может быть эффективно реализован лишь при наличии 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 полной 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 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 (J. Conway, 1988; J. Finkelstein, et al., 1993; J. Amery et al., 1995; P. Vostanis, 1996, 1997; S. Cumella, et al., 1998). Вероятность эмоциональных нарушений и девиантного поведения у беспризорных детей дошкольного возраста повышается при аффективных расстройствах у их матерей (E.L. Bassuk, et al., 1997). В одном из исследований показано, что примерно у 1/3 беспризорных и безнадзорных детей и подростков, направленных в социальные учреждения, отмечаются психические нарушения, достигающие уровня клинической значимости и требующие госпитализации в психиатрические стационары (P. Vostanis, 1997).

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 (D.J. Sherman, 1992; J. Ensign, et al., 1997; P. Vostanis, 1998). 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 (M.P. Senanayake, 1998). 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 (L.M. Forster, 1996). 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) (J.M. Greene, et al., 1999). 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 (A.R. Stiffman, 1989). 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 (A.J. Stewart, et al., 2004). В Эфиопии сексуальному насилию подвергаются порядка 26% беспризорных детей и подростков, физическому — более 50% (K.J. Lalor, 1995).

Не меньшее значение принадлежит 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. (L. Brooks, M. Patel, 1995; P. Vostanis, 1997; S. Cumella, et al., 1998). 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 у родителей, 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 (Aneci Rosa C.S., et al., 1992; B.T. Zima, et al., 1996; E.L. Bassuk, et al., 1997; Vostanis P., et al., 1997, 1998; B. Matchinda, 1999; A.A. Aderinto, 2000; P.A. Tiwari, et al., 2002). 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 об-

становка, конфликты с родителями, физическое насилие) и возраста (M. Raffaelli, et al., 2000).

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 (C. Williams, 1993). 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 (P. Vostanis, 1998).

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, испытываемой ими привычной потребности в «свободе» и т. п. (D. Nzimakwe, et al., 1994).

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

- Abrahams C., Mungall R. Runaways: exploding the myths. London: National Children's Home, 1992.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Beyene Y., Berhane Y. Characteristics of street children in Nazareth, Ethiopia. *East Afr Med J* 1997;74(2):85—88.

- 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.
- Connolly M., Franchet C.N. Manila street children face many sexual risks. *Network* 1993; 14(2):24—25.
- Connelly J., Crown J., eds. Homelessness and ill health: report of working party of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 1994.
- Conway J., ed. Prescription for poor health: the crisis for homeless families. London: LFC, Maternity Alliance, SHAC, Shelter, 1988.
- 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.
- Ensign J., Santelli J. Shelter-based homeless youth. Health and access to care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(8):817—823.
- Feldman J., Middleman A.B. Homeless adolescents: common clinical concerns. *Semin Pediatr Infect Dis* 2003;14(1):6—11.
- Finkelstein J., Parker R. Homeless children in America: taking the next step. *Am J Dis Child* 1993;147:520—521.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lalor K.J. Street children: a comparative perspective. Dublin Institute of Technology, School of Social Sciences, Ireland.
- Leff J. All the homeless people: where do they all come from? *BMJ* 1993;306:669—670.
- 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.
- 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.
- 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.
- Rew L. Characteristics and health care needs of homeless adolescents: a review. *Nurs Clin North Am* 2002;37(3):423—431.
- 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 Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil. E-mail moneda@usp.br.
- Rosenberg F., Estimativas de Crianças e Adolescentes de Rua na Cidade de Sao Paulo. *Cadernos de Pesquisa-Fundacao Carlos Chagas* 1994;91:30—45.
- le Roux J., Smith C.S. Causes and characteristics of the street child phenomenon: a global perspective. *Adolescence* 1998;33(131):683—688.
- Senanayake M.P., Ranasinghe A., Balasuria C. Street children — a preliminary study. *Ceylon Med J* 1998;43(4):191—193.
- Sherman D.J. The neglected health care needs of street youth. *Public Health Rep* 1992;107(4):433—440.
- 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.
- Stiffman A.R. Physical and sexual abuse in runaway youths. *Child Abuse Negl* 1989;13(3):417—426.
- 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.
- Vostanis P., Cumella S., Briscoe J., Oyeboode F. Psychosocial characteristics of homeless children; a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1996;10:108—117.
- Vostanis P., Grattan E., Cumella S., et al. Psychological functioning of homeless children. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1997;36:881—889.
- Vostanis P., Grattan E., Cumella S. Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *BMJ* 1998;316:899—902.
- Williams C. Who are «street children»? A hierarchy of street use and appropriate responses. *Child Abuse Negl* 1993;17(6):831—841.
- 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).

ОПЫТ РАБОТЫ В ДЕТСКОМ ПРИЮТЕ «НАДЕЖДА»

Региональный общественный благотворительный фонд «Защита детей» (Санкт-Петербург).

Приют «Надежда» (Санкт-Петербург).

Приют – место необычное, представления в обществе о жизни его обитателей – самые разноречивые. Мы публикуем наблюдения о жизни одного такого приюта и о специфике работы в нем. Приют «Надежда» вырос из специальной службы фонда «Защита детей», где детей подкармливали, одевали, устраивали на ночлег. Сейчас здесь живут 13 мальчиков-подростков, до этого живших на улице.

Несмотря на приличный опыт работы, который был у меня ко времени выхода на работу в приют, сомнения были большие. Потому что в обществе, живущем достаточно благополучно, слова «приют», «беспризорники» вызывают разные ассоциации, иногда просто страх. Так было и у меня. На третьей неделе моей работы, накануне суточного дежурства, привели Костю. Сейчас он стал другим, а сначала представлял очень необычное зрелище. Он вошел в группу ребят, в которой все были индивидуально. И в этот коллектив подростков пришел маленький, но очень яркий Костя. В нем было все – и мат, и крики, и слезы, бился головой об стену. Вскоре после прихода в приют он закрылся в туалете. Нам пришлось выломать дверь, и, чтобы войти с ним в контакт, я посадила его к себе на колени, держа его руки, ноги, и сидела с ним, обнявшись, часов пять, пока он не успокоился. Одно из важных наблюдений в работе с такими детьми – давать им как можно больше тактильных ощущений, этого не хватает всем детям, а этим – особенно. Кстати, многие их проблемы становятся не такими серьезными и облегчаются прикосновением. Хорошо и мне, и им: они могут меня со всех сторон облепить, и нам все время тепло.

Как работать с этими детьми? Слова «психолог» у них, как и «беспризорник» у нас, вызывают одинаково негативные чувства. Все эти дети имели не самый лучший опыт знакомства с психологами. Большинство прошло через психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК). ПМПК – это много специалистов, которых нужно пройти за два-три дня. Нагрузка для ребенка очень большая: его просят – составь то, расскажи об этом. Большинство заданий этих тестов рассчитаны на обычных, «нормальных» детей, но у наших детей многие вопросы сразу встречают отторжение, потому что у кого-то что-то не получается выполнить, либо вопросы специалистов ПМПК затрагивают болезненные стороны жизни ребенка. Поэтому психологическую диагностику в традиционном понимании я стремилась не применять. К тому же, этих детей уже проверили по тестам Векслера, Люшера и т. п. Постепенно я провела тестирование по проективным методикам: «Дом-дерево-человек», «Несуществующее животное». Эти методики просты в использовании и не дают негативных реакций испытуемого, их можно использовать несколько раз: через три месяца, через полгода и тем самым увидеть динамику состояния ребенка.

Начав работать в приюте, я прошла через адаптационный период. Я полгода плакала от жалости к себе, хотя пришла в приют с 18-летним стажем педагогической работы. И тем не менее, психологически я ощущала себя очень юной девушкой, которая ничего не понимает, многого не умеет. Приемы, которыми я владела, совершенно не работали. Например, проводя диагностику акцентуации характера, я столкнулась с тем, что ребенок не хочет отвечать на семьдесят с лишним вопросов, ему это тяжело делать. Проективные методики также отвергались: «Я не рисовал и рисовать не собираюсь». К выполнению теста Люшера у них сложилось свое отношение: не будут дети раскладывать эти карточки каждый день. Один раз разложили, а дальше им не интересно: «Что ты к нам пристаешь?».

Поэтому я решила использовать методы арттерапии. Вначале я собрала детей для знакомства, где предложила выяснить, как им удобнее меня называть, предложила варианты. Дети предпочли – «тетя Лариса». В работе с детьми я люблю использовать наглядные, визуальные, эмоциональные методы. Скорее всего, этот выбор определен тем, что я сама человек очень эмоциональный, открытый. Как показал мой опыт, эти дети принимают эмоциональных, небезразличных людей, чувствительных к границам другого человека, искренних. Например, работа с фотографиями ребят в зале. Это методика создана для детей, оказывающихся в приюте. Они же приходят в приют без собственного «Я», без цельного образа себя. Их чувствами, ими как личностью никто никогда не интересовался. На доске я разместила фотографии, попросив их подготовиться к фотографированию, как бы посмотрев на себя со стороны. Своей фотографией я попросила их показать себя другим, «рассказать» через фотографию о себе. Это задание и самооценку повышает, и помогает преодолеть в себе что-то. Важно отметить в инструкции то, что это будет делаться еще не раз, потому как ребенок растет, и у него должны появляться его другие фотографии.

Другой важный элемент работы с мальчиками, юношами – это поддерживать в них мужское начало. Мужчина может быть женственным, может быть мужественным, он может быть всяким, но он должен оставаться всегда мужчиной. Для развития мужского в наших молодых мужчинах мы попытались создать Кодекс чести мужчины. Например в нем были такие правила: имеешь право на ошибку, работать одной командой; твоя надежда в твоих силах; не лезь в душу, если тебя не приглашают. Все правила Кодекса дети составляли сами. Они нашли для себя самое важное, значимое. В зависимости от груп-

пы правила меняются. Но эти основные они передают по эстафете.

Один из основных принципов моей работы: вместе жить, вместе работать и в работе - проводить коррекцию. Если я иду вместе с детьми в музей, я провожу психолого-педагогическую работу. Я провожу тренинг постоянно, присутствуя в их жизни, живя вместе с ними. Поэтому я работала посуточно, хотя, как правило, психолог работает в обычном режиме. Суточный режим оказывает сильное влияние на формирование доверия между нами. Вечером подросток раскован, он раскрывается, его тянет на воспоминания, на близкий контакт, который им очень необходим. В течение 2-3 месяцев работы в таком режиме у ребят сформировалось доверие ко мне, а я перестала ощущать настороженность к ним.

В работе с детьми я использовала наблюдение как основной метод исследования психики. Проективные методики я считаю вспомогательными, а тесты никогда не несли основной нагрузки для того, чтобы составить представление о человеке. Мы можем наблюдать ребенка во всем разнообразии его деятельности, видим его в разные моменты его жизни. Работая с ребенком в постоянном контакте, я вижу, каков он в музее, в транспорте, на уроках. Вначале я очень много посещала школьных занятий, я наблюдала их в школе, на переменах. По функциональным обязанностям психолог проводит коррекцию в виде терапии или тренинга. Опыт моей работы подсказывает, что тренинги несут очень большую нагрузку: эмоциональную, интеллектуальную, физическую. А нашим детям трудно сидеть даже ничего не делая, не говоря уже о нагрузках. У них небольшой опыт концентрации внимания, они о многом боятся говорить. Некоторые могут говорить на серьезные темы и при этом не хотят участвовать в игровом тренинге. Поэтому в основном мы проводим не интенсивные игровые тренинги, а такие, в которых они могут рассказать о своей жизни, открыться на публику – и это многого стоит. Я всегда спрашиваю разрешения у детей: можно ли смотреть, присутствовать, фотографировать, и готовы ли вы к тому, что я предлагаю. Когда они обращаются к воспоминаниям - для них это боль, и работать с этим трудно.

Важно отметить, что бытовые проблемы – это наши общие проблемы, как в семье: если нужна уборка, приезжают к нам гости – мы делаем генеральную уборку все. Мы стремимся воссоздать модель семейного воспитания, многодетную семью. Мы и за грибами ездим, за ягодами, и в походы, и в баню.

Время пребывания в приюте у каждого ребенка разное и адаптационный период у каждого ребенка свой. По моему наблюдению, необходимо три года как минимум. Через три года риск возвращения на улицу значительно снижается. За эти три года у него будет сформировано другое социальное окружение, иной взгляд на мир, на отношения. Готовность ребят к изменению определяется уже тем, что они сюда пришли. «Добровольцев» приводят с улицы наши сотрудники, занимающиеся уличной работой. Прежде чем поселить в нашем приюте, ребятам показывают другие учреждения социальной защиты. И оставляем мы в приюте тех, кто как-то готов к получению нашей помощи. Считаю, что нужно помогать тем, кто готов и хочет жить другой жизнью. Эту готовность мы пытаемся как-то зажечь. Наши дети пишут заявление: я хочу жить в приюте - просто заявление, в свободной форме. Это уже поступок, потому как они пишут в заявлении «я хочу», хотя не предполагается по закону, чтобы 8-10-летний ребенок писал это. Первая беседа с ребенком направлена на то, сформировать его желание, определиться с желаниями на ближайшее время.

Из заявлений о поступлении: «Я прошу принять меня в приют. Не могу жить больше на улице»; «Очень хочу жить здесь»; «Я не хочу жить ни в детском доме, ни на улице».

Характерная особенность наших детей – они испытывают преданность только в наш адрес. Покидая приют, они могут быстро забыть опыт построения доверительных отношений, который у них был с нами. Обсуждая эту болезненную для нас проблему, мы пришли к выводу, что если они уже не испытывают потребности в нашей любви, то им хорошо без нас, а значит мы дали им то, в чем они нуждались. Интересно, что некоторые наши дети, уже сами ставшие родителями, приходят в приют, звонят, приносят фотографии своих детей, с женами знакомят.

За последние 5 лет ситуация с сиротами изменилась: сейчас практически нет детей, которые приходят к нам с улицы и сами хотят жить в приюте. Многие сознательно ведут свободный образ жизни: делай, что хочешь, есть деньги, в школу ходить не надо. Те, кто оказывается надолго на улице, не хотят изменить свою жизнь. Их, как в макаренковские времена, надо забирать с улицы, создавать специальные учреждения реабилитации. Для этого не готовы ни специалисты, ни учреждения, ни законодательство. Были подростковые клубы, хоккейные коробки, сейчас детям некуда идти. Когда приходят проверять нашу работу чиновники, они изумляются: всего-то 13 детей вы воспитываете! За 10 лет их прошло через наши руки 75! Мы убеждены, что спасать человечество мы не будем! Мы знаем про каждого нашего ребенка все, мы можем каждого приглубить, дать часть своей души, знаний, опыта. К каждому нужен подход с учетом его индивидуальности. Цель наша – не убрать все плохое в ребенке и заменить на хорошее, - это невозможно. Человек просто может повернуться как-то по-другому, другой стороной. Мы высвечиваем у каждого то, что в нем было и что сейчас дает ему возможность жить: какая-то искра, какая-то тонкая грань, которой можно и не увидеть скользящим взглядом.

Записано Е. Болтаевым.

СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА ДЛЯ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ СЕМЬИ

Региональный общественный благотворительный фонд «Защита детей» (Санкт-Петербург).

История: мама и ее дети. Я познакомилась с семьей Л. три года назад. Социальный работник службы социальной защиты населения муниципалитета передал эту семью нам, потому что мать, оставив детям два мешка крупы, взяла отпуск и уехала к своей больной матери в Самару. Отсутствовала долго. Старшему ребенку тогда было семнадцать, а младшей девочке шесть лет. У них был отец, который содержал семью. Потом стал пить и скоро пропал куда-то. Мать вышла на работу, но в очередь на жилье не вставала. Наверное, просто не думала о том, что тут можно сделать, что будет дальше. Мы стали думать об этом вместе.

Л. встала в очередь на квартиру, и администрация выделила ей две маленькие комнаты в «маневренном фонде». Надо сказать, что комнаты были жилыми только условно, потому что находились в жутком состоянии, с прогнившими полами и прочими прелестями трущобы. Естественно, Л. от этой квартиры отказалась, но отказалась неграмотно. Пришла в администрацию и подписала свой отказ. Но ей никто не подсказал, что в случае отсутствия документов, подтверждающих непригодность выделенного жилья для проживания, в следующий раз ей уже ничего не предложат. И это проблема всех наших подопечных: они совершенно безграмотны юридически, а сотрудники органов опеки и других государственных служб редко вникают в суть их проблем. Просто улучшением законодательства тоже ничего не достичь: социальные льготы останутся так же недоступны для самых нуждающихся, зато возрастет число иждивенцев. На наш взгляд, общественные организации, оказывающие адресную помощь, могут здесь гораздо больше. Задача же государства – не мешать им.

Способ оказания помощи, когда мне приходится делать что-то за другого, вынужденный. В своей работе мы стараемся, чтобы родители делали все по возможности сами: даем им адрес юридической помощи, подсказываем, как решить их проблему, но они сами должны помочь себе. Такая помощь не формирует в человеке иждивенческие наклонности. В нашей работе важно понимать, что мы помогаем не родителям, а детям. Ведь пока родители бездействуют, их дети ночуют на скамейках. Одно из негласных правил социальных педагогов – никогда не торопиться помогать материально. Первый шаг в работе – наладить отношения с семьей, изучить ситуацию в ней. В случае с семьей Л. мы почувствовали, что изменения ситуации для этой семьи и детей возможны только потому, что мать не бросает их, не пьет и даже работает. Л. работает маляром, и очень любит свою работу. Этой зимой руководство музея в Петергофе, где она работала в бригаде маляров, отказало в продлении контракта. Мать пятерых детей, у которой больше никакой работы, вместе со всеми пишет заявление по собственному желанию – иначе уволить ее они не имели права. Совет о ее правах в этом и подобных случаях она могла получить в бесплатной юридической консультации⁷.

Алгоритм выхода из подобных ситуаций у социального педагога возникает немедленно: привлечение юриста, консультация, оформление всех необходимых документов в соответствии с законом. Даже если сама мать не способна по разным причинам обратиться к юристу, наша задача – обратиться к юристу для того, чтобы помочь детям, которые могли оказаться в сложной экономической ситуации. Пришлось пойти на беседу с юристом, во второй раз записать на консультацию к юристу в «Центр инноваций». Только после этого мать смогла оформить все необходимые бумаги. По нашему опыту, общая черта таких семей: отсутствие уверенности в собственном праве. Первое же препятствие надолго лишает их сил двигаться дальше. Установка на неблагополучие передается детям.

Все успехи и неудачи семьи Л. происходили на наших глазах. Старший мальчик закончил колледж, устроился на работу, проработал года два. Но у него обнаружился порок сердца, и теперь он сидит дома, ни с кем почти не общаясь. Следующий сын с 15 лет начал проводить практически все время на улице. Дома заниматься и просто жить негде, он стал подолгу оставаться в компьютерном клубе, искал повод не ночевать дома. Теперь ночами работает на ремонте автомобилей, хочет поступить в училище. Летом на два месяца ребята ездят по направлению государственной молодежной биржи труда в трудовые лагеря. Это дает им новые знакомства, заработанные в лагере деньги и в общем-то интересное лето. И, что особенно важно, – возможность уберечь ребят от криминала. Хотя вначале убедить их поехать в такой лагерь было очень трудно. Старшей дочери Л. сейчас 19 лет. Учится в техникуме, живет с парнем и уже родила ребенка. Сейчас мы боремся за младших детей. Младшую девочку (ей 10 лет) устроили на танцы, есть у нее интерес к танцам и дарование. А младший мальчик (13 лет), как оказалось, хорошо играет в шахматы.

⁷ **Бесплатная юридическая помощь:** Городской центр «Семья», т. 113-13-19. Юридический консультационный центр «Права детей – детям» (Общественная организация «Центр Инноваций»), т. 315-62-09. Петербургская общественная организация Служба социально-юридической помощи пострадавшим от насилия, т. 186-43-68; телефон доверия: 320-67-24 (круглосуточно).

У него дефект речи, и нам важно было поднять его самооценку, чтобы он поверил в свои силы, способности. Теперь он ходит в математический кружок, увлекся информатикой. В школе им гордятся.

Во многом работа социального педагога состоит в том, чтобы вовремя обнаружить признаки неблагополучия в семье, увидеть неблагополучие в том, как заняты дети, как они выглядят, чем интересуются. По тому, насколько будет внимателен и наблюдателен, а значит профессионален социальный педагог, можно говорить о профессиональном подходе в профилактике неблагополучия. Иначе работа социального педагога (как часто и бывает) будет состоять в фиксации неблагополучия, написании отчетов, составлений рекомендаций, которым уже будет сложно следовать.

Записано Е. Болтаевым

С. Рязанов

АУТРИЧ-РАБОТА: ДЕТИ, КОТОРЫМ МОЖНО ПОМОЧЬ

Региональный общественный благотворительный Фонд «Защита детей» (Санкт-Петербург).

Outreach – термин, принятый в западной социальной работе, описывающий работу социального работника вне стен центра социальной помощи: дома у клиента социальной службы, на улице – с группой детей-беспризорников, бездомных или бродяг. Можно ждать, когда пациент или клиент социальной услуги придет к врачу, психологу, социальному работнику, но, как правило, приходит за помощью далеко не каждый.

В Санкт-Петербурге мы знаем семнадцать мест, где можно найти детей-беспризорников: железнодорожные станции, метро, торговые объекты, рынки, ларьки, автосервис – везде, где есть возможность подработать, или в благотворительных столовых, куда они приходят поесть. В своей работе мы помогаем только добровольцам – тем, кто не хочет жить на улице. С каждым годом их становится все меньше, но даже они не согласны вернуться туда, откуда убежали. Часто наша работа состоит в том, чтобы подвигнуть беспризорников на то, чтобы они съездили в медпункт, помыться, перекусить. На это они идут. В дальнейшем наша работа состоит в том, чтобы узнать, почему на улице оказался этот подросток, что дома у него происходит. Часто целью нашей работы в таких случаях является поиск для них приюта или возвращение в семью. Для некоторых подростков цель – устройство в дневной центр, где их покормят, займут чем-то полезным для них. Таких центров в Петербурге немного: «Радуга», «Английский, 19», «Надежда» на Московском, 104, на Бабушкина, 57 (от Детского кризисного центра), «Алые паруса». Некоторые центры имеют летние лагеря, где с такими ребятами проводится социально-психологическая работа.

Как известно, каждый уличный подросток – это набор проблем: юридических, медицинских. Многие подростки в 15 лет с трудом могут читать и писать, не знают простых правил гигиены, у многих наркомания, токсикомания, алкоголизм, часто встречаются гепатит С, ВИЧ. Через медико-социальный пункт «Гуманитарное действие» мы их госпитализируем или привозим туда на санитарную обработку. Большинству подростков адреса таких пунктов известны: «Врачи мира» на Щелгунова, 17, «Остров» на Макаренко, и «Гуманитарное действие» на Блохина, 5. В этих центрах для них есть возможность переночевать (на так называемых «кризисных койках») или даже некоторое время пожить, пока социальные работники Фонда ищут возможности для дальнейшего их устройства. Находились такие семьи, которые на время принимали к себе ребят с улицы: кто-то жил в таких семьях день, кто-то – неделю. Есть даже такая многодетная семья, в которой за эти годы жило около 500 (!) человек. Потом стали открываться приюты, социальные общежития, «кризисные квартиры», взятые фондом в аренду специально для этой цели (очень выручает, когда ребенка надо срочно забрать с улицы, а сразу определить некуда).

В настоящее время в Петербурге около 20 приютов. Социальному работнику приходится выбирать, какой из приютов «подойдет» тому или иному подростку. У ребят разные характеры и наклонности, нужно голову поломать над тем, куда лучше с наименьшими для него потерями его устроить. В начале 90-х была волна махинаций с жильем, и многие неблагополучные семьи были «переселены» против их воли в соседние области. А некоторых обманули так, что они оказались вообще без жилья или в каких-нибудь развалинах. В настоящее время ожидается вторая волна, потому что согласно новому «Жилищному кодексу», принятому в марте 2005 г., контроля за сделками, в которых будут участвовать несовершеннолетние дети, со стороны органов опеки не будет.

Основная задача социального работника не в том, чтобы воспитывать, а в том, чтобы передавать детей и подростков, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, в хорошие руки. Летом существует временный вариант – в трудовые лагеря вывозить и за время пребывания их в лагере решать их социальные проблемы. Сложнее такую работу делать зимой: другие сроки. Неплохо было бы вспомнить опыт М. Погребинского и А. Макаренко. В коммунах Погребинского и Макаренко вся активность подростков была направлена на развитие своего производства, мастерских, чтобы дети и подростки трудились, получали на-

выки трудовой деятельности. По нашему мнению, такие коммуны надо развивать. Под Петербургом есть коммуна – «Надежда», часть ребят в ней также удержалась и получила позитивный опыт жизни. Существующие дневные центры работы с безнадзорными детьми и подростками также помогают решить часть проблем безнадзорных: они подобны клубу, только больше и серьезнее, здесь можно каждый день прожить интересно (здесь даже покормят, что для безнадзорных детей немаловажно). Другие формы жизнеустройства детей-беспризорников – социальное общежитие, где выпускники приютов и детских домов могут жить несколько лет, пока сами или с помощью социального работника не устроятся. Сотрудникам «Программы независимого проживания»⁸, фонду «Надежда», работающему во Владимирской, Костромской и Ивановской областях, удастся снимать несколько квартир для тех ребят, кто учится, не имея общежития, или тех, кто работает, но еще не устроился в этой жизни сам.

Таким образом, социальный работник, идущий на помощь ребенку или подростку, не может, не в праве решать их судьбы, сидя в тишине кабинета социальной службы. «Полевая» работа дает истинное видение проблем детей и подростков и только в этом случае работу социального работника можно признать полноценной.

Записано Е. Болтаевым

Е. С. Аруцева, М. Ю. Максименко

**ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С РДА В СРЕДУ СВЕРСТНИКОВ
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ
(СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ)
Школа № 1321 «Ковчег» (Москва).**

Современные условия перестройки системы образования предполагают значительно расширить разные формы обучения (лицейная, гимназическая форма, обучение в колледжах и т. д.) с точки зрения усложнения программы общеобразовательной школы. В то же время возникло большое количество коррекционных классов. Однако существующая система не решает проблемы обучения детей-инвалидов, например, детей с детским церебральным параличом (ДЦП), с ранним детским аутизмом (РДА), интеллектуально сохранных детей, но имеющих замедленность темпа усвоения знаний: проблемы памяти, нарушения двигательной сферы, рассеянное внимание. Возникает проблема обучения этих детей, однако вариант создания специализированных школ узко по данным расстройствам вряд ли может быть оправдан. Трудно себе представить всех детей с РДА, собранных вместе в одном классе, даже если это 8-10 человек, или детей с ДЦП, изолированных от остального мира, всех «замедленных» или всех гиперактивных детей, обучающихся отдельно. Необходимо рациональное сочетание определенного количества детей в рамках одного класса с возможностями обучения по программе общеобразовательной, а не вспомогательной школы, поскольку органические поражения мозга, а функциональный дефицит тем более, всегда дают возможности компенсации когнитивных процессов ребенка в период его роста. Проблема коррекционной педагогической помощи детям с РДА и детям с органическими нарушениями актуальна и требует решения.

Три года назад мы создали интеграционный класс. В нем совместно обучается три категории детей: дети с РДА (ранним детским аутизмом), дети с органическим поражением ЦНС, дети с минимальной мозговой дисфункцией (ММД).

Всего 12 человек: 3 девочки и 9 мальчиков. Пять детей с РДА (из них одна девочка кроме РДА страдает целиакией – хроническим кишечным заболеванием), 4 ребенка с органическим поражением ЦНС (2 ребенка с тяжелой формой ДЦП, но сохранной интеллектуальной сферой), 3 детей с ММД (1 ребенок из многодетной семьи, где кроме него есть еще 9 детей, 1 ребенок проживает в приемной семье, 1- имеет старшую сестру, принимающую наркотики.)

Дети с РДА имеют ряд проблем обучения, связанных с трудностями произвольного внимания, нарушением зрительного восприятия, зрительно-моторных координаций. При этом отдельные функции у них сформированы не по возрасту идеально.

Дети второй подгруппы – дети с органическим поражением ЦНС (страдающие ДЦП, последствиями родовой травмы, перенесенных нейроинфекций в раннем детском возрасте) в силу наличия целого комплекса проблем не могут обучаться в условиях общеобразовательной школы, а так же в специализированных школах, как например дети с ДЦП, имеющие наряду с основным заболеванием синдром гиперактивности или, напротив, значительное снижение темпа деятельности.

Отдельные дети с ДЦП имеют гиперкинез и грубые двигательные нарушения, передвигаясь в коля-

⁸Дополнительную информацию о программах помощи детям-сиротам в России можно получить в офисе Программы АРО (095) 956-14-00 или на сайте www.aro.ru

сках или с помощью других людей (например, двое из 4 наших детей). При этом они имеют относительную сохранность высших корковых функций. Темп для них должен быть специфически сниженным, но по содержанию они могут учиться по программе общеобразовательной школы.

Церебрастеничные дети не могут обучаться по темпу при сохранности эмоционально-личностной сферы и при наличии негрубого функционального дефицита, проявляющегося в трудностях усвоения общеобразовательной программы в условиях обычной школы. Дети из многодетных семей, в силу сложности семейной ситуации, имеют те же трудности обучения.

Дети с ММД при отсутствии морфологических нарушений имеют отчетливую функциональную недостаточность и педагогическую запущенность, если это дети из многодетных семей.

Создание интеграционной школы позволяет ввести этих детей в нормальную среду сверстников, не интенсифицируя процесс обучения на первоначальных, ранних этапах, но с последующим выходом в общеобразовательную программу.

При создании класса мы руководствовались определенными принципами:

- дети данного класса не имели выраженных нарушений интеллектуальной сферы;
- у большинства детей выявлялась отчетливая функциональная недостаточность высших психических функций (ВПФ). При этом у детей отмечались нарушения моторики (разной степени), у некоторых - трудности речи;
- количество детей с нарушениями в эмоциональной сфере (дети с РДА) не должно превышать количество эмоционально сохраненных детей (эмоционально сохраненные дети обладали определенными личностными качествами: они доброжелательны, стремятся к общению, готовы прийти на помощь, и т. п.);
- родители детей настроены на сотрудничество с педагогами.

На первых этапах мы ставили перед собой задачи социализации детей с РДА, адаптации их в школьной среде. Для создания адекватных, социально приемлемых форм поведения, мы организовали комфортную, безопасную среду, с постепенным формированием произвольных форм поведения (школьных стереотипов) и внимания, без которых затруднен процесс обучения и взаимодействия с окружающими людьми в целом.

Реализуя коррекционно-развивающую систему обучения, в учебный процесс включили различные виды деятельности, которые формируют базовые функции для дальнейшей учебной деятельности. Были введены такие предметы, как керамика, рисование на мольбертах, лепка из теста, танцы. Мы старались комплексно воздействовать на различные сферы каждого ребенка. Кроме того, обеспечивали преемственность содержательной стороны этих предметов: так, на уроке керамики дети лепили героев прочитанных текстов или буквы и цифры, формируя их образы через полимодальное усвоение.

На уроках часто применялась рисуночная деятельность для развития внимания, тренировки устойчивого моторного тонуса, тонкой моторики, развития зрительного образа, возможности переключения на уровне цвета, образа, разного типа линий, для формирования правильной стратегии зрительного восприятия слева – направо, сверху – вниз.

При организации среды, мы формировали произвольное внимание и возможность действовать по речевой инструкции в рамках как учебной, так и игровой деятельности, целенаправленно развивая познавательную активность каждого ребенка с выработкой индивидуально-темпового пути их развития.

В поведенческом плане и межличностных взаимодействиях мы опирались на эмоционально и поведенчески сохраненных детей. В первые месяцы к детям с аутизмом остальная часть детей относилась настороженно из-за непредсказуемости, непоследовательности их поведения. Постепенно дети с органическими нарушениями и дети с ММД наблюдали способы реагирования педагогов на детей с аутизмом и начинали взаимодействовать аналогичным способом.

Для развития эмоционально-личностной сферы мы включили в работу метод арттерапии. Был организован кукольный театр, который проводился регулярно раз в неделю. Сюжеты имели положительно заряженное настроение, что способствовало формированию у детей открытости, доверия миру. Кроме того, мы преследовали цель создания у детей моделей «действия» в этом мире. Непроизвольно, в игровой форме дети осваивали модели поведения и в дальнейшем проявляли их в общении друг с другом. Так, никогда раньше не разговаривая по телефону, они без страха начали звонить друг другу, как делал это герой спектакля.

На последующих этапах нашей работы мы стали больше внимания уделять освоению общеобразовательной программы, и уже к концу первого класса у детей были сформированы навыки, соответствующие требованиям общеобразовательной школы.

Для исследования внимания, тонуса, тонкой моторики, зрительного образа и возможностей переключения нами применялось 3-разовое исследование самостоятельного рисунка детей на заданную тему или заданные образы: копирование, обведение, поиск среди запутанных линий нужного образа. При исследовании произвольной регуляции мы использовали методику корректурных проб. Через год было

проведено повторное исследование. Если первоначально поведение детей с РДА было неадекватным, не все дети понимали задание, некоторые «перепрыгивали» через строчки или хаотично вычеркивали буквы по листу, то уже при повторном исследовании отмечалось значительно более адекватное отношение к деятельности, нормализация внимания, зрительного восприятия.

Проведенная социометрия показала, что в классе нет изгоев, дети делают не менее 4 выборов. Дети с РДА имеют не менее половины взаимных выборов, у каждого ребенка-аутиста с активной формой поведения сложились устойчивые диады, при этом только половина выборов совпадает с реальными, отраженными в поведении детей. Все дети с РДА при исследовании выбирали эмоционально устойчивых детей и были выбраны ими взаимно.

Т. о. интеграция детей с РДА в среду здоровых сверстников возможна и необходима, в полной мере обеспечивает право каждого ребенка с особыми потребностями на получение образования.

КОНФЕРЕНЦИИ

Межрегиональная конференция «Профилактика социального сиротства среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»

17-20 июля 2005 г. Национальный Фонд защиты детей от жестокого обращения (Москва) и Совет по Международным Исследованиям и Обменам (IREX) в рамках Программы АРО «Помощь детям-сиротам в России» провели Межрегиональную конференцию «Профилактика социального сиротства среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями». Финансовую поддержку конференции оказало Агентство США по международному развитию (USAID).

Конференция была посвящена проблемам организации медико-психолого-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных беременных женщин, психолого-медико-социального сопровождения семьи в период установления ВИЧ-статуса ребенка и вопросам межведомственного взаимодействия служб помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям. На конференции обсуждался не только медицинский аспект ВИЧ/СПИД, но и социальные и психологические составляющие этой проблемы. Основной целью конференции стало объединение усилий ведущих специалистов Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства образования и науки, ученых, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИД для определения путей медицинской, социальной и психологической помощи этой категории детей и семей. В работе конференции приняли участие специалисты и ученые из одиннадцати регионов России, в которых насчитывается наибольшее количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Известно, что к началу 2005 г. в России было зарегистрировано около 304 000 человек с ВИЧ-инфекцией. Однако большинство экспертов склонно полагать, что реальное число ВИЧ-инфицированных в России гораздо больше и превышает 1 миллион, из которых 250 000 - женщины. В связи с этим резко увеличилось число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В 2002 г. были зарегистрированы 2777 таких детей, по сравнению с 2001 г. рост составил 144%. В 2003 г. ВИЧ-инфицированные женщины родили уже 3111 детей. Поскольку все большее количество женщин детородного возраста заражается ВИЧ, число таких детей будет расти и дальше. Специалисты считают, что эта тенденция сохранится и в ближайшие годы. Часто ВИЧ-инфицированные женщины и их дети лишены медицинской и социальной помощи. Такая социальная и психологическая изоляция не позволяет ВИЧ-инфицированной матери должным образом заботиться о своем ребенке. До 18% таких детей оставляются в родильных домах и передаются на воспитание в государственные учреждения.

Журнал начинает публикацию некоторых материалов, которые были представлены в докладах на конференции. Публикации материалов конференции открывает статья М. О. Дубровской, президента Национального фонда защиты детей от жестокого обращения, и Н. Савичевой.

М. О. Дубровская, Н. Г. Савичева

ПРОФИЛАКТИКА СИРОТСТВА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ

Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения (Москва).

Введение.

Профилактика социального сиротства – одна из основных задач российской системы социальной защиты детства (далее – система СЗД). Наличие более 800 тысяч детей-сирот, из которых 180 тысяч содержатся в интернатных учреждениях, – серьезное указание на то, что система СЗД нуждается в реорганизации и обновлении. Статус сирот или оставшихся без попечения родителей получают разные категории детей:

- дети, чьи родители умерли (среди них много детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями);
- дети, у которых либо оба, либо один из родителей жив, но лишены или ограничены в родительских правах, поскольку жестоко обращались с ребенком, причем в такой степени, что это создало в семье угрозу его жизни и здоровью. Такой ребенок признается «нуждающимся в государственной защите» и его дальнейшую жизненную траекторию определяет государство. Эти дети - социальные сироты.

Скрытое социальное сиротство — понятие, определяющее проблему большой группы детей, чьи права серьезно нарушаются, но статуса «нуждающихся в государственной защите» они не имеют. Чаще всего потому, что не обнаружены.

В связи с этим возникает вопрос: как мы должны рассматривать группу детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями? Является ли она еще одной отдельной целевой группой в профилактике социального сиротства?

Группа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, неоднородна и включает в себя детей, рожденных в семьях, ведущих асоциальный образ жизни. Их матери - потребители наркотиков - ведут образ жизни, не совместимый с регулярной заботой о ребенке. Другая группа детей рождается в социально-сохраненных семьях, где условий для ребенка больше, а мать в той или иной степени социализирована.

По отношению к риску отказа от ребенка семьи и в той, и в другой группе разделяются на те, которые преодолеют все препятствия и сохранят ребенка, и на те, которые откажутся от него сразу при рождении или позже. Уже в период беременности можно предположить, какая мать не будет заинтересована в ребенке. Диагностика неблагополучия подскажет прогноз: насколько глубоко нарушение привязанности и удастся ли решить социальные проблемы семьи, чтобы сохранить ее для ребенка.

Социально-психологический патронаж матери продолжится после родов - обычно требуется не менее года для достижения устойчивости семьи. Период патронирования в среднем длится около 3 лет. По российским данным, при работе с ранними отказами в 30% случаев удается сохранить ребенку кровную семью. Но и те матери из первой группы, принадлежащие к маргинальным слоям, которые не отказались от ребенка при рождении, но чьи социальные, медицинские и психологические проблемы остались без ответа, имеют высокий риск отказа от ребенка.

Социально-сохраненные матери реже оставляют своих детей при рождении. В целом более благополучные, они, тем не менее, требуют пристального внимания психологов для освоения со своим новым статусом ВИЧ-инфицированной или налаживания семейных отношений; нуждаются в организации круга родственной заботы для помощи в воспитании ребенка.

Таким образом, мы видим, что семьи детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, попадают в категорию неблагополучных семей с риском сиротства. И их положение нужно признать существенно осложненным за счет как самой ВИЧ-инфицированности, так и за счет стигматизации, дискриминации и произвольного отталкивания со стороны как социальных институтов и специалистов, так и простого населения и общества в целом. И, тем не менее, имеет ли смысл выделять семьи ВИЧ-инфицированных в отдельную целевую группу получателей услуг? Думается, что нет. Они являются специфической *категорией* в социальном обслуживании, также как категории семей мигрантов, бездомных. Но это не влияет на их законодательно определенный статус «семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении»

Современное состояние проблемы в России.

По неофициальным данным, в России сегодня насчитывается более 1 миллиона ВИЧ-инфицированных, из них 250 тысяч – женщины. Соответственно, увеличилось число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Эти дети чаще других попадают в число отказных и становятся социальными сиротами. В случае же воспитания в семье они, как правило, лишены социальной поддержки и специализированной медицинской помощи. И в том, и в другом случае эти дети лишены самой необходимой поддержки и обречены на горькую участь, оставаясь вне системы защиты детства.

Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, увеличивается значительными темпами. Если в 2002 г., по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, таких детей было 3500, то к концу 2003 г. их число уже насчитывает более 7500, т. е. рост составляет более 100% в год. На начало 2005 г. число таких детей достигло 11000. Такая тенденция, по мнению специалистов, сохранится еще довольно долгое время. Это связано с тем, что неуклонно увеличивается доля людей, получивших ВИЧ-инфекцию половым путем, среди них все чаще встречаются молодые женщины детородного возраста.

По данным отдельных регионов, в настоящее время число «отказных» детей по отношению ко всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, составляет до 15-18%. Следует отметить, что наряду с большим ростом абсолютного числа «отказных» детей, процент детей, оставленных сразу или вскоре после родов, за последнее время уменьшился. Это, по-видимому, объясняется тем, что в на-

чале эпидемии ВИЧ-инфицированные мамы были, как правило, из числа потребителей внутривенных наркотиков, работниц коммерческого секса, безработных и других групп риска. Социальное положение этих женщин, уровень образования, образ жизни являлись причиной оставления детей и отказа от родительских прав. Постепенно число вновь оставленных детей уменьшалось, т. к. среди ВИЧ-инфицированных женщин все больше стало появляться социально сохранных. Абсолютные цифры, однако, свидетельствуют о быстром росте и значительном превышении этой категории детей при рассмотрении причин отказа матери (семьи) от ребенка.

Следуя существующей сегодня в России медицинской практике, специалисты определяют серологический статус ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, не ранее чем по достижении им возраста полутора лет. На протяжении этого времени «отказной» ребенок пребывает в стационаре. Данный период является очень важным с точки зрения развития ребенка, потеря даже нескольких месяцев может вызвать необратимые изменения в его психике, становлении его личности и сказаться на всей его дальнейшей жизни. Однако ребенок, находящийся в лечебном учреждении общего профиля, практически не получает психологическую и педагогическую поддержку, поскольку в этих учреждениях осуществляется только общefизический медицинский уход. В результате пребывания в таком психосоциальном вакууме ребенок, вне зависимости от полученного позже ВИЧ-статуса, будет иметь задержку в развитии. Порой дети одновременно получают двойное клеймо – ВИЧ-инфицированного и умственно отсталого, попадая в двойную зависимость от диагноза и практически лишаясь всех шансов на благополучное будущее.

Кроме того, значительная часть детей, которые остаются жить в семье после рождения от ВИЧ-инфицированной матери, полностью лишены специализированной и часто даже регулярной медицинской, социальной или психологической помощи от государственных организаций. Из-за необоснованных опасений сотрудники патронажной службы часто отказываются посещать семью с ВИЧ-инфекцией. Встречаются случаи отказа таким детям в медицинской помощи, приема у врача детской поликлиники, проведения необходимых процедур, вакцинации и т. п. Большие трудности семьи испытывают с обеспечением специальным детским питанием в связи с необходимостью отказа от грудного вскармливания. В дополнение к этим трудностям семьи постоянно сталкиваются с оскорбительным и унижительным отношением со стороны медицинского персонала, что является дополнительным фактором отказа от регулярной медицинской помощи. Трудности ухода за такими детьми в семье, отягощенной ВИЧ, отсутствие информации по развитию ребенка, отчуждение ребенка и семьи вследствие стигматизации ведут к росту числа случаев более позднего отказа от детей и передачи их на государственное содержание.

Риск отказа от ребенка в период до определения его ВИЧ статуса.

В соответствии с законодательством РФ (ФЗ № 120 и № 122) такие семьи должны получать комплексные профилактические услуги в форме социального патронажа, кризисной психологической помощи и др. «Отказные» дети, оставленные семьями, признаются нуждающимися в государственной защите и помещаются в стационарные условия, откуда начинается их путь по интернатным учреждениям. Медицинский статус детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, признается настолько серьезным, что их приравнивают к инвалидам детства.

Существуют две «точки отказа» от ребенка (см. схему 1). В случае, если семья/мать идут на временный или окончательный отказ от ребенка, он попадает/остается в больнице и, чаще всего, находится там до определения ВИЧ-статуса. После этого он переводится в дом ребенка. В этот период особенно важна психолого-педагогическая помощь ребенку, корректирующая неизбежное отставание в развитии. Технологии такой помощи носят название раннего вмешательства и включают раннюю диагностику нарушений развития и реабилитацию, организованную как командная работа трех специалистов: педиатра (физического терапевта), психолога и педагога раннего возраста.

В случае временного отказа от ребенка сохраняется возможность возврата его в кровную семью. Профилактика ранних отказов строится на создании условий для общения матери и ребенка в доме ребенка или больнице, на психологической работе по укреплению привязанности, на решении социальных проблем матери.

Хорошим примером решения проблемы отказа является опыт больницы № 30 г. Санкт-Петербурга, где организована палата «Мать и дитя». В период совместного пребывания матери (с риском отказа) и ее ребенка удается наладить общение между ними и организовать жизнь матери, сформировать у нее навыки ухода за младенцем и психологически поддержать ее.

Для «отказных» детей-сирот возможен поиск замещающей семьи. Это могут быть родственники, которые возьмут ребенка под опеку, приемные или патронатные семьи. Чем раньше ребенок начнет жить в семье, тем лучше для него. Однако важно понимать, что трудности социализации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, связаны с нашим отношением к этим детям в большей степени, чем с самими детьми.

Становление системы поддержки и развития «отказных» детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в первые месяцы жизни и до получения ими ВИЧ-статуса (около 18 месяцев) с необходимостью требует обсуждения и выработки рекомендаций по ее развитию. В некоторых регионах (Санкт-Петербург, Самара, Иркутск, Челябинск и др.) предпринимаются шаги к решению проблем, вставших перед местным сообществом. Чаще всего органы медицинского обслуживания населения идут по пути создания специализированных институтов по обслуживанию ВИЧ-инфицированных детей. Так, в Иркутске было создано специальное отделение при детской инфекционной больнице («Аистенок») для детей целевой группы, где им обеспечивается специализированный уход. Создание специализированной помощи должно всячески приветствоваться. Однако уже предварительные исследования показывают, что специализированные учреждения используются не для оказания помощи при наличии заболевания, но для постоянного содержания детей в этих учреждениях. Лечебно-профилактические учреждения никак не приспособлены для постоянного содержания в них детей, они не предоставляют никаких возможностей для физического и психического развития ребенка. Содержание детей в таких учреждениях ведет к нарушению нормального развития ребенка, изоляции детей от общества, т. е. прямо противоположно задаче интеграции детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в нормальную систему образования и развития ребенка.

Таким образом, мы видим, что дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, и их семьи входят в состав двух основных целевых групп профилактики социального сиротства и на них могут и должны распространяться все те подходы и технологии, которые улучшают положение детей этих групп. Поэтому оба направления развития ситуации – как «отказных» детей, так и детей, оставшихся в семье, где наличествует ВИЧ-инфекция, – требуют вмешательства, хотя и разного уровня. Если в отношении «отказных» детей, сразу оставшихся на попечение государства (а именно органов здравоохранения), происходит осознание проблемы и в отдельных регионах предпринимаются некоторые шаги для ее разрешения, то в отношении детей, живущих в семьях целевой группы, нет ни попыток оказания поддержки, ни даже осознания существующей проблемы – увеличения числа детей-сирот вследствие более поздних отказов.

Система профилактических услуг семьям группы риска по сиротству и детям, проживающим в стационарных условиях.

В связи с этим, необходимо развитие системы профилактических услуг семьям группы риска по сиротству и детям, проживающим в стационарных условиях. В случае, когда ведется работа с людьми, живущими с ВИЧ-статусом (ЛЖВС), возможно начинать работу по профилактике сиротства, обучая методам планирования семьи (см. схему 1). На этапе беременности и родов социальный патронаж включает в себя комплекс социальных услуг: выправление документов, продуктовую помощь, решение жилищных проблем, психологическое консультирование, направленное на принятие своего ВИЧ-статуса, укрепление привязанности к ребенку, лечение депрессии, организация регулярного лечения, формирование круга поддержки для будущей матери. В послеродовом периоде социальный патронаж включает в себя: помощь в уходе за ребенком, организацию лечения матери и ребенка, решение социальных проблем, психологическую работу по формированию привязанности. Продолжается создание круга заботы для семьи ребенка. Наиболее важной частью работы с беременной и родившей из социально сохранной категории ВИЧ-инфицированных женщин является психологическая помощь в адаптации к ВИЧ-статусу, принятие себя и ребенка, поиск новой жизненной перспективы.

В системе профилактических услуг семьям группы риска по сиротству и детям, проживающим в стационарных условиях, выделяются несколько проблем, требующих особого внимания специалистов. К ним мы относим следующие:

1. Группа не включена в полной мере в систему социальной защиты. Принятые в социальной работе алгоритмы построения работы по профилактике социального сиротства не используются в отношении детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Безусловно, они требуют адаптации к особенностям данной группы, но эта работа не ведется.
2. Отсутствует комплексный межведомственный подход к работе по профилактике социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Не созданы внутриведомственные (для департаментов и управлений образования, здравоохранения и социальной защиты населения) рекомендации по ведению такой работы с детьми, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.
3. Постоянно делаются попытки сегрегации этой группы детей и изоляции их от социума. Все это может привести только в тупик — есть опасность создать резервации для детей данной группы.
4. Не выстроены планы интеграции детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в социум, не отработаны вопросы перевода детей из больниц в детские интернатные учреждения.
5. Законодательно не закреплены условия помещения детей данной группы в замещающую заботу, которые сделали бы возможным большему числу граждан брать таких детей в семьи.

Необходимо отметить, что эти шаги предпринимаются в регионах органами медицинского обслужи-

живания населения и местными властями как реактивный ответ на резкое обострение ситуации и в отсутствие опыта, нормативного регулирования и рекомендаций по развитию системы. На сегодняшний день нет системы обучения и подготовки персонала, не проводится широкая разъяснительная работа ни с персоналом, ни с населением для полноценного понимания проблемы и борьбы с необоснованными страхами, ведущими к жестокой стигматизации семей с ВИЧ-инфекцией.

Кроме того, в решении данной проблемы задействованы на сегодняшний момент, как правило, только медицинские работники и областные управления здравоохранения. Представляется необходимым подключение к решению вопроса как минимум специалистов образования и социальной защиты, а также привлечение опыта общественных организаций, работающих с проблемами ВИЧ/СПИДа. Должен быть проведен анализ необходимости создания специализированных институтов или, напротив, использования имеющихся при расширении их специализации и квалификации. Рекомендации, выработанные на основе анализа, должны включать как специфическую информацию, справедливую для отдельных наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией регионов, так и неспецифические компоненты, справедливые для разных аспектов ВИЧ-проблематики и территорий, с тем, чтобы они могли быть применимы для использования в различных регионах Российской Федерации. Для проведения такого анализа может быть привлечен опыт как российских, так и зарубежных организаций, работающих в России по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Пути создания системы профилактики сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Система профилактики сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, должна отвечать цели общественного и законодательного признания существования этой группы детей с присутствующими им правами на здравоохранение, образование, полноценное развитие и социализацию наравне со всеми другими детьми в обществе. Задачами работы по развитию системы профилактики социального сиротства должны быть не только обязательное обеспечение детей целевой группы регулярной медицинской помощью, социальными услугами и образованием, предусмотренными законодательно для всех детей, но и создание дополнительной системы услуг как для группы детей с особыми нуждами. Их необходимо интегрировать в существующую систему государственной помощи и транслировать для них весь имеющийся арсенал средств социальной защиты детства.

Пути разрешения проблем нормального развития ребенка, родившегося от ВИЧ-инфицированных родителей и живущего в семье, требуют, с одной стороны, выстраивания системы услуг – медицинских, социальных, психологических, которые послужат родителям надежной поддержкой в воспитании ребенка. С другой стороны, необходимо постоянное общественное воздействие на работников государственных учреждений и организаций, обеспечивающих уход за детьми группы риска, как в целях снижения стигматизации, дискриминации, так и для обучения, повышения профессиональной квалификации этих специалистов.

Работа по формированию и развитию системы профилактики сиротства детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, должна прежде всего опираться на понимание и осознание основными ведомствами проблемы, стоящей перед обществом, и преследовать задачу интеграции усилий органов здравоохранения, соцзащиты и образования по созданию такой системы.

Необходимо также провести анализ инициатив местных муниципальных организаций – анализ деятельности, проводящейся в настоящее время в регионах, ее количественное и качественное соответствие потребностям общества и задачам улучшения качества жизни детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Анализ должен, кроме того, включать оценку потребности специалистов и организаций в приобретении и повышении профессиональных навыков и знаний для наиболее эффективной работы по ПС детей целевой группы. Такой анализ может быть поручен организации, профессионально занимающейся социальными и психологическими обследованиями групп населения по выявлению текущего положения дел и проведению оценки нужд территорий.

Важным компонентом работы должны стать разработка и проведение обучающих программ для различных групп специалистов, направленных на повышение их профессионального уровня, внедрение современных методов работы как с отказными детьми, находящимися на государственном обеспечении, так и с семьями группы риска (интеграция детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в имеющуюся систему защиты детства, использование современных методов реабилитационной психолого-педагогической помощи детям с особыми нуждами; трансляция имеющегося опыта работы с детьми-инвалидами и методик раннего вмешательства; организация и оказание кризисной психологической помощи детям и семьям).

Еще одним направлением работы является профилактическая работа с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами. Самой главной проблемой здесь является доступ к целевой группе. Практика показывает, что, зная о своем заболевании и беременности, ВИЧ-инфицированные женщины всячески

избегают контактов с официальной медициной, в первую очередь, вследствие унижения, которое им приходится переживать при обращении за помощью. Медицинские работники – акушерско-гинекологическая и педиатрическая службы – оказались не готовы к работе с такой категорией женщин. Безусловно, информированность медиков по вопросам ВИЧ/СПИДа достаточно высока, но и уровень стигматизации и дискриминации именно в этой среде также наиболее высок. Советы медиков сводятся преимущественно к прерыванию беременности, в то время как для ВИЧ-инфицированных женщин часто это бывает недоступным или не отвечает их желанию иметь ребенка. Информация, полученная от медицинских работников, а также от педагогов, психологов, зачастую носит столь негативный характер, что женщины предпочитают избегать проблемы, ничего не предпринимая во время беременности, и оставляют ребенка в родильном доме. Эта ситуация также способствует тому, что ВИЧ-инфицированные беременные женщины часто обращаются в женские консультации на поздних сроках беременности или непосредственно перед родами, что не может не отразиться на здоровье будущего ребенка. Проведение в связи с этим просветительских, обучающих и тренинговых программ для специалистов здравоохранения, работающих с указанной целевой группой, представляется необходимым условием дальнейшего развития системы помощи ЛЖВС. Поддержка этих групп и другой деятельности, обычно ведущейся общественными организациями, должна стать неотъемлемой частью всех планирующихся и проводимых комплексных программ.

Программа АРО «Помощь детям-сиротам в России» и профилактика сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

В декабре 2003 г. Программа АРО «Помощь детям-сиротам в России» начала комплексный трехлетний проект по развитию социальных услуг на местном уровне, направленных на предотвращение социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Предусмотрено финансирование ряда пилотных проектов, которые будут развивать услуги для беременных ВИЧ-инфицированных женщин, членов их семей, детей с положительным ВИЧ-статусом и специалистов по уходу за ними. Проект предполагает проведение обучающих программ для социальных работников и медицинского персонала детских больниц, домов ребенка, детских домов. Обучение направлено на разработку и внедрение системы ухода и патронажных услуг, способствующих сохранению семьи. Программа АРО также предоставляет поддержку муниципальным социальным службам и специалистам по образованию, важная роль которых заключается в интеграции детей с ВИЧ-положительным статусом в общество. В ходе реализации программы, направленной на предотвращение социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, будут созданы модели профилактики социального сиротства для этой группы детей, которые будут включать :

- создание комплексной программы профилактики сиротства детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, с участием областных департаментов здравоохранения, образования и социальной защиты;
- содействие созданию устойчивого партнерства между местными НКО и государственными учреждениями;
- создание системы услуг, в частности, по технологии раннего вмешательства, на базе дома ребенка, ее адаптация и трансляция для детей с положительным ВИЧ-статусом;
- разработка методических материалов по вопросам профилактики вертикальной передачи, планирования семьи и ухода за детьми в ВИЧ-инфицированных семьях и распространение этих материалов в медицинских организациях, НКО, работающих по профилактике ВИЧ/СПИДа, группах ЛЖВС;
- проведение общественной информационной кампании и подготовка общественного мнения в целях профилактики сиротства детей с положительным ВИЧ-статусом.

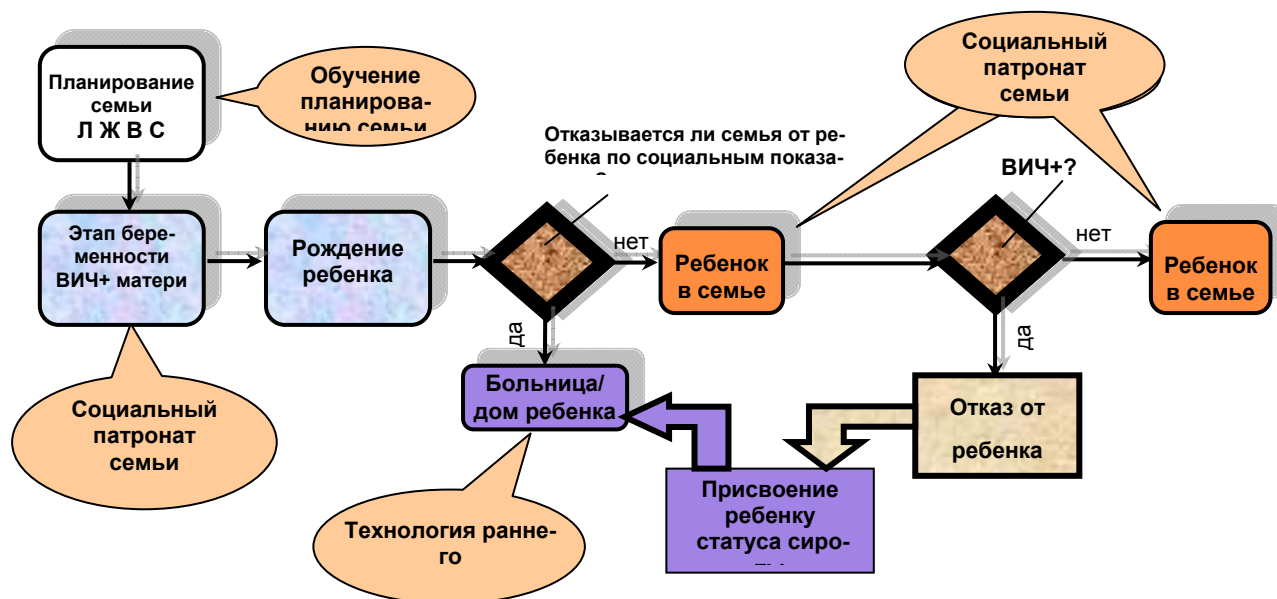
Программа АРО проводит анализ инициатив местных муниципальных организаций в регионах, оценивает ее количественное и качественное соответствие их потребностям и задачам улучшения качества жизни детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Анализ, кроме того, включает оценку потребности специалистов и организаций в приобретении и повышении профессиональных навыков и знаний для наиболее эффективной работы по профилактике сиротства детей целевой группы.

В июле 2005 г. Программа АРО объявила межрегиональный конкурс проектов, направленных на помощь детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями и провела конференцию по профилактике сиротства среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Выводы. Официальные государственные организации на сегодняшний день не признали еще существования категории детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в социальном обслуживании и необходимости вести целенаправленную работу с ними. Отсутствует не только комплексный межведомственный подход к работе по профилактике сиротства детей с ВИЧ-статусом или перинатальным контактом, но и внутриведомственные рекомендации по такой работе (системы социальной защиты, здравоохранения, образования). Не налажена система помощи, консультаций или услуг домашним детям целевой группы и семьям с ВИЧ-инфекцией вследствие чего опасность возрастания со-

циального сиротства постоянно увеличивается. Нет программы государственного обеспечения отказных детей целевой группы, в результате чего эти дети лишены возможности нормально развиваться физически и психически, лишены возможности социализации и образования. Принятые в социальной работе алгоритмы построения работы по профилактике социального сиротства не используются в отношении детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

СХЕМА 1. ЖИЗНЕННАЯ ТРАЕКТОРИЯ РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ



© М.Дубровская, 2003

Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения Программа АРО

О. С. Тельнова МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Республиканская детская клиническая инфекционная больница (Санкт-Петербург)

На фоне эпидемии ВИЧ-инфекции увеличивается количество ВИЧ-инфицированных женщин и вместе с ними ВИЧ-инфицированных детей, риск оказаться сиротой у которых достаточно высок. После окончательного определения ВИЧ-положительного статуса и определения постоянной терапии ребенок поступает в стационар для длительного лечения. Как известно, длительное нахождение ребенка в стационаре приводит к тому, что дети не получают социально-педагогической и психологической помощи. Причина этого достаточно проста: у персонала лечебных учреждений нет достаточного опыта работы с такими детьми и эта деятельность не регламентирована функциональными обязанностями.

В двух отделениях Российской клинической инфекционной больницы (РКИБ) находятся 35 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 6 мес. до 7 лет. Они являются сиротами, живут в больнице в течение нескольких лет и все это время им проводится интенсивная антиретровирусная и иммуномодулирующая терапия. Режим дня детей подчинен больничному распорядку и проводимой терапии.

С января 2005 г. при финансовой поддержке Программы АРО «Помощь детям сиротам в России» и Научно-социального фонда «Будущее без СПИДа» в РКИБ начались проекты: «Создание на баз РКИБ МЗ РФ модели для индивидуального всестороннего развития детей-сирот с ВИЧ-инфекцией, находящихся на длительном лечении в стационаре» и «Защита прав детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и оставшихся без попечения родителей (вопросы оказания медико-социальной помощи)».

В рамках проектов проходит обучение персонала двух отделений РКИБ, в которых проживают больные дети, оставшиеся без родительской опеки, с акцентом на командные формы работы и проводится

анализ работы и реорганизации отделений. Впервые в больничных условиях сделана попытка использования семейных форм воспитания детей, находящихся на интенсивной терапии и длительно живущих в стационаре. Разрабатываются структурные изменения отделений РКИБ, в которых живут больные дети-сироты, и программа по обучению персонала ступенчатым методом для работы с применением новых подходов. Для каждого ребенка будет организовано общение со значимым взрослым. 25 старших детей получают опыт социализации в социальной квартире и «семье выходного дня». Проведено исследование условий жизнеобеспечения отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами в Северо-Западном регионе России и мероприятия по изменению положения таких детей.

По проекту запланировано создание развивающей среды для детей-сирот проживающих в условиях стационара. Как известно, в раннем и дошкольном детстве предметная, игровая, изобразительная, конструктивная и трудовая деятельность лежит в основе возникновения всех психологических новообразований и становления личности ребенка в целом. Если в раннем детстве ребенок не получает должного внимания со стороны взрослого, то у него возникают проблемы при формировании различных видов деятельности, которые призваны стать опорой для психического развития в определенном возрастном периоде. В каждом таком периоде формируются не только те качества и свойства психики, что определяют общий характер поведения ребенка, его отношение к окружающему миру, но и другие, которые представляют собой «заделы» на будущее и выражаются в психологических новообразованиях, появляющихся к концу данного возрастного периода. Развивающая среда, окружающая ребенка, должна быть максимально приближена к домашней для создания положительного эмоционального фона и ощущения безопасности жизнедеятельности. А взаимоотношения между взрослым и ребенком были бы приближены к семейным формам воспитания.

Составляется программа развития, которую осуществляют воспитатель и медсестра (одна часть для ребенка, вторая - для взрослого). 2-3 раза в неделю ребенок и взрослый должны посещать общие занятия, где учатся: сотрудничеству, совместной деятельности между взрослым и ребенком, подражанию, умению работать по инструкции.

Специально обученные дефектолог, психолог и воспитатель дополняют друг друга в работе по развитию ребенка и выполняют свои специфические задачи. Дефектолог оказывает коррекционную помощь и поддержку ребенку и персоналу. Психолог осуществляет контроль и коррекцию поведения взрослых и детей. Воспитатель выполняет основные функции по жизнеобеспечению и развитию ребенка: удовлетворяет потребность ребенка в кислороде во время переворачивания, поднимания, осуществления манипуляций с телом ребенка; способствует раздражению различных анализаторов и обеспечивает развитие сенсомоторной сферы ребенка, в том числе в сосании, кормлении (которое должно проходить достаточно длительно - 20 мин. и обязательно на руках у взрослого).

На сегодняшний день в РКИБ накоплен определенный опыт антиретровирусной терапии для детей с ВИЧ-инфекцией. При этом социально-психологические проблемы детей с ВИЧ-инфекцией, оставшихся без попечения родителей и живущих в условиях стационара, по-прежнему не решены. Медицинский персонал достиг хороших результатов в медицинском сопровождении детей: увеличилась продолжительность их жизни, снижается риск прогрессирования болезни. Но при этом условия, в которых живут сейчас дети, значительно отличаются от условий проживания не только в семье, но и в интернатных учреждениях. Жизнь детей подчинена распорядку дня больницы и режиму терапии.

Целями проекта по индивидуальному развитию детей поэтому стали:

- Обеспечение индивидуального подхода для интегрального психосоциального развития каждого ребенка, проходящего длительное лечение в стационаре.
- Улучшение качества жизни детей, находящихся на длительном лечении в стационаре, путем создания условий, приближенных к семейным формам воспитания.

Задачи проекта:

- Обеспечение оптимальных условий индивидуального развития детей, контроль процесса развития.
- Обучение персонала и организация работы больничного учреждения по использованию семейных форм воспитания детей и работы в новых условиях. Образовательный компонент реорганизации работы отделений основан на подходах служб ранней помощи.
- Реорганизация отделений, в которых проходят лечение ВИЧ-инфицированные дети-сироты.
- Проведение структурных изменений в работе отделений для ВИЧ-инфицированных детей.
- Разработка карты индивидуального развития ребенка.
- Создание единой команды из сотрудников.
- Организация работы социальной квартиры и подбор «семей выходного дня».

В целевые группы проекта вошли: персонал отделений, где находятся на лечении ВИЧ-инфицированные дети, оставшиеся без попечения родителей, и администрация больницы (всего 58 человек). Среди них – врачи, медицинские сестры, воспитатели, младший медицинский персонал, специалисты – педагоги. По специально разработанным программам эти специалисты пройдут обучение.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ НАТАЛЬИ АЛЕКСАНДРОВНЫ МЕНЧИНСКОЙ

Е. Д. Божович

Н. А. МЕНЧИНСКАЯ – СОЗДАТЕЛЬ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ «ПСИХОЛОГИЯ УЧЕНИЯ»
Психологический институт РАО (Москва).

Н. А. Менчинская родилась 15 января 1905 г. в Ялте, в семье врача. Она принадлежала к тому поколению ученых, которые стояли у истоков отечественной педагогической психологии. Нет нужды описывать здесь ее творческий путь, он неоднократно описан. Напомним лишь, что, начав этот путь под руководством Л. С. Выготского, она смогла развить ряд его идей, относившихся к процессам обучения. В дальнейшем лаборатория психологии обучения и умственного развития школьника Института общей и педагогической психологии АПН СССР (ныне лаборатория учения ПИ РАО), которой Наталья Александровна руководила более 40 лет, разрабатывала теоретические основы своих исследований под влиянием двух научных школ Л. С. Выготского и С. Л. Рубинштейна.

Одну из своих основных задач Н. А. Менчинская видела в том, чтобы «раздвинуть границы содержания понятия «теория учения» и создать теорию учения развивающейся личности». На протяжении 50-80-х годов Н. А. Менчинской и ее лабораторией такая психолого-педагогическая концепция была разработана и серьезно повлияла на систему образования в нашей стране, несмотря на то что традиционное обучение длительное время считалось незыблемым.

Круг учебных предметов, на материале которых велись исследования лаборатории, достаточно широк. На протяжении 40-х-80-х годов он включал арифметику, письмо, чтение, родной и иностранный языки, географию, историю, биологию, физику. Позднее из этого списка выпали предметы начального обучения, т. к. лаборатория сосредоточилась на проблемах обучения детей в среднем и старшем звеньях школы.

На каждом этапе работы лаборатории исследовалась та или иная общая проблема на разном материале и разном контингенте испытуемых. Основные «проблемные» вехи пути, пройденного научным коллективом, таковы:

- процесс усвоения понятий (конец 40-х-середина 50-х годов XX в.);
- особенности овладения детьми мыслительными операциями, обеспечивающими усвоение знаний (50-70-е годы);
- применение знаний как особый этап их усвоения школьниками (50-е-середина 60-х годов);
- индивидуальные различия школьников, способствующие и препятствующие успешности учения и в этой связи - проблема психологических причин неуспеваемости (60-70-е годы);
- психологические предпосылки активизации учебной деятельности школьников и в связи с этим разработка психологических основ проблемного обучения (60-е-конец 70-х годов);
- обучаемость как особое свойство школьника - субъекта учения (конец 60-х-середина 80-х годов);
- психологические проблемы формирования научного мировоззрения у школьников (60-е-конец 70-х годов).

Собственные экспериментальные исследования Наталья Александровна вела на материале арифметики и в 1952 г. защитила докторскую диссертацию на тему: «Психология обучения арифметике», а в 1955 г. вышла ее фундаментальная монография под тем же названием. Особо отметим, что Наталья Александровна была мастером не только эксперимента, но и наблюдения. Именно она сохранила в нашей науке особый тип наблюдения и способ его фиксации - «монографический» (иначе - «дневниковый») метод исследования психического развития ребенка.

В 60-е годы к ней пришла мировая известность: ее труды были переведены на многие языки мира, она представляла нашу детскую и педагогическую психологию на многих конгрессах, стала членом административного Совета ЮНЕСКО Института по просвещению в Гамбурге. Идеи Н. А. Менчинской и сейчас не потеряли актуальность; в намеченных ею направлениях работают многие научные коллективы в нашей стране и некоторые ученые за рубежом.

В апреле 2005 г. лаборатория психологии учения провела юбилейную конференцию, посвященную творчеству Н. А. Менчинской и приуроченную к 100-летию со дня ее рождения. Конференция проходила в Психологическом институте РАО, с которым была связана вся научная жизнь Натальи Александровны.

В общем виде тематика конференции такова:

- значение научного наследия Н. А. Менчинской для развития педагогической психологии и повы-

шения эффективности обучения в школе и вузе;

- воспитывающее обучение – обучающее воспитание: мировоззренческие и аффективно-волевые аспекты развития школьника;
- дифференциация обучения: принципы и методы;
- психолого-педагогические проблемы обучаемости и развития мышления учащихся;
- развитие школьника как субъекта учения: проблемы и подходы в русле идей Н. А. Менчинской;
- проблематика психологической готовности к обучению в высшей школе.

В настоящее время лаборатория психологии учения продолжает исследования в русле идеи Н.А. Менчинской. Коррективы, которые вносит в проблематику исследований время, не меняют, но позволяют развивать общую концептуальную схему этих идей. Основные проблемы, на которых сосредоточился научный коллектив, объединяются в три крупных блока:

- психолого-педагогические критерии эффективности обучения;
- соотношение критериев умственной деятельности и способов учебной работы школьников;
- развитие школьника как субъекта учения.

Только за последнее десятилетие лаборатория разработала систему новых контрольно-диагностических и диагностико-коррекционных методов исследования, принципиально переносимых в школьную практику.

Основные труды Н. А. Менчинской

Менчинская Н.А. Вопросы развития мышления в дневниках русских авторов // Ученые записки Института психологии. 1941. Вып. 2. С. 261-297.

Менчинская Н.А. Дневник о развитии ребенка. - М.-Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1948.

Менчинская Н.А. Психология обучения арифметике. - М.: Учпедгиз, 1955.

Менчинская Н.А. Психология усвоения знаний в школе. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956 (в соавторстве с Д. Н. Богоявленским).

Менчинская Н.А. Проблемы учения и развития // Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии / Под ред. Давыдова – М.: Педагогика, 1978. С. 254 – 268.

Менчинская Н.А. Проблемы учения и умственного развития школьника. Избранные психологические труды. Ред.-составитель и автор вступительной статьи И. С. Якиманская. - М.: Педагогика, 1989.

Менчинская Н.А. Психическое развитие ребенка от рождения до 10 лет.- М., ИПП, 1996

Менчинская Н.А. Проблема обучения, воспитания и психического развития ребенка. / Ред.-составитель и автор вступительной статьи Е. Д. Божович. - М.- Воронеж: Изд-во МПСИ, НПО «МОДЭК», 1998.

Коллективные монографии под ред. Н. А. Менчинской

Психология применения знаний к решению учебных задач / Отв. ред. Н. А. Менчинская. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1958.

Психологические проблемы формирования научного мировоззрения школьников / Под ред. Н. А. Менчинской. - М.: Просвещение, 1968.

Психологические проблемы неуспеваемости школьников / Под ред. Н. А. Менчинской. - М.: Педагогика, 1971.

Литература о личности и творчестве Н. А. Менчинской

Якиманская И. С. О творческом пути Н. А. Менчинской: Вступительная статья / Н. А. Менчинская. Проблемы учения и умственного развития школьника. – М.: Педагогика, 1989. С. 7 – 30.

Якиманская И. С. Проблемы обучения и развития в трудах Н.А. Менчинской. (К 90-летию Н.А. Менчинской). // Вопросы психологии. 1995, № 3. С. 79-90.

Божович Е. Д. Наталья Александровна Менчинская: жизнь, характер, поиск. // Вступительная статья к книге: Н. А. Менчинская. Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка. – М. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. стр. 7-24.

Менчинская Н. Ю. Аргонавты XX в.: Воспоминания, документальные свидетельства, портреты героев. – М.: Критерион, 2003.

Божович Е. Д. Развитие идей Н. А. Менчинской на современном этапе исследования психологии учения // Вопросы психологии, 2004 № 2. С. 70–80.

Вайзер Г. А., Юдина О. Н. Практические аспекты теории развивающейся личности // Московская психологическая школа: История и современность / Под общ. ред. В. В. Рубцова – М.: ПИ РАО, 2004. С. 46–59.

Научное наследие Н. А. Менчинской и современная психология учения. Материалы конференции, посвященной 100-летию со дня рождения / Под ред. Е. Д. Божович. – М.: ПЕРСЭ, 2005.

Человек с солнечной стороны: Книга о Н. А. Менчинской. Автор-составитель Н. Ю. Менчинская. – М.: Критерион, 2005.

К 100-летию со дня рождения Н. А. Менчинской: Интервью В. И. Артамонова с дочерью – Н. Ю. Менчинской // Психологический журнал, 2005. Т. 26 №1. С. 104-112.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕУСПЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ⁹

Исследования, относящиеся к младшему и среднему школьному возрасту, подтвердили положение, неоднократно выдвигавшееся ранее, согласно которому важным свойством личности, влияющим на успеваемость школьника, является его обучаемость, или способность к усвоению знаний.

При характеристике этого свойства в соответствии с полученными нами данными раскрылось особенно отчетливо следующее: есть одно условие, при котором любой вид психической деятельности представляет для школьника с пониженной обучаемостью большую трудность, — это необходимость проявлять активность личности. Так, если нужно не просто видеть предмет (или его изображение), но активно его рассматривать, выделяя определенные детали в соответствии с поставленной задачей, то для ребенка данной группы это сделать трудно. Если требуется не просто механически, без всякого усилия, запечатлеть тот или иной материал, а применить специальные приемы более эффективного запоминания (например, смысловую группировку), то это последнее оказывается трудновыполнимым. Или если нужно решить какую-либо задачу и для этого надо самостоятельно выбрать, а затем выполнить ту или иную умственную операцию (анализ, синтез, обобщение, отвлечение и др.), то опять-таки именно этот вид деятельности, требующий активности личности, особенно затрудняет ученика с пониженной обучаемостью. Поэтому, например, получив задание описать то, что он видит на картинке, школьник называет только те признаки, какие ему сразу «бросились в глаза». Там, где нужно запомнить, он прибегает только к непосредственному механическому запечатлению и воспроизводит материал в том виде, как он у него сохранился в памяти, не внося в него никаких изменений и не делая усилий что-то припомнить. При решении задачи проблемного типа он делает почти то же самое, т. е. воспроизводит без всяких изменений те привычные способы, какие у него сохранились в памяти. В результате процесс решения оказывается крайне непродуктивным, неэкономным.

Ученик с пониженной обучаемостью (если не принято каких-либо эффективных педагогических мер) все более и более отстает от своих товарищей по классу, поскольку старается избежать активной учебной деятельности, не упражняя и не развивая тех психических функций, какие непрерывно упражняются и развиваются у других учеников при самостоятельной работе на уроке и дома.

Но имеют ли эти ученики возможности для развития таких психических функций, как память и внимание?

В исследованиях выяснилось, что у детей с пониженной обучаемостью нет патологических изменений в памяти.

Однако они дают худшие результаты по сравнению с другими детьми того же самого класса в тех случаях, когда нужно использовать логическую, опосредованную память, тесно связанную с процессами мышления. Так, например, дети среднего школьного возраста дают хорошие показатели при запоминании чисел, доступного им по содержанию текста, близкого к их жизненному опыту, однако при запоминании текстов, требующих более сложной мыслительной работы, а именно доказательства теоремы, они резко снижают свои результаты. Ошибки, допущенные ими при воспроизведении доказательств теоремы, свидетельствуют о том, что они недоучитывают главное — упущенные ими звенья доказательства делают его вообще невозможным...

Таким образом, недостатки памяти, которые мы наблюдаем у детей с пониженной обучаемостью, неразрывно связаны с недостатками в развитии их мышления.

Дети, испытывающие трудности в учении, обычно производят впечатление таких, которые не способны концентрировать свое внимание. И действительно, на уроке они часто отвлекаются посторонними раздражителями, вопросы учителя застают их врасплох и т. п. Однако, когда им предложили выполнить корректурную методику, не ограничивая их при этом во времени, то дети с пониженной обучаемостью дали результаты несколько не хуже тех, которые были получены от их товарищей по классу. Следовательно, при соответствующих условиях они могут концентрировать свое внимание. Однако для этого им требуется значительно больше усилий, а следовательно, и больше времени. Опыты показали, что в условиях ограниченного времени они допускают больше ошибок по сравнению с их товарищами по классу, у которых сформирована привычка концентрировать свое внимание при работе над учебным заданием. Таким образом, внимание является вторичным явлением, его нельзя считать первопричиной возникновения трудности в учении, оно само обусловлено тем, что ученик в силу особенностей своего мышления не вовлечен в активную учебную работу, ему трудно участвовать в ней. (Мы не имеем здесь в виду единичных случаев патологического нарушения внимания.)

⁹Послесловие к книге «Психологические проблемы неуспеваемости школьников». М., 1971, удостоенной в 1972 г. премии им. К. Д. Ушинского. Печатается по: Н. А. Менчинская. Проблемы учения и умственного развития школьника. М., 1989. С. 182-191.

Необходимо было подвергнуть углубленному анализу особенности мышления детей с пониженной обучаемостью, изучить, как выполняются ими различные логические операции.

В исследовании, проведенном в начальных классах, было установлено несоответствие между уровнем развития интуитивно-практического и словесно-логического мышления — уровень развития первого оказался значительно выше, чем уровень развития второго.

Эта особенность мышления проявляется достаточно широко и характерна также для учащихся среднего школьного возраста. Так, в условиях, когда требуется «открыть» физическую закономерность, например определить признаки равновесия рычага, дать формулировку искомой закономерности и показать действие ее на реальной модели рычага, детям с пониженной обучаемостью значительно легче выполнить решение в практическом плане (создавая равновесие или нарушая его), чем выразить в словах обнаруженную закономерность.

Аналогичная ситуация создавалась в условиях опытов при изучении грамматического и геометрического материала, когда необходимо было действовать по определенному правилу (или принципу) и формулировать его. И в этом случае словесно-логическая сторона деятельности отставала от интуитивно-практической.

Но из этих фактов не следует делать вывод о том, что необходимо каждый раз ставить ученика с пониженной обучаемостью в практическую ситуацию, каждый раз использовать средства наглядности.

Исследования показали, что при определенных условиях наглядность не только не облегчает работу учащихся, но может даже служить тормозом для успешного выполнения задания. И это особенно отчетливо проявляется у детей с пониженной обучаемостью. Так, для них труднее выполнить дедуктивное умозаключение, если содержание посылок вызывает живую, эмоциональную реакцию. Из проведенных ранее исследований [Психология решения учащимися производственно-технических задач, 1965] нам известно, что при применении знаний, когда требуется, например, выделить уже знакомую закономерность, наличие в условиях задачи реальных предметов (или замещающих их представлений) осложняет ее решение, и это происходит потому, что реальные предметы (или представления) вызывают у школьника различные ассоциации, отвлекая от поставленной перед ним задачи.

Несоответствие между уровнем развития интуитивно-практического и словесно-логического мышления может иметь и другой характер (хотя такие случаи встречаются реже): верная формулировка закономерности не сопровождается правильным практическим решением. Здесь имеет место формальное усвоение «теории», при котором не обеспечивается ее влияние на учебную «практику».

Характерная особенность многих детей с пониженной обучаемостью состоит в том, что они мыслят либо в отвлеченном, либо в конкретном плане, но осуществлять переход из одного плана в другой (конкретизировать абстрактное положение или абстрагироваться от конкретного) для них представляет большую трудность.

Когда учащимся с пониженной обучаемостью давалось задание - найти и сформулировать закономерность (правило), то в их формулировках сказывался или один, или другой недостаток мыслительной деятельности, а именно: замеченная закономерность выражалась или в крайне общих, недифференцированных терминах, или, наоборот, выделялись какие-то конкретные детали и при этом упускалось самое существенное.

Недостатки мышления и памяти очень тесно связаны с более общими особенностями стиля умственной работы учеников. При выполнении заданий, требующих последовательного осуществления ряда операций, ученики с пониженной обучаемостью действовали, нарушая инструкцию, хотя (как это специально выяснялось) они ее понимали и сохраняли в памяти на протяжении всего опыта. Получив мнемическую задачу (запомнить текст и возможно более точно его воспроизвести), эти дети в процессе воспроизведения допускали много замен имеющихся в тексте слов их синонимами, что почти не наблюдалось при решении этой задачи у других учеников.

Эта же особенность неизменно проявлялась при решении задач проблемного типа, когда происходила прямая подмена задач и ученики отвечали не на тот вопрос, который был перед ними поставлен, а на тот, ответ на который можно было легче всего репродуцировать или воспроизвести из имеющегося у них запаса знаний.

Отмеченные выше особенности являются следствием снижения тонуса общей познавательной активности у детей, испытывающих трудности в усвоении знаний; они неразрывно связаны с мотивационной сферой этих учащихся.

Ребенок, поступивший в школу и испытавший с первых же шагов трудности в учении, естественно, вначале еще не может иметь интереса к приобретению знаний (нет и соответствующего мотива), но у него, как правило, есть желание учиться и выполнять требования учителя, авторитет которого в младших классах особенно велик. Есть у него вначале и вера в то, что он сможет, как и другие ученики, успешно учиться. Однако по мере того, как он сталкивается с трудностями в учении и получает (в том или

ином виде) отрицательную оценку своей учебной деятельности, он постепенно утрачивает желание учиться, выполнять обязанности школьника. Он утрачивает (и это особенно болезненно сказывается на его дальнейшей судьбе) веру в свои силы, в свои возможности.

Эти изменения мотивационной сферы, в свою очередь, начинают отрицательно влиять на способность к усвоению знаний, делая процесс усвоения еще более трудным, и в итоге может быть нанесен тяжелый моральный ущерб личности ребенка.

Однако далеко не всегда пониженная обучаемость приводит к таким последствиям. В благоприятных педагогических условиях она может быть своевременно компенсирована за счет развития других — положительных сторон личности ученика, и прежде всего за счет его старательности и высокой работоспособности. Успех в учении, достигнутый в результате трудовых усилий, приводит постепенно к изменению мотивации, к созданию мотивов учения, стимулирующих учебную деятельность.

Следует отметить наряду с этим, что высокая обучаемость школьника еще не гарантирует успеха в учении. Последний определяется не одной какой-либо чертой личности, а рядом ее сторон, их соотношением.

Исследования выявили такие случаи (они хорошо известны и учителям), когда ученики, отличающиеся высокой успеваемостью в начальных классах, вдруг в средних классах школы становятся неуспевающими. Это может объясниться тем, что дети, обладающие высокой обучаемостью, приходят в школу с лучшей подготовкой, чем их сверстники; в ходе учения они систематически получают поощрения, хотя успех достигается ими без большого труда; у них формируется повышенная самооценка. И когда в средних классах школы требования к ним возрастают, учиться становится сложнее и систематических поощрений они уже не получают, у них наступает резкий перелом в отношении к учению, порой возникает даже стремление уйти из школы. Изучение этих детей показало, что какого-либо регресса в умственной деятельности у них не наблюдается, но еще в младшем школьном возрасте у них сформировались отрицательные черты личности, которые им помешали успешно учиться в средних классах.

За неуспеваемостью того или иного ученика стоит сложная индивидуальность с присущей ей своеобразной историей развития. И тем не менее вполне правомерна попытка разработать типологию неуспевающих школьников, выделив те типические черты, которые характерны для целых групп школьников.

Исследование показало, что при установлении типа неуспевающего школьника необходимо прежде всего выяснить, во-первых, какова степень его обучаемости и, во-вторых, какова его моральная направленность — сохраняет ли он «позицию» школьника или утратил ее. Возможны три разных варианта сочетания этих свойств: низкая обучаемость при сохранении «позиции» школьника, высокая обучаемость при утрате этой «позиции», и, наконец, оба свойства (или, точнее, оба комплекса свойств) имеют отрицательную характеристику.

Диагноз типа неуспеваемости имеет непосредственное значение для прогнозирования путей ее преодоления.

При этом необходимо воздействовать на личность ученика в целом, отдавая себе ясный отчет в том, в каком сочетании (и соотношении) находятся различные свойства его личности — как они взаимодействуют с его общей моральной направленностью.

Глубоко прав был В. А. Сухомлинский, который, опираясь на опыт работы с отстающими детьми, считал, что развитие невозможно без гармонического влияния на всю психофизическую, духовную жизнь человека [1979]. При разработке путей преодоления неуспеваемости важное значение имеет изучение тех изменений, какие происходят в личности ученика под влиянием педагогических воздействий. Нами был подвергнут анализу опыт обучения детей со стойкой неуспеваемостью, оставленных на второй год и в порядке эксперимента переведенных в следующий класс. В один класс были собраны учащиеся, имевшие длительный опыт учебных неудач, не обладавшие самыми элементарными навыками учебного труда, не умевшие и не желавшие активно мыслить при выполнении учебной деятельности, отрицательно относившиеся к самому учению. Все искусство педагогов заключалось в том, чтобы найти такие формы работы, которые воздействовали бы и на мотивацию, и на формирование навыков учебного труда, и на мышление учащихся.

Основная трудность состояла в том, что для изменения отношения к учению им нужно было предлагать легкие для них виды деятельности, не требующие умственного напряжения, в то время как для развития их мышления были необходимы задания проблемного типа, требующие умственных усилий.

На первом этапе обучения в экспериментальном классе большое место в учебном процессе поэтому заняли однообразные виды деятельности (списывание, письменные вычисления), которые давали возможность организовать учеников на выполнение учебной работы, вызвать у них удовлетворение от того, что они справляются с ней успешно, а тем самым изменить их отношение к учению; и только постепенно, с очень большой осторожностью учителя вовлекали этих школьников в активную мыслительную работу, ставя перед ними проблемы и систематически обучая их рациональным приемам мышления. При этом

большое значение имела возможность для каждого ученика проявить себя (в условиях относительно более однородного состава класса) и за любой, даже скромный, успех получить поощрение учителя.

В этом классе было немало детей с пониженной обучаемостью, и самым трудным для учителей было приучать их к самостоятельному мышлению.

Исследования показали, что дети с пониженной обучаемостью широко используют (в отличие от умственно отсталых детей) помощь взрослого при выполнении заданий и те сдвиги, какие происходят в их умственной деятельности под влиянием этой помощи, довольно значительны.

Следовательно, для того чтобы учить детей с пониженной обучаемостью самостоятельно мыслить, нужно им оказывать помощь при выполнении учебных заданий. Эта помощь должна быть дозирована, и если вначале она оказывается в самых больших дозах, то затем постепенно мера помощи уменьшается, тем самым расширяется «зона» самостоятельного мышления этих детей.

В системе заданий, предлагаемых детям, должны занимать определенное место и такие сниженные по трудности задания, которые могут быть ими решены без всякой помощи, вполне самостоятельно. Успех в решении такого рода заданий будет способствовать формированию у них положительного отношения к процессу самостоятельной работы.

Постепенное возрастание требований к детям с пониженной обучаемостью должно соответствовать возрастающей возможности их реализации детьми. В противном случае (если нет этого соответствия) у детей возникает отрицательная мотивация, которая осложнит дальнейший процесс учения.

Учителя, успешно осуществляющие индивидуальный подход в обучении, уделяют большое внимание дифференциации заданий. В психологических исследованиях, посвященных анализу умственных операций в процессе усвоения знаний и особенностям обучаемости школьника, широко применяется прием подсказывающих ответов, при этом подсказка (помощь экспериментатора) тщательно дозируется — от наиболее до наименее полной (когда содержание ответа вовсе не сообщается и стимуляция дается только в самой общей форме, чтобы побудить ребенка к действию).

Подсказывающие ответы широко варьируют также и по своему характеру: это может быть и конкретизацией задания, и совместным решением аналогичной задачи, и прямым указанием приема, которым она решается, и предостережением от ошибки. Помощь может быть оказана в виде различных наводящих вопросов.

Эти материалы, раскрывающие методику эксперимента, могут быть использованы, в частности, при разработке программированных пособий.

При помощи дифференцированных по степени трудности заданий учителя имеют возможность не только систематически и последовательно развивать мышление детей с пониженной обучаемостью, но и непрерывно воздействовать на их мотивацию, так как успех в решении того или иного учебного задания (пусть облегченного) вызывает поощрение со стороны учителя и влияет на изменение положения ученика в классе, на оценку его товарищами и самооценку.

Нельзя не сказать о воспитывающем значении дифференцированных — более трудных — заданий и для учащихся с высокой обучаемостью. Осознание ими необходимости преодолевать трудности в учебной работе, получение ими иногда более низких оценок — все это может способствовать снятию того нежелательного «барьера», который иногда возникает между учениками, имеющими прочную репутацию «отличников», и теми, которых считают неуспевающими. Из проведенных исследований вытекают ответы только на небольшую часть вопросов, относящихся к школьной неуспеваемости, в то же время перед исследователями возникает ряд нерешенных проблем, имеющих как теоретическое, так и практическое значение. Цикл исследований необходимо посвятить вопросу о том, как формируется обучаемость у детей еще до поступления в школу, каковы пути, способствующие ее формированию, при каком минимальном уровне развития способности к учению становится возможным успешное усвоение знаний в школе.

В результате изучения было выяснено, что дети с пониженной обучаемостью представляют собой неоднородную по своему составу группу: одни из них ближе стоят к школьникам с высокой обучаемостью, в то время как другие имеют некоторые сходные черты с детьми умственно отсталыми.

Возникает острая необходимость разработать методы, с помощью которых можно было бы дифференцировать эти две категории детей (внутри группы учащихся с пониженной обучаемостью).

В настоящее время дефектологи располагают методами, позволяющими дифференцировать умственно отсталых от школьников с нормальным интеллектом, но с временными задержками в развитии, которые должны обучаться в массовой школе.

Хорошо известно, что среди последних есть такие дети, которые могут усвоить знания в объеме школьной программы, но только при особых условиях. В связи с этим и возникает необходимость более тонкой дифференциации учащихся по их обучаемости и выявления оптимальных условий для их обучения. Для одних детей достаточно обеспечить индивидуальный подход в обычных условиях фронтальной работы с целым классом, для других необходимо ввести (наряду с фронтальной работой со всем

классом) дифференцированно-групповое обучение, при котором различные группы учеников получают разные задания для самостоятельной работы. Задания эти варьируют по степени сложности, по объему, по методике их предъявления.

Шире всего применяются в нашей школе приемы индивидуального подхода в условиях работы с целым классом. Дифференцированно-групповое обучение используется реже, но все же оно осуществляется некоторыми учителями массовой школы.

Но есть и третья категория учеников. К ней относят детей с наиболее низкой обучаемостью, в анамнезе у которых иногда отмечаются тяжелая наследственность, мозговые заболевания, перенесенные в раннем детстве, и т. п. Для них более эффективным оказывается обучение в специальном классе с более однородным составом. Такие классы созданы в Москве по инициативе Института дефектологии АПН СССР. По инициативе отдельных школ они созданы и в других городах Российской Федерации (например, в г. Горьком и др.).

При обсуждении вопроса об организации таких классов нередко высказывается опасение, что в них создается более обедненная среда, а тем самым и условия для развития учащихся могут оказаться менее благоприятными. Возникает, однако, в связи с этим вопрос: как влияет на «слабых» учащихся наличие в классе «сильных» учеников с быстрым темпом развития — стимулирует ли оно развитие «слабых» или, наоборот, задерживает его, действуя угнетающе на них мотивационную сферу?

Необходимо подвергнуть длительному изучению особенности развития детей с низкой обучаемостью, поставленных в разные условия: обучающихся в обычном классе, но весьма разнородном по составу и в специальном (более однородном по составу) классе, где программный материал изучается своим темпом и с применением своеобразных методов. Очень важно выяснить, при каких условиях развитие детей ускоряется, осуществляется более интенсивно.

Особого изучения требует вопрос о выборе наиболее правильных в воспитательном отношении путей использования оценок. Проводятся исследования, выясняющие возможности обучения детей без выставления отметок в начальных классах (например, в г. Тбилиси).

Исследования показывают [А. И. Липкина, Л. Я. Рыбак, 1968], что успешность усвоения знаний определяется непосредственной включенностью ученика в процесс не только мыслительной, но и оценочной деятельности. Необходимо изучить, как происходит это включение у школьника, испытывающего трудности в учении, при каких условиях оно становится возможным и как предупредить явление, которое нередко наблюдается у школьника, когда он стремится избежать решения не только трудной мыслительной задачи, но и всякой оценочной задачи.

Требуется дальнейшей разработки очень важный вопрос о типологии неуспевающих школьников. Необходимо углубить наши знания о тех свойствах личности, сочетание (и соотношение) которых создает определенный тип неуспевающего школьника, в значительной мере определяя пути педагогического подхода к преодолению его неуспеваемости.

Вместе с тем разработка типологии не отменяет изучения тех многочисленных индивидуальных вариантов, которые встречаются в жизни и по отношению к которым требуется специфический подход.

В педагогической литературе 50-60-х гг. делался акцент на предупреждение (но не на преодоление) неуспеваемости, что вполне правомерно. Это обязывает психологов направить свои усилия на изучение особенностей личности того «среднего» ученика, который учится ниже своих возможностей, развивается в процессе обучения замедленным темпом. Этот ученик, если своевременно не принять необходимых мер, может впоследствии стать неуспевающим.

И наконец, при разработке проблемы предупреждения неуспеваемости важное место должно занять изучение тех трудностей, которые испытывают отдельные ученики при систематизации знаний, необходимой для формирования мировоззрения. В этих же целях очень существенно выявить особенности оценочной деятельности учащихся и те затруднения, какие у них возникают, когда перед ними ставится задача самостоятельно оценить содержание усваиваемых знаний, способы оперирования ими, процесс и результаты собственной деятельности. Нередки случаи, когда знания, обременяя память ученика, не обогащают его личность, не влияют на его поведение. Пусть успеваемость такого ученика будет удовлетворительной, но он должен нас беспокоить не меньше, чем ученик, получающий неудовлетворительные оценки.

Таким образом, открывается широкая перспектива исследований, направленных на разработку научных основ предупреждения и преодоления неуспеваемости школьника.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Г. А. Джолдыгулов

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИИ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ «МАСКАМИ» В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).

Подростковые депрессии остаются одной из актуальных проблем современной психиатрии в силу широкой распространенности, атипичности клинической картины и связанных с этим трудностей своевременной диагностики. Особое место в структуре аффективной патологии данного возрастного периода занимают случаи маскирования гипотимных проявлений поведенческими нарушениями, являющихся факторами высокого риска повторения депрессивного эпизода, суицидального поведения и низкого уровня социализации у больных [12, 15, 16]. Неблагоприятный социальный прогноз, структурная сложность и клинический полиморфизм депрессий с поведенческими «масками» обуславливают необходимость тщательного изучения особенностей их синдромообразования для разработки подходов к дифференцированному и эффективному терапевтическому вмешательству. По мнению исследователей, занимавшихся данным вопросом, ведущим фактором, определяющим формирование клинических особенностей подростковых депрессий, является возрастная реактивность, обуславливающая включение в их структуру поведенческих нарушений, отражающих предпочтительный для пубертатного возраста уровень психического реагирования [4, 7, 9, 17]. Среди других факторов, влияющих на формирование депрессий с поведенческими «масками», упоминаются церебральная резидуально-органическая недостаточность [8] и преморбидные особенности личности [5, 6]. Современные зарубежные тенденции в изучении подростковых депрессий отражаются в биохимической теории коморбидности депрессивных и поведенческих нарушений, в основе которой лежат результаты, полученные при исследовании изменений уровня серотонина и других биологических аминов в центральной нервной системе.

В настоящем сообщении изложены результаты изучения факторов синдромообразования депрессии с поведенческими «масками» в подростковом возрасте. Основным в исследовании был клинко-психопатологический метод с применением структурно-динамического анализа. Характеристика тяжести депрессивных расстройств дополнялась результатами оценки критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32), шкале депрессии Гамильтона (21 пункт) и шкале оценки степени тяжести депрессии у детей (CDRS-R). Все больные проходили комплексное клиническое (включая инструментально-диагностическое и лабораторное) и патопсихологическое обследование. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием метода однофакторного дисперсионного анализа в модификации для качественных признаков, критерия хи-квадрат и биномиального критерия.

Обследованы две группы пациентов в возрасте от 11 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в Детской психиатрической больнице № 6 г. Москвы.

Первую (основную) группу составили 50 пациентов, у которых обнаруживались депрессивные нарушения, сочетавшиеся с различными формами девиантного поведения; из них больных мужского пола – 78%, женского – 22%. Отягощенность церебральной резидуально-органической патологией перинатального и травматического генеза отмечалась в 90% наблюдений. Превалировали подростки с шизоидными чертами личности – 46%. У 20% пациентов отмечались тревожные личностные особенности, в 10% случаев выявлялись особенности типа зависимой личности, 10% пациентов обладали чертами эмоциональной неустойчивости с импульсивностью, 14% подростков в доболезненном периоде были синтонными.

У 38% пациентов обнаруживалась наследственная отягощенность психическими расстройствами среди родственников первой степени. В ее структуре выявлялись психические нарушения шизофренического спектра (43%), личностные расстройства (28%) и эндогенные аффективные расстройства (29%).

Нозологическая характеристика пациентов основной группы представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение пациентов основной группы по клиническим диагнозам.

Диагноз по МКБ-10	Количество пациентов
F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, эпизод легкой степени	10%
F31.30 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой депрессии без соматических симптомов	8%
F21.4 Псевдопсихопатическая шизофрения	80%
F20.10 Шизофрения гебефреническая, непрерывный с нарастающим дефектом тип течения	2%

Во вторую группу (группу сравнения) были включены 20 подростков в возрасте 11-16 лет, страдавших эндогенными депрессивными расстройствами без проявлений девиантного поведения. Из них больных мужского пола – 40% , женского – 60%. Отягощенность церебральной резидуально-органической патологией перинатального и травматического генеза в группе сравнения отмечались в 45% наблюдений.

В структуре наследственной отягощенности психическими расстройствами среди родственников первой степени, обнаруженной в группе сравнения в 70% наблюдений, преобладали эндогенные аффективные расстройства – 86%, расстройства шизофренического спектра составляли 14%.

Нозологическая характеристика группы сравнения по МКБ-10 представлена в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение пациентов группы сравнения по клиническим диагнозам.

Диагноз по МКБ-10	Количество пациентов
F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, эпизод легкой степени	35%
F31.30 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой депрессии без соматических симптомов	50%
F25 Шизоаффективное расстройство	15%

Сравнительное исследование двух групп выявило определенные различия по ряду показателей, которые касались, прежде всего, клинических особенностей депрессии. Структурно-динамический анализ клинической симптоматики в основной группе выявил стойкую дисгармоничность структуры депрессии, включавшей выраженные по сравнению с собственно депрессивными нарушениями идеаторные расстройства и своеобразный двигательный компонент, эквивалентом которого (в прямом смысле) являлись девиации поведения.

Иная картина наблюдалась в группе сравнения, где структура депрессивного синдрома изначально приближалась к типичной: тимический, идеаторный и двигательный компоненты отчетливо отражали явления угнетения психической деятельности, хотя и здесь можно было говорить о превалировании ассоциативных нарушений, сопровождавшемся легким возникновением депрессивных идей самообвинения и самоуничтожения.

Тимический компонент депрессии у пациентов основной группы характеризовался отсутствием монолитности – в его структуре можно было выделить слабо дифференцированный стержневой аффект и сопутствующие ему включения иных оттенков депрессивного настроения. Ведущий депрессивный аффект отличался стойкостью, как бы «пронизывая» депрессивный синдром на протяжении всей его динамики, в то время как включения иных депрессивных модальностей были нестойкими и имели различную природу в зависимости от стадии развития депрессии. На начальных этапах они обнаруживались непосредственно после негативно окрашенных внешних впечатлений, были непродолжительными и нивелировались при снижении актуальности вызвавших их причин. На последующих стадиях синдромальной динамики в структуру депрессивного аффекта чаще включались аутохтонные оттенки депрессивного настроения, нередко приобретающие характер суточного ритма.

В группе сравнения депрессивный аффект, напротив, с начальных этапов развития депрессии был относительно монолитным и близким по структуре к «чистому» варианту той или иной депрессивной модальности (тоска, тревога, апатия).

Помимо этого сравниваемые группы достоверно различались по степени тяжести депрессивных проявлений как в целом ($\chi^2_2=38,78$; $p<0.0001$, $V=0,55$), так и по доле встречаемости каждой степени тяжести у больных (табл. 3).

Таблица 3.

Сопоставление основной и контрольной групп пациентов по тяжести депрессивных нарушений

Тяжесть депрессивных нарушений	Основная группа	Контрольная группа	p*
Легкая	76%	15%	<0.001
Средняя	24%	60%	<0.001
Тяжелая	0	25%	<0.001

*Результаты статически достоверны при $p<0.05$.

Как видно из табл. 3, в основной группе доминировали пациенты с легкой степенью депрессии, в то время как в группе сравнения преобладали больные со средней степенью тяжести, а также наблюдались тяжелая степень депрессии.

Было обнаружено достоверное ($p<0.001$) преобладание удельного веса проявлений церебральной резидуально-органической недостаточности среди пациентов основной группы (90%) по сравнению с группой сравнения (45%), что подтвердило результаты исследователей, указывающих, что «органиче-

ски неполноценная почва» (в понимании Г. Е. Сухаревой [9]) способствует формированию поведенческих «масок» депрессии и придает клинической картине в целом органический оттенок [8].

Результаты сравнительного анализа основной группы и группы сравнения по преморбидным особенностям личности представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Удельный вес преморбидных личностных особенностей в основной группе и группе сравнения

Преморбидные особенности личности	Основная группа	Группа сравнения	p*
Шизоидные	46%	20%	0.017
Циклоидные	0	15%	0.5
Эмоционально неустойчивые с импульсивностью	10%	0	0.08
Синтонные	14%	50%	0.0002
Черты типа зависимой личности	10%	0	0.07
Тревожные	20%	15%	0.28

*Результаты статически достоверны при $p < 0.05$.

По частоте встречаемости различных преморбидных особенностей личности обе группы различались как по структуре в целом ($\chi^2_5=56,29$; $p < 0.0001$, $V=0,685$), так и по достоверному преобладанию синтонных пациентов в группе сравнения и доминированию подростков с шизоидными чертами в основной группе. По другим личностным особенностям различия были недостоверны.

Сопоставление форм психических расстройств выявило, что в отличие от основной группы, где безусловно доминировала малопрогрессирующая шизофрения (80%), в группе сравнения преобладали аффективные психические расстройства (85%). Это позволило предположить определенную предпочтительность развития депрессии с поведенческими «масками» в структуре эндогенно-процессуального заболевания.

Наконец, имелись различия в возрасте манифестации депрессивных проявлений: в основной группе средний возраст начала депрессии был 12 лет 6 месяцев, т. е. младший пубертатный период, в то время как в группе сравнения депрессивные расстройства дебютировали в основном после 14 лет. Полученные сведения подтверждают данные литературы, во-первых, о предпочтительности депрессии с поведенческими «масками» младшему пубертатному возрасту [7, 8], а, во-вторых, о «типизации» депрессивных проявлений у детей при приближении к старшему подростковому возрасту [1, 3, 9].

Результаты сравнительного исследования позволили говорить о двух вариантах депрессивного симптомокомплекса, обладающих клинико-патогенетическим своеобразием, обусловленным, помимо всего прочего, особенностями депрессивного аффекта. Здесь уместно напомнить выводы Т. Я. Хвиливицкого [11], полученные в результате обследования взрослого контингента пациентов, относительно степени открытости и закрытости депрессивного синдрома. Согласно этим данным, сильный, дифференцированный стержневой аффект делает синдром закрытым для дополнительных психопатологических включений, иными словами, близким по структуре к типичным (классическим) вариантам. Аналогичная картина наблюдалась нами при анализе депрессивного аффекта у пациентов группы сравнения. В основной группе отсутствие монолитности, нерезкая дифференцированность и незначительная сила ведущего депрессивного аффекта создавали, по нашему мнению, условия для манифестации дополнительной психопатологической симптоматики, в частности поведенческих расстройств. В свою очередь, это позволяет предполагать общепатологическую значимость структурных особенностей депрессивного аффекта в депрессивном синдромообразовании в разные возрастные периоды.

Таким образом, в формировании депрессивного синдрома с поведенческими «масками» принимает участие комбинация факторов, среди которых, наряду с возрастным и нозологическим влиянием, факторами индивидуальной реактивности (церебральной резидуально-органической недостаточностью, в меньшей степени с преморбидными личностными особенностями), синдромообразующую роль играет депрессивный аффект.

Исходя из полученных результатов, психофармакотерапия депрессии с поведенческими «масками» должна быть направленной на редукцию депрессивного аффекта и носить комплексный характер, т. е. включать наряду с антидепрессантами, нейролептики и препараты ноотропного ряда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирова Т. В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. – 1986. – 18 стр.
2. Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия) // Сб. научных трудов. Под ред. Ковалева В. В. – М. – Изд-во МНИИ психиатрии МЗ РСФСР – 1987.
3. Вроно М. Ш. «Шизофрения у детей и подростков». – М. – 1971.
4. Ковалев В. В. «Психиатрия детского возраста». – М. – 1979.

5. Колотилин Г. Ф. Депрессивные состояния у подростков // 3-я Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста – М. – 1971. – С. 155-157.
6. Комлач И. Л. Особенности клиники и прогноза депрессивных состояний, манифестирующих в подростковом возрасте (клинико-катамнестическое исследование) // Автореф. дис. канд. мед. наук. – М. – 1986. – 16 стр.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л. – 1985.
8. Сосюкало О. Д., Кашникова А. А., Татарова И. Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр. – 1983. – вып. 10. – С. 1522.
9. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. – М. – 1955.
10. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. – М. – 1973.
11. Хвиливицкий Т. Я. Формы депрессивных состояний, их психопатологическая динамика и особенности лечения // Журн. невропатол. и психиатр. – 1972. – вып. 4. – С. 1572.
12. Aalto-Setälä T. et al. Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment // Am J Psychiatry – 2002. - V. 159. – P. 1235-1237.
13. Birmaher B. et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years // J Amer Acad Child Adoles Psychiatry – 1996. – V. 35. – P. 1427-1439.
14. Cooper P. J. and Goodyer I. A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence // The British Journal of Psychiatry. – 1993. –V. 163. – P. 369-374.
15. Fombonne E. et al. Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, part 1 // The British Journal of Psychiatry. – 2001. – V. 179. – P. 210-217.
16. Marcelli D. Depression de l'adolescent // Perspectives Psy. –1998. – V. 37. – №4. – P. 241-248.
17. Nissen G. Masked depression in children and adolescents // Masked depression – Ed. by P. Kielholz. – Bern-Stuttgart-Vienna. – 1973. - P. 133. – Discussion. – P. 144.

И. П. Киреева, И. К. Руднева, В. Ю. Улосс

ПРИМЕНЕНИЕ РИСПЕРИДОНА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Московский государственный медицинский университет им. Н. И. Пирогова (Москва).

Бессилие традиционной нейролептической терапии при ряде психопатологических состояний у детей и подростков, усиление когнитивных расстройств и высокая частота экстрапирамидных нарушений в период лечения традиционными нейролептиками заставили детских психиатров обратиться к терапии атипичными нейролептиками. Одним из терапевтически резистентных состояний детского возраста является кататонический, в том числе кататонно-регрессивный симптомокомплекс [1]. Являясь нозологически не специфичной, кататоническая симптоматика выявляется как у больных с эндогенными прогрессирующими психическими болезнями, так и в рамках конституциональной патологии - «психопатологического диатеза» [8]. В последние годы выявлению и описанию кататонических нарушений у больных уделяется мало внимания. Известные психиатры прошлого - В. Н. Мамцева, В. Н. Фаворина, обследуя больных, подробно исследовали мышечный тонус. Методика этого исследования, лишь частично описанная старыми авторами [2], в настоящее время забыта.

При наблюдении за больными нарушения мышечного тонуса проявляются в полуоткрытом рте со скапливающейся в углах рта слюной, сидении на коленях с опорой на ягодицы, ходьбе на носках, особой неуклюжести, пластической вычурности и дизартрии. Кататоническая симптоматика проявляется также в виде разнообразных, в т. ч. мимолетных стереотипиях – гримасничаньи, скрежете зубами, верчении тазом, потряхивании кистями на уровне плеч, взмахиваниями руками...

Традиционные нейролептики, купирующие кататонические расстройства (аминазин, мажептил, лепонекс) токсичны и редко назначаются в амбулаторных условиях, особенно детям, для которых кататоническая симптоматика чрезвычайно характерна.

Клинический опыт показывает, что среди новейших нейролептиков рисперидон (рисполепт) успешно купирует кататоническую симптоматику, так что последнюю можно отнести к «симптому-мишени» для этого препарата. Большая безопасность рисполепта по сравнению с традиционными нейролептиками делает его предпочтительным в детской практике, однако данные о его применении в этом возрасте весьма ограничены [3-6, 9-11].

Мы назначали рисполепт только детям-инвалидам с ранним детским и атипичным аутизмом (F84.0, F84.1) эндогенно-процессуального генеза, у которых предшествующая терапия традиционными нейролептиками была безрезультатной, а прогноз считался врачами бесперспективным. Предлагаемая для стационаров схема наращивания рисполепта за три дня с 2 до 6 мг в амбулаторной практике мало-приемлема даже для больных зрелого возраста в связи с выраженностью побочных действий (ознобом,

головокружением с потемнением в глазах, головной болью, крапивницей, слабостью через 1-2 часа после приема препарата), ведущими к отказу от лечения. Чтобы избежать этого мы наращивали дозу рисполепта 1 раз в пять дней (время установления постоянной концентрации препарата), начиная с 0,5 мг, а у детей с массой тела меньше 30 кг – с 0,1 мг в растворе. До и в процессе терапии проводились ЭКГ и ЭЭГ исследования. В случае заболеваний с фебрилитетом на весь период повышенной температуры мы снижали дозу препарата. Далее мы приводим случай длительной (более трех лет) успешной терапии рисполептом.

Слава, 8,5 лет.

Мальчик от физиологической беременности, стремительных родов, закричал сразу, вес при рождении 2920 г, длина 49 см, выписан из роддома на 5 сутки. С рождения до 3 месяцев отмечалось дрожание подбородка и рук, повышение мышечного тонуса, наблюдался невропатологом с диагнозом перинатальной энцефалопатии. К двум месяцам появилась «блеклая» улыбка, стал удерживать голову. Сел в шесть месяцев, пошел к году, наступая на полную стопу. Первые слова к одному году, но больше общался жестами. На дискомфорт реагировал слабо, ничего не боялся, мог убежать из дома во двор, отсутствовало чувство края.

С 11 месяцев без видимой причины нарушился сон (долго засыпал, просыпался по ночам с криком), днем часто плакал. В 1,5-2 года потерял речь, произносил иногда отдельные звуки. Обратились к невропатологу, проводилось лечение пантогамом, кавинтоном, когитумом без эффекта. С двух лет начал посещать логопедический центр, режиму подчинялся, убирал игрушки, с детьми играл мало. В 2,5 года совсем перестал подходить к детям, отказался посещать центр, вопросы и обращения как бы не слышал, потерял интерес к игрушкам, подолгу раскачивался туловищем или переминался с ноги на ногу, тем не менее в 3 года был отдан в детский сад. Часто отказывался туда идти, плакал, с детьми не общался, садился в угол, отгораживаясь игрушками, при этом раскачивался, издавая неопределенные звуки.

В 4 года (осень) стал еще более плаксивым, бесцельно много двигался, раскачивался, мог ударить и ребенка и взрослого. Получал триампур, кавинтон, этаперазин, церебролизин, был переведен в группу для детей с задержкой психического развития, состояние оставалось без изменений.

В 4 года 4 месяца лечился в детском психиатрическом стационаре с диагнозами «атипичный аутизм, шизотипическое расстройство».

Психический статус: *выглядит соответственно возрасту. Легко расстался с матерью, контакту мало доступен, от врача убегает, при попытке взять за руку начинает вырываться, падает на пол, кричит. На месте не удерживается, бегаем кругами, на речь практически не реагирует, если и говорит, то тихим голосом, невнятно, с выраженными аграмматизмами, эхолалиями, о себе – только в 3-м лице. Раскачивается из стороны в сторону и вперед-назад. Походка неуклюжая. Игрушки берет, но тут же бросает, отнимает у детей и опять бросает, хватается новую. На прогулках кидает камни, валяется на земле, толкает детей, пытается убежать с площадки. Все предметы обнюхивает и облизывает. На замечания плачет, кричит, падает на пол. Себя обслуживает не полностью.*

В стационаре получал в сутки неупелтил до 2 мг, этаперазин до 4 мг, тизерцин до 25 мг, хлорпро-тиксен до 45 мг, соннапакс до 30 мг, циклодол до 3 мг, эглонил до 50 мг, коаксил до 12,5 мг; диакарб, панангин, физиотерапию. За время пребывания в отделении положительной динамики не отмечалось, была оформлена инвалидность.

После выписки получал тизерцин. В связи с разочарованием родителей в терапии в московских клиниках в 4,5 года ребенок был госпитализирован в неврологический стационар г. Иркутска, где получал церебролизин, циннаризин, соннапакс 45 мг в сутки, эглонил 150 мг в сутки без эффекта. Обследовался в отделении генетики Московского НИИ педиатрии и детской хирургии с диагнозом задержки психического развития. На МРТ головного мозга «...на фоне общей структурной нормы и компенсированной ликвородинамики была выявлена арахноидальная (ликворная) киста медио-базальных отделов правой височной доли (максимальные поперечные размеры кисты – 35x28 мм)», происхождение которой по мнению неврологов было связано «с анамнестическим (вероятно, внутриутробным) эпизодом угнетения кровообращения в бассейне глубоких ветвей правой средней мозговой артерии. Синдромы Ретта, FRAXA, ARX были исключены. Помимо соннапакса ребенок получил курсы пикамилона, пантогама, церебролизина, персен, но состояние ухудшалось: в контакт не вступал, бесцельно много двигался, раскачивался сидя или стоя, от всего отказывался, игрушки ломал, мог ударить, пнуть ногой, часто плакал, кричал, падал на пол, целыми днями не отходил от матери, провожая ее даже в туалет, неожиданно мог уйти с чужим человеком, боялся темноты, животных, включенного фена, одежды, которую надо одевать через голову, ел мало, очень избирательно. Был признан необучаемым.

Лечение рисполептом было начато после полной (в течение двух недель) отмены предшествующей терапии, амбулаторно, после получения информированного согласия родителей в ноябре 2001 г. (ребенку 5 лет). Начальная доза составляла 0,25 мл (мг) рисполепта в растворе и постепенно (раз в две

недели или реже) наращивалась на 0,25 мг. Через 6 недель от начала терапии и достижения дозы в 0,75 мг состояние улучшилось: лучше ел, уменьшились раскачивания, стал выходить на улицу, родители впервые могли взять его с собой в магазин, появились мимические реакции обиды, ожидания, начал использовать местоимение «я» и впервые смог вербализовать свою агрессию в фразовой речи: «я буду все ломать, буду плохим». После появления речи оказалось, что знает многое из окружающих бытовых предметов и действий. К рисоплепту был присоединен саротен. Через полгода (весной 2002 г.) получал 2,75 мг рисоплепта и 50 мг саротена, к этому времени наступило значительное улучшение состояния: с ребенком стал возможен диалог, он использовал развернутые сложные фразы, был принят на групповые занятия в Центр лечебной педагогики, освоил счет до 10, выучил буквы. «Раскачивания» возникали только при волнении, в новой обстановке.

В 6–7 лет находился на поддерживающей терапии рисоплептом (2 мг в сутки) и саротеном (30 мг в сутки), состояние оставалось стабильным: ежедневно занимался в медико-психологическом центре и дома - с матерью; освоил чтение по слогам, вовлекался в игры с детьми, но больше любил играть дома с матерью или один с реалистическими игрушками, причем игра начала носить сюжетный характер. С неполных 7 лет обучается (индивидуально) по программе класса коррекции. В 7 лет по совету школьных врачей родители отменили рисоплепт и в течение 2,5 месяцев ребенок получал пропазин, трифтазин, биологически активные добавки, на фоне чего возобновились стереотипии, нарастали возбуждение, агрессия при попытках привлечь к какой-либо деятельности. При возобновлении терапии рисоплептом состояние восстановилось в течение 1,5 месяцев, но уже на дозе 2,75 мг в сутки, которую больной получает по настоящее время.

На ежегодно проводимых ЭЭГ исследованиях патологической активности не выявлялось. Сохранились признаки дисфункции коры головного мозга, в первую очередь лобных долей, с положительной динамикой в виде улучшения структуры корковой ритмики.

Психический статус (8,5 лет): опрятно одет, грацильного телосложения, моторно неловок. Движения импульсивные, порывистые. Ходит, размахивая предплечьями, походка отличается несбалансированностью. Речь косноязычная, порой неразборчивая. Может проглатывать окончания слов, говорить скороговоркой, с необычными интонациями. С удовольствием пользуется помощью, подсказкой и наводящими вопросами мамы. Ему нравится, когда мать расшифровывает содержание его неразборчиво сказанных ответов. Настроение нерезко приподнятое, на лице улыбка, но при любой неудаче раздражается, при замечании может ударить. Если ему кажется, что мать слишком долго разговаривает с врачом, то подходит и хлопает врача по плечу. При этом тут же успокаивается и продолжает начатое дело. Или же в подобной ситуации начинает тащить или поворачивать мать к себе. На предложение порисовать рисует простые фигурки людей. При этом постукивает по столу ребром ладони, держит карандаш, зажимая его всеми пальцами сразу. На предложение поиграть собирает игрушки в машинку. Называет их именами Пьеро, Мальвины, Артемона и других сказочных персонажей. Катает их в машинке. Знает, как зовут родных, марки автомашин, названия городов, в которых побывал, номера маршрутных такси на которых ехал на прием. Помнит и о предыдущих посещениях врача (в том числе и о тех, когда он не разговаривал, а издавал нечленораздельные звуки), о чем с ним говорили, о своем поведении. Владеет операциями сложения и вычитания в пределах десяти. Почти постоянно находится с матерью и к ней чрезмерно привязан. Но, когда летом мать его оставила с дедом и бабушкой, то подобное отношение развилось и к бабушке и частично и к деду. Дома рисует, строит кубики, «кормит» кукол, катает их в машинке. Выполняет простые поручения. Может сам одеться, но часто нуждается в побуждении и напоминании «что и зачем надеть».

К особенностям настоящей демонстрации следует отнести: раннее начало болезненных расстройств с выраженными негативными симптомами (аутизм, малая эмоциональная модуляция с почти полным отсутствием речи, остановкой психического развития), приведшими к резкому снижению социальной адаптации, устранению из жизни общества и матери, потере ею возможности работать и жить полноценной жизнью, отчаянию всей семьи, невозможности ребенка находиться вне дома или дома, но без матери или деда с бабушкой, невозможности обучения и дальнейшего развития. Врачи отчаялись помочь этому ребенку и этой семье, несмотря на то что он получал многолетнее амбулаторное и неоднократное стационарное лечение, предлагали отдать его в учреждения социального обеспечения.

С такой ситуацией детские психиатры сталкивались не раз. Кто хоть раз видел аутичного ребенка, почти не реагирующего на обращенную речь, издающего неопределенные звуки, временами становящегося агрессивным без всякой видимой причины, на эмоционально холодном фоне и также внезапно успокаивающегося, тот помнит ощущение бессилия, несмотря на желание помочь и, как правило, через несколько лет капитуляцию родителей и врача перед лицом непосильной ноши. А далее родители либо «несут свой крест», осуществляя усиленный уход, либо отдают ребенка на попечение государства.

В первые 6 месяцев эффект от лечения у этого ребенка был не очень выражен, хотя традиционно

считается, что если препарат дает эффект, то это проявляется гораздо раньше. Но вот далее произошла удивительная метаморфоза: у ребенка появилась речь и не просто слова, а фразы. Он знает довольно сложные для его возраста понятия - различает марки автомашин, героев сказок, знает родственников дальней степени родства. Мало того, оказывается, что все усилия мамы, отличающейся трогательной заботой, эмоциональностью, радующейся малейшим положительным изменениям в состоянии сына, продолжающую занятия даже в тот период, когда он ничего не говорил и проявлял агрессию - эти усилия матери оказываются вознаграждены. Ребенок становится эмоциональным, живо реагирует на каждое ее слово, проявляет к ней заботу, ревность, что-то помогает по дому, становится опрятнее и способен себя обслуживать под руководством мамы, уменьшились импульсивность и агрессивность, он стал способен к сосредоточению и обучению, пребыванию и учебе в группе, выучил буквы, может написать слово, знает цифры, появились высшие эмоции. Кататонические явления и аутизм значительно уменьшились. Почти исчезли симптомы псевдослепоты и псевдоглухоты, появился зрительный и тактильный контакт. И все это без всяких осложнений и без применения корректоров нейролептической терапии. Для такого ребенка это очень большие достижения. И еще это надежда для других детей, на которых казалось бы «поставили крест», и еще надежда для родителей и для врачей. Потому что, если даже такой ребенок, который почти не говорил и казалось ничего не усваивал, вдруг способен так продвинуться, это значит, что мозг в это время продолжает жить своей жизнью и ребенку не безразлично, как с ним обращаются, чему его учат, где он находится и как его лечат. Важно привлечь внимание детских психиатров к этой проблеме. Максимальный срок для применения этого препарата, встречавшийся нам в литературе, был 5 лет. А что же дальше?

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. - 240 с.
2. Бернштейн Ал. Н. Клинические лекции о душевных болезнях. – М.: Издание В. М. Саблина. - 1912. - С. 48-77.
3. Применение современных антидепрессантов и атипичных нейролептиков в детско-подростковой психиатрической практике: пособие для врачей / Под ред. В. М. Волошина. - М.: МНИИП МЗ РФ. - 2002 г. - 42 с.
4. Каледа В. Г. Место rispoleпта в современной психофармакотерапии. - М.: НЦПЗ РАМН. - 2003. - 37 с.
5. Козлова И. А., Буреломова И. В., Горюнова А. В. и др. Опыт применения препарата rispoleпт при шизофрении детского возраста // Журнал Неврологии и психиатрии – 2001. - № 7 – С. 35-38.
6. Козловская Г. В., Калинина М. А., Горюнова А. В., Проселкова М. Е. Опыт применения rispoleпта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал для психиатров и врачей общей практики. – 2000 г. - Приложение № 2. – С. 10-12.
7. Применение атипичного нейролептика rispoleпта в психоневрологической практике: Информационное письмо. – М., 2000. - 16 с.
8. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. – М.: ФОЛИУМ, 2005. - 200 с.
9. Bellinghen M., Troch C. Risperidone in the treatment of behavioral disturbances in children and adolescents with borderline intellectual functioning: a double-blind, placebo-controlled pilot trial // J. of Child and Adolescent Psychopharmacology - 2001. - Vol. 11, N 3. – P. 5-13.
10. Buitelaar J. K. Open-label treatment with risperidone of 26 psychiatrically-hospitalized children and adolescents with mixed diagnoses and aggressive behavior // J. of Child and Adolescent Psychopharmacology - 2000. - Vol. 10, N 1. – P. 19-26.
11. Buitelaar J. K., Gaag R. J., Cohen-Kettenis P., Melman C. T. M. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - Vol. 4. - P. 239-248.

Л. В. Ким

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Заметные успехи, отмечаемые в последнее время в области терапии психических нарушений, внушают оптимизм и в плане лечения психозов. Но еще многое предстоит сделать «для восполнения той брешки, которая существует между тем, что сделано, и что еще возможно сделать» [6].

Известно, что средний возраст возникновения большинства психических расстройств не превышает 25 лет. По данным Jablensky et al. [7], распространенность психических нарушений у лиц до 18 лет

составляет 14%, возрастая в группе 18-24-летних до 27%. Парадоксально, что рост психических расстройств в указанных группах приходится на период, когда, казалось бы, уровень физического здоровья достигает своего возможного максимума. Доля экономических затрат, связанных с психическими болезнями составляет 75% от трат на все болезни контингента лиц от 15 до 25 лет [8]. Известно также, что тяжелые психические заболевания у детей и подростков приводят к так называемым вторичным нарушениям, в частности, к нарушениям основных задач развития, что ведет к невозможности получить адекватное образование, выбрать профессию, сформировать адекватные паттерны поведения в группе сверстников, нарушает межличностные связи и личностный рост в целом. Более того, психические расстройства психотического уровня существенным образом влияют и на семейное окружение, причем не только на эмоционально-психологический климат, но и на материальные возможности семьи.

Именно поэтому в зарубежной литературе [9] все чаще встречается определение тяжелого психического заболевания, включающее не только описание клинических расстройств, но и комплекс сопутствующих личностных и социальных нарушений, следствием чего являются трудности выполнения элементарных операций ежедневной жизни. В основном, к таким заболеваниям относят шизофрению, выраженные аффективные и тревожные расстройства.

Значительно изменилось и понимание сути психиатрической помощи. Так, в Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02. 07. 1992 г. объем психиатрической помощи включает в себя: «... обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами». В российской психиатрии переход от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальной, на которой и базируется современная реабилитация, в том числе, реабилитация подростков с тяжелыми психическими заболеваниями, происходит, начиная с 90-х годов XX века. Реабилитация становится все более существенным компонентом психиатрической и социальной практики, в которой работают мультидисциплинарные команды специалистов - не только психиатров, но и специалистов социальной работы, социальных работников, психологов, юристов, специалистов по трудоустройству. Более того, в сфере социальной психиатрии все более активной становится роль непрофессионалов, в частности, родственников больных, а также самих пациентов.

Новые направления реабилитации в психиатрии включают разнообразие стратегий по повышению интеграции в сообщество и расширению независимости людей с инвалидностью по психическому заболеванию. К сожалению, большинство профессионалов до недавнего времени либо не понимали, либо были плохо подготовлены к проведению медико-социальных программ, направленных на повышение функционирования больного подростка.

Заметные изменения в практическом осуществлении реабилитационных процессов в психиатрии стали возможными с вступлением в действие Приказа МЗ РФ № 294 от 30 октября 1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи», в частности его «Положения о специалисте по социальной работе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи». Одной из основных обязанностей специалиста по социальной работе является организация индивидуальной и групповой работы с пациентами, направленной на улучшение их социальной адаптации, тренинг коммуникативных навыков, проведение мероприятий по социально-правовой защите пациентов, взаимодействие с организациями, оказывающими социальную помощь; разработка совместно с врачом индивидуальных планов социальной реабилитации пациентов.

В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение. Психосоциальная реабилитация начинается с первого контакта больного с медицинской службой и продолжается до тех пор, пока не будет максимально восстановлен его социальный статус. Подобный подход оправдывает себя в различных странах и является экономически более выгодным по сравнению с чисто медицинской моделью оказания психиатрической помощи.

Процесс психосоциальной реабилитации может быть начат на любом этапе оказания психиатрической помощи – вне острых состояний (обострений), но возможно более рано после купирования острых проявлений психического расстройства. Очевидно, однако, что чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на более благоприятный прогноз.

В плане реабилитационной помощи в стационаре особое внимание уделяется созданию терапевти-

ческой среды. Под термином «терапевтическая среда» понимают все то, что окружает больного - людей (медицинских и социальных работников), процессы, события, вещи, предметы обстановки. Для того чтобы избежать неблагоприятного влияния психиатрического учреждения, необходимо так организовать окружение пациента, чтобы оно как можно больше приближалось к естественному, стимулировало адаптационные возможности больного и формирование ответственности за свое социальное поведение. Чем активнее средовое терапевтическое воздействие, тем более ощутим его эффект.

Для повышения эффективности реабилитации большое значение имеет создание благоприятного психологического микроклимата в отделении и установление реабилитационного режима, который способствует восстановлению психофизических функций, повышению самосознания и социальной компетенции личности.

С реабилитационной целью в стационарах создаются терапевтические сообщества пациентов. Они базируются на функционировании разных небольших групп пациентов – психотерапевтических групп, групп учащихся, выписывающихся больных. Групповая психосоциальная работа помогает более тяжелым больным преодолеть явления коммуникативного дефицита, служит своеобразным полигоном для отработки планов и действий, отвечающих реальности.

Применение дифференцированных, в зависимости от психического состояния, реабилитационных режимов, а также социоориентированных методов способствует существенному снижению длительности госпитализации, что имеет немаловажное значение для предотвращения явлений «госпитализма» и социальной дизадаптации.

Целям реабилитации, создания терапевтической среды отвечает и создание школы при отделении. При первой же возможности, т. е. по мере исчезновения психотической симптоматики, подростка стимулируют посещать занятия. Режим посещения и обучения подбирается индивидуально. В школе рядом с подростками неотлучно должен находиться воспитатель (со средним медицинским образованием), одной из задач которого является наблюдение, коррекция поведения, организация совместной активности на переменах, прогулках.

Подростки с психическими нарушениями и инвалидностью испытывают много ограничений в повседневной жизни, в частности, трудности в межличностных ситуациях (например, неверная интерпретация социальных ключей, неадекватный ответ на ситуацию), проблемы копинга со стрессом (включая такие, казалось бы, небольшие проблемы, как например, нахождение нужного товара в магазине, общение с незнакомыми), трудности концентрации, недостаток энергетического потенциала или инициативы.

Все это приводит к выраженным трудностям в социальной жизни. Предпочтительной моделью интервенции является не только повышение социальных возможностей больного, но и поддержка окружающих. К социальным стратегиям относятся тренинги социальных навыков и обучение независимому проживанию, обучение пониманию собственной симптоматики, поиск учебы, работы, что приводит к отчетливым позитивным эффектам у больного с психической инвалидностью. Весьма существенной является стратегия поддержки окружающими, включающая менеджмент поведения семейного окружения, использование групп сверстников в период переходного этапа проживания в сообществе. «Поддерживаемая» работа и/или учеба расценивается как критический компонент и для развития навыков самого больного и как поддержка окружающих [12].

Перед выпиской подросток с выраженной социальной дизадаптацией вследствие тяжелого психического расстройства нуждается в подготовке к жизни в новых условиях. Программа включает в себя различные курсы по подготовке наиболее элементарных навыков независимого проживания. Примерный перечень тем включает следующие:

- навыки личной гигиены,
- психическое заболевание и эффект психотропных препаратов (почему нужно продолжать принимать их),
- основы приготовления пищи,
- как обращаться в различные социальные организации (муниципальные органы, как оплачивать счета за квартиру, газ, электричество и т. д.),
- как организовать свое свободное время так, чтобы не испытывать скуки.

Такие курсы направлены на ресоциализацию больного подростка. К другим компонентам указанного процесса относились отдельные виды поведения, поддерживаемые в отделении и в палате: например, групповая активность по чтению газет, прослушиванию новостей по радио, телевидению, обсуждение полученной информации. Таким образом достигалась «двойная» цель: 1) поддержание контактов среди пациентов и 2) поддержание связи больного с окружающим миром.

В условиях перехода от декомпенсации к максимально возможному для данного подростка социальному уровню с опорой на сообщество особенно важно активизировать родственников пациентов, добиться их участия в лечении и реабилитации, поскольку именно на ближайшее окружение пациентов

выпадает наибольшая нагрузка по лечению и уходу. Психосообразовательные программы для родственников душевнобольных повышают компетентность участников программ в вопросах лечения и ухода за пациентами, способствуют появлению неформальных объединений «бывших» участников программ.

На амбулаторном этапе такие больные продолжают находиться в отделении дневного пребывания, где работают психиатр, медсестра, социальный работник. На внебольничном этапе реабилитации больной подросток должен усвоить следующие принципиальные положения:

1. Понимание, что болезнь может продолжаться длительно, периодически обостряться и что прием лекарств должен быть столь длительным, сколь сочтет необходимым наблюдающий больного психиатр.
2. Между приемом лекарств и улучшением состояния есть прямая связь.
3. Пациент должен понимать, что даже если он чувствует себя хорошо, он должен продолжать получать терапию, если это считает необходимым психиатр.
4. Должен научиться различать побочные эффекты терапии и знать о путях неотложной коррекции.
5. Должен понимать важность комплаентности, т. е. взаимодействия в процессе лечебных и реабилитационных мероприятий с врачом, реабилитационной бригадой.
6. Для полной комплаентности можно прибегнуть к помощи родных и персонала.
7. Должен научиться понимать, что всегда можно обратиться за помощью к персоналу, когда нужно.

Основной целью программы является изменение социального поведения пациента без изменения других аспектов. Чем выше социальные возможности, тем меньше депрессии и тревоги, больше уверенности в себе. Оптимальным на данном этапе является подбор для больного учебы, работы. Зарплата, хоть и небольшая, вместе с получаемой терапией и едой, может существенно поддержать бюджет больного.

Таким образом, одна из задач этого этапа – обеспечение рабочим местом или местом учебы. Другая – постоянство медицинского наблюдения, что, в частности, предполагает и регулярность получения терапии. «Тут применимо «правило балансирования на канате» - между перегрузкой и недостаточной нагрузкой. С одной стороны, больному должна быть оказана поддержка, с другой - предоставлена самостоятельность (если это возможно)» [4]. Программа поддерживаемого образования как часть реабилитационной программы существенно улучшает возможности продолжения учебы, получения работы [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия., 2001, 1, 5-13.
2. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998, 256с.
3. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных (под ред. И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера). – М.: ИД Медпрактика - М, 2002, 180с.
4. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрения. Основы понимания и помощь в ориентировке. Пер с нем. – М.: Алетея, 1998, 197 с.
5. Anthony, W. A. The vocational rehabilitation of people with severe mental illness: Issues and myths // Innovations and research. – 1994, 3, 17-23.
6. EPPIC – Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. <http://eppic.org.au/mhp/index.htm>
7. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, and others. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med - Monograph Suppl. - 1992;20:1–97.
8. Task Force on the Homeless and Severe Mental Illness, 1992. Outcasts on Main Street. (DHHS Publication NoADM 92-1904) Washington, DC: US Government Printing Office.
9. Mc Reynolds C. J. Psychiatric Rehabilitation: The Need for a Specialized Approach // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2002, 7, 61-69
10. Telias D., Fronskey A., Umansky R. Developments in psychiatric rehabilitation: a therapeutic trip. International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2000, 5, 53-60.
11. Wing, J. K. Innovations in social psychiatry // Psychological Medicine. – 1980, 10(2):219-30
12. Xie H., Dain B. J., Becker D. R. & Drake R. E. Job tenure among persons with severe mental illness // Rehabilitation Counseling Bulletin. – 1997, 40, 230-239.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. В. Пилюгина

ПРОБЛЕМА ЭНДОГЕННЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ¹⁰

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
РМАПО (Москва).

Анализ литературных данных, имеющих отношение к проблеме маниакальных состояний в детско-подростковом возрасте, связан с рядом трудностей. Во-первых, сама возможность маний в данном возрастном интервале длительное время подвергалась сомнению и сами они считались большой редкостью; во-вторых, маниакальные и, особенно, гипоманиакальные состояния в виду значительного их сходства с «естественной детской живостью» и конституциональной гипертимностью либо не попадали в поле зрения педопсихиатров, либо трактовались ими как состояния, близкие к норме; в-третьих, одно и то же состояние из-за отсутствия сопоставимых подходов в вопросах трактовки данного феномена и дифференциальной диагностики разными авторами относилось к различным нозологическим единицам.

Определение понятий «мания» и «гипомания»

Сущность термина «мания» и характеристики ее базовых симптомов не претерпели существенных изменений со времен классических работ Н. Emminhaus, Е. Kraepelin, J. Kasanin, J. D. Campbell. Общее мнение сводилось к тому, что мания – это психопатологическое состояние, характеризующееся «болезненной веселостью, вихрем мыслей, повышенным стремлением к движениям и речи» (В. Штромайер 1913, 1926), отсутствием утомляемости и нарушением сна.

Современная диагностическая классификация МКБ-10 рассматривает маниакальные состояния в разделе «Расстройства настроения (аффективные расстройства)», выделяя три степени тяжести маниакального аффекта – гипоманию (F30.0), манию без психотических симптомов (F30.1) и манию с психотическими симптомами (F30.2). Гипомания описывается как состояние с постоянным легким подъемом настроения, повышенной активностью, чувством благополучия, физической и психической продуктивности, повышенной общительностью, разговорчивостью, увеличенной сексуальностью, снижением потребности во сне. Для мании без психотических симптомов, по МКБ-10, характерны неадекватно приподнятое настроение от беспечной веселости до почти неконтролируемого возбуждения иногда с чертами раздражительности и подозрительности; нарушение последовательности мышления, невозможность сконцентрировать внимание, патологическая активность со снижением продуктивности, речевой напор, поверхностность и сверхоптимистичность суждений, завышенная самооценка, непризнание социальных ограничений, снижение потребности во сне вплоть до полного отсутствия сна; присутствует расстройство поведения (экстравагантное, непрактичное, агрессивное, сексуальная расторможенность); возможны расстройства восприятия (особая чувствительность в восприятии цветов, чрезмерное внимание к деталям предмета, субъективная гиперчувствительность к звукам). Мания с психотическими симптомами описывается как состояние более тяжелое, когда завышенная самооценка перерастает в бред величия, а раздражительность и подозрительность – в бред преследования, скачка мыслей и речевой напор делают речь бессвязной, нарушения поведения реализуются актами насилия, пренебрежение сном, питьем и едой приводит к истощению и обезвоживанию. Бред и галлюцинации могут быть как конгруэнтны, так и неконгруэнтны аффекту.

Эпидемиология

Говоря о распространенности маний в детстве, приходится признать, что литературные данные по этому вопросу весьма скудны. Большинство авторов в оценке частоты встречаемости маниакальных расстройств у детей и подростков пользуются категориями «редко», «относительно часто», «чаще, чем принято думать» (В. А. Гиляровский, 1935; А. И. Винокурова, 1935; С. С. Мнухин, 1940; Г. Е. Сухарева, 1940; J. D. Campbell, 1952; J. Anthony, P. Scott, 1960; Н. Stutte, 1967; А. Н. Esman et al., 1983; Е. О. Poznanski et al., 1984). М. П. Кутанин (1914) писал, что «маниакально-депрессивное помешательство... может обнаружиться всегда и во всяком возрасте». Он указывал, что у больных зрелого возраста «часто... в анамнезе оказывается наличность рудиментарных намеков на болезнь, в других, более редких случаях психоз проявляется открыто уже в детстве». Подобной точки зрения придерживался и В. А. Гиляровский (1935), хотя и указывал, что у детей МДП встречается значительно реже шизофрении, а наиболее типичные клинические картины циркулярного психоза можно увидеть уже в период полового созревания, хотя описаны «типические случаи в возрасте 3-4 лет».

¹⁰ Первое сообщение. Окончание в следующем выпуске журнала.

Е. Краепелин (1904), изучая больных зрелого возраста с маниакально-депрессивным психозом, обнаружил, что в 0,4% случаев начальные проявления болезни приходятся на возраст до 10 лет и протекают в виде мании (цит. по Ю. Л. Нуллер и И. Н. Михаленко, 1988). По мнению Е. Краепелин, возраст первого приступа МДП в 1% случаев приходится на 10 лет, 3,5% - 15 лет, 17% - 20 лет (цит. по В. А. Гиляровский, 1935). М. И. Лапидес с 1921 по 1928 гг. в детском отделении Донской больницы наблюдал 9 больных с циркулярным психозом, 5 из них были дети до 10 лет (цит. по В. А. Гиляровский, 1929). А. М. Barrett (1931) указывал, что в 5% всех случаев МДП начинается до 14–16 лет. М. О. Гуревич (1932) из 1035 психически больных детей выявил МДП в 4 случаях. М. Bartho-Hall (1952) среди 1000 пациентов 5–16 лет у 6 диагностировала «аффективную болезнь», у 2 из них – МДП. По мнению Р. Kielholz (1965), маниакально-депрессивный психоз манифестирует в детском и подростковом возрасте в 3,4% случаев среди пациентов, обращающихся в психиатрические учреждения. W. Spiel (1969), обследовав 3000 больных, обнаружил 19 случаев циркулярного психоза с дебютом до 14 лет.

Е. В. Паничева (1975) в клинико-эпидемиологическом исследовании зарегистрировала распространенность МДП в возрасте от 0 до 19 лет 0,45 на 1000 населения и изучила 274 больных МДП, из которых у 24 заболевание началось в данном возрастном интервале. И. В. Буреломовой (1986) для уточнения распространенности гипоманиакальных состояний среди другой психической патологии в детском возрасте было проведено сплошное невыборочное изучение амбулаторных карт детей, обратившихся в течение одного года в диспансер при детской психиатрической больнице № 6 г. Москвы. В результате проведенного исследования была определена приблизительная распространенность гипоманий у детей – 0,44%, что, по мнению И. В. Буреломовой, «составляет незначительный процент от всех случаев встречающейся в детстве психической патологии». В то же время оказалось, что при рано начавшейся (до 10 лет) шизофрении, по данным этого же автора, гипоманиакальные расстройства встречаются довольно часто – в 16% случаев.

Вопросы эпидемиологии маниакальных состояний в детстве до настоящего времени являются мало изученными, что связано с известными трудностями. В особенности это касается маний, протекающих в рамках шизофренического и шизоаффективного процессов. Развернутых эпидемиологических исследований, целиком посвященных этой проблеме, в отечественной и зарубежной литературе нет.

История изучения маний у детей и подростков

Первое описание клинической картины мании было дано еще Гиппократом. Последователь Гиппократа Аретей Каппадокийский, живший во второй половине 1 века н. э., впервые указал на большую частоту мании в молодом возрасте, возможность перехода мании в экзальтацию. С тех пор в общей психопатологии появились многочисленные работы, посвященные маниям и гипоманиям в рамках различных нозологий (W. Griesinger, 1868; Е. Краепелин, 1913; Е. Bleuler, 1920; В. П. Сербский, 1912; Ю. В. Каннабих, 1914; М. П. Кутанин, 1914; В. А. Гиляровский, 1935; А. В. Снежневский, 1960; А. Я. Левинсон, 1963; И. И. Лукомский, 1964; А. С. Тиганов, 1969; М. А. Морозова, 1988, и др.). В тоже время вплоть до 90-х гг. XX века в руководствах по детской психиатрии маниакальные синдромы вообще не упоминаются или им посвящено несколько строк (А. Homburger, 1926; L. Kanner, 1937; A. Weber, 1955; H. Asperger, 1969; D. A. van Krevelen, 1964; G. Nissen, 1971; H. Remschmidt с соавт., 1973). Описания детских маний немногочисленны, чаще основываются на единичных клинических случаях, и те, как правило, именуются «казуистическими» или «исключительными» явлениями (P. Schilder, 1931; М. И. Лапидес, 1940; Г. Е. Сухарева, 1955; М. Porot, S. Vicario-Kiener, 1961; Д. Н. Исаев, 1983; А. Е. Личко, 1985).

Вместе с тем, первые указания на возможность маниакальных расстройств в детском возрасте имелись еще в XIX веке (L. Palmer, 1856; B. Morel, 1857; H. Emminghaus, 1887; П. И. Ковалевский, 1883). Так Е. Н. Greves (1884) сообщил о маниакальном состоянии у девочки 5 лет, которое сопровождалось страхами и галлюцинациями и закончилось почти полным выздоровлением. Ю. В. Каннабих (1914), P. Schilder (1931), J. F. McHarg (1954) указывали на возможность мании в детском возрасте, хотя и с оговоркой, что детская мания является редчайшей формой психической патологии, в существовании которой сомневаются многие исследователи. М. Bartho-Hall (1952) считала, что «истинная мания, характеризующаяся общим подъемом и скачкой идей, почти не известна у детей, хотя гипоманиакальные состояния встречаются». Такой же точки зрения придерживались и С. Bradley (1937) с Е. О. Poznanski (1980/81). L. Kanner (1937), H. Remschmidt et al. (1973), G. Nissen (1971, 1980) в своих учебниках и монографиях посвящают целые разделы аффективной патологии, однако маниакальные расстройства либо совсем не затрагиваются, либо лишь упоминаются как состояния противоположные депрессиям, а подробное описание маниакального статуса у ребенка отсутствует.

В иностранной психиатрической литературе XX века, посвященной изучению маниакальных состояний у детей, существовало несколько взглядов на данную проблему. Одни авторы (W. S. Sadler, 1952; М. Porot, S. Viscario-Kiener, 1961) давая клинические описания маний у детей, избегли вопроса о нозологической природе мании, ограничиваясь синдромальным диагнозом, считая его единственно правомерным. G. Nissen также (1971, 1972, 1975, 1984), отстаивал позицию синдромального диагноза

аффективных расстройств у детей, приводя следующие аргументы: во-первых, аффективные фазы у детей до 10 лет крайне редки, во-вторых, те расстройства настроения, которые отмечались в пубертате и походили на эндогенные, в дальнейшем, по прохождении данного возрастного коридора, исчезали и больше не повторялись, что автор считал несвойственным МДП, а для другого диагноза оснований не было. G. Nissen призывал не торопиться с нозологическим диагнозом по крайней мере до 3-5-го аффективного приступа, использовать динамическое наблюдение и катamnестическое исследование для установления нозологической принадлежности аффективного синдрома.

W. A. Weinberg, R. A. Brumback (1976) исследовали литературные данные и, включив собственные наблюдения маниакальных детей 2-11 лет, дали развернутое описание клинической картины детской мании как синдрома. В своей работе авторы также не обсуждали нозологическую принадлежность данных состояний, а лишь делили их по степени выраженности на манию и гипоманию, как это делал еще Н. Emminhaus (1890). Позиция синдромальной диагностики маниакальных расстройств в работах некоторых зарубежных авторов сохраняется до настоящего времени. Х. Ремшмидт (2001) в руководстве по детской и подростковой психиатрии, оговаривая редкость маний в детстве, пишет, что для маниакального синдрома у подростков свойственны выраженные колебания симптоматики, а также состояния возбуждения, тогда как эйфория отсутствует. При этом автор не затрагивает вопрос нозологической принадлежности маниакального синдрома. Кроме того, автор подчеркивает, что маниакальные эпизоды могут сопровождаться шизофреноподобной симптоматикой, поэтому для «надежной диагностики» необходимо динамическое наблюдение.

Наряду со сторонниками психопатологической, хотя и всего лишь синдромальной оценки маниакальных состояний, исследователи, примыкающие к психодинамическому течению, трактовали маниакальные состояния как возрастную норму на определенных этапах психического развития. М. Klein (1934) использует термин «маниакальная позиция защиты», под которым подразумевает отказ младенца от чувств печали и подавленности, вызванных встречами с преградами и собственными ограничениями в познании внешнего мира, заменой их на оживленность и экзальтацию. С. Bradley (1945) считал, что маниакальные состояния есть свойственная детям гиперактивность, которая является результатом эмоционального конфликта. D. W. Winnicott (1958), J. de Ajuriaguerra (1970) указывают, что нарушения поведения у детей вплоть до пубертатного возраста могут быть результатом мании, но маниакально-депрессивные расстройства представляют собой психодинамическую сущность, выделяющуюся уже в самом раннем возрасте, характерную для процесса нормального развития и исчезающую в процессе созревания. J. de Ajuriaguerra (1970) утверждал, что истинные маниакальные психомоторные кризы обнаруживаются у младенца до приобретения им автономии. Указанные состояния служат способом предъявления своих желаний, стремлением к общению. Вхождение ребенка в мир объектов сопровождается возбуждением и радостью, за которыми, по мнению автора, стоит глубоко скрытая сильная тревога. Такую же теорию выдвигала и М. Mahler (1961, 1966), написав, что подъем экзальтации у ребенка второго года жизни связан с уверенностью в своем всемогуществе. Это состояние после череды столкновений с неудачами и препятствиями на пути освоения мира сменится депрессией. Вышеперечисленные работы представляют интерес в связи с описанием клинических проявлений маниакальных состояний у детей раннего возраста.

Часто маниакальные расстройства детства рассматривались в рамках МДП. По мнению J. Kasanin (1931), J. D. Campbell (1952, 1955), M. Bartholomew (1952), P. Kielholz (1976), W. Spiel (1969), R. L. Potter (1983), такие состояния характерны, как правило, для детей старше 12 или даже 15 лет. Такого же мнения придерживаются Н. М. Жариков и Ю. Г. Тюльпин (2000). М. R. Lemke (2004) в монографии, целиком посвященной аффективным заболеваниям, ссылаясь на исследования канадских ученых А. М. Ghadirian, N. Roux (1995), указывает, что средний возраст начала мании в рамках МДП составляет 15,7 лет, подчеркивая, что маниакальная фаза наступает значительно раньше депрессивной. Лишь немногие исследователи, описывая маниакальные состояния у детей и подростков, относили их к шизофреническим процессам (Н. Stutte, 1967; Ch. Eggers, 1972, 1973).

А. Н. Esman et al. (1983) и Е. О. Poznanski et al. (1984) высказали предположение, что малая частота детских маний может быть связана с их гиподиагностикой за счет синдрома детской гиперактивности. С этого времени еще одной тенденцией в педопсихиатрии стало выяснение взаимоотношений между детской манией и разнородной по своему составу группой патологий, именуемой в настоящее время в МКБ-10 «гиперкинетическими расстройствами» (F90).

Отечественные детские психиатры, советские и российские, всегда стоявшие на позициях обязательности нозологического диагноза, считали неприемлемым останавливаться на синдромальной характеристике расстройства, так как это отражается на всей последующей тактике терапевтического ведения больного, реабилитационных мероприятиях и, в конечном итоге, прогнозе. Маниакальные расстройства трактовались ими в рамках различных нозологий. Ю. В. Каннабих (1914), М. О. Гуревич (1932), Н. И. Озерский (1938), С. С. Мнухин (1940), Г. Е. Сухарева (1955), А. С. Ломаченков (1971, 1978), Л. Ю. Да-

нилова (1992) изучали маниакальные расстройства при МДП; М. И. Лапидес (1970), И. В. Буреломова (1986), Л. Ю. Данилова (1987), Н. М. Иовчук (1975, 1989) – при шизофрении; М. О. Гуревич (1932), С. С. Мнухин (1940), М. И. Лапидес (1970) – в том числе при органических расстройствах. А. Е. Личко (1985), Ю. Л. Нуллер, И. Н. Михаленко (1988), В. В. Ковалев (1995) и др. в руководствах, учебниках и монографиях описывали маниакальные расстройства у детей в рамках МДП, шизофрении, шизоаффективных и органических расстройств.

Таким образом, можно проследить различие в подходах и позициях у зарубежных и отечественных авторов относительно описания, изучения и квалификации детско-подростковых маниакальных состояний.

Клиника мании у больных детского возраста

В работах зарубежных и отечественных авторов разных лет можно найти феноменологические описания маниакального статуса у детей, дающие представление об этом состоянии. Как наиболее частые и типичные проявления мании у ребенка можно привести описание Н. Emminghaus (1890). «Мания выражается в полном упущении всех обязанностей, все запрещения игнорируются, всякий стыд и приличия исчезают, уступая место дерзости, непристойности. Больной беспрестанно ходит и говорит в хвастливом тоне, почти все видит и слышит, легко находит слова для выражения быстро меняющихся идей, взгляд дерзкий и вызывающий, осанка смелая и уверенная, нецензурно бранится, теряет в весе, плохо спит». Это состояние, продолжал автор, «характеризуется экспансивным, заносчивым настроением, легко переходящим то в пароксизмы гнева, то в душевную печаль, непомерно быстрым течением представлений, переоценкой собственной личности и общим повышением желаний, из которых развиваются превратные стремления». В своей работе Н. Emminghaus привел клинические описания детей с данной патологией в возрасте от 5 до 15 лет. Автор делил манию по выраженности симптомов на гипоманию или «маниакальную экзальтацию» и «собственно манию» и считал, что после перенесенной мании у ребенка возможны и полное выздоровление и выход в слабоумие. Сходным образом описывал манию и В. Штраймер (1913, 1926), указывая, что веселость в этом состоянии «болезненная», кроме того, имеют место ускорение ассоциативных процессов, всех моторных актов, отсутствие утомляемости и нарушение сна.

Некоторые зарубежные авторы описывали проявления маниакальных состояний у детей, не квалифицируя их как мании ввиду отсутствия в структуре данных нарушений классических признаков, признанных в общей психопатологии. Так в 1968 г. Е. А. Frommer были описаны 19 детей с длительными эпизодами непродуктивной активности, отвлекаемостью, эмоциональной неуравновешенностью, неконтролируемыми вспышками деструктивного поведения и нарушением сна. R. Mises и M. Moniot (1970) писали, что у детей при отсутствии эйфории отмечались нарушения поведения и состояния «нервного возбуждения с неустанной моторной активностью, беспорядочной деятельностью, повышенной речевой активностью, часто с самим собой, шутками, гиперметаморфозом внимания, аутистическим отдалением от окружающего мира».

Таким образом, феноменологические описания маниакального синдрома у детей дают представление об этом состоянии, однако их нозологическая принадлежность остается неясной.

Возрастные особенности клиники маниакальных состояний

Маниакальные состояния у детей в различные возрастные интервалы имеют характерные особенности, возрастную атипичность. Наиболее характерными особенностями маний детского возраста А. И. Винокурова (1935) считала «возбуждение автоматической психомоторики до явных гиперкинезов включительно», а также преобладание страха, тревоги в аффективной сфере. Н. И. Озерский (1938) писал, что в клинической картине маниакально-депрессивного психоза у детей младшего возраста преобладают болтливость, психомоторная возбудимость, раздражительность.

Целый ряд авторов подчеркивал, что особенностью детских маний являются недостаточная напряженность аффективной симптоматики, преобладание моторных нарушений в виде речевой и двигательной расторможенности, которые сопровождаются потерей чувства дистанции, клоунадой, дурашливостью, фантазированием (J. Kasanin, 1931; С. С. Мнухин, 1940; J. D. Campbell, 1952; и др.).

W. Spiel (1961, 1972) отмечал, что мания до 10-летнего возраста обычно начинается с неусидчивости, может быть различной по продолжительности, но чем старше ребенок, тем длиннее становятся фазы, а доля маниакальных фаз относительно депрессивных уменьшается. Н. Stutte (1969) высказывал близкую точку зрения, указывая на наличие в клинике мании у детей агрессивности, склонности к кражам, поджогам, побегам, лживости, нарушений поведения в виде неповиновения и бесцельной гиперактивности.

В обширной работе R. Mises и M. Moniot (1970), посвященной изучению «психозов с дефицитом выражения», были описаны особенности маний у детей в разные возрастные интервалы. Исследователи считали, что маниакальные состояния возможны в любом возрасте от первых лет жизни до пубертата, однако каждому возрастному коридору присущи специфические признаки. Так, в первые два года преобладают расстройства сна и двигательное оживление. В возрасте от 3-4 лет и до пубертатного периода клиническая картина усложняется, появляются эротичность, конфликтность, паясничество, маниакаль-

ное возбуждение с импульсивностью, агрессивностью, неусидчивостью; психомоторное возбуждение с разрушительными тенденциями, эксплозивностью и полиморфизмом симптоматики.

К возрастным особенностям аффективных состояний в рамках шизофренического процесса у детей 9–16 лет Л. Ю. Данилова (1986, 1987) относилась выраженность соматовегетативных расстройств и наличие нарушений поведения, а также особую циркадность с углублением повышенного аффекта в вечернее время. М. И. Лапидес (1970), В. М. Башина (1981), Ю. С. Шевченко (2000, 2003) также указывали на высокую частоту в структуре маниакальных состояний процессуального генеза психопатоподобных проявлений, «которые могут маскировать саму манию». О маскировании маниакальных расстройств писали и А. А. Северный, Н. М. Иовчук (1984, 1985), Н. М. Иовчук (1989). По их наблюдениям, начальные гипоманиакальные расстройства эндогенной природы, особенно возникшие до 10-летнего возраста, сопровождались отчетливым витальным аффектом и вегетативными изменениями, которые порой заслоняли собственно аффективную симптоматику и формировали картину маскированных вегетативных гипоманий. Авторы настаивали на том, что термин «маскированная» мания понимает под собой только такое психопатологическое состояние, когда на фасаде имеются соматовегетативные нарушения, имитирующие физические органические и функциональные вегетативные расстройства, заслоняющие аффективную патологическую основу, хотя другие понимали под этим же термином и неврозоподобные, и психопатоподобные, и даже острые и хронические маниакально-бредовые синдромы.

Подробное обоснование возрастных особенностей детской психопатологии, в том числе и аффективных нарушений, было сделано В. В. Ковалевым (1995). Он выделил и описал онтогенетические уровни «патологического нервно-психического реагирования»: 1) соматовегетативный (0-3 года), для которого характерны различные варианты невропатического синдрома – повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности; 2) психомоторный (4-10 лет), характеризующийся проявлениями гипердинамического синдрома, системных невротических и неврозоподобных двигательных расстройств; 3) аффективный (7-12 лет) – характерны появление страхов, повышенная аффективная возбудимость, проявляющаяся психопатоподобным поведением; 4) эмоционально-идеаторный (12-16 лет) – характеризуется появлением сверхценных образований и большей части состояний из группы патологических реакций пубертатного возраста, включая психогенные патохарактерологические реакции. Данная систематизация возрастных особенностей психопатологии детства объясняет тот факт, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста аффективные нарушения как маниакального, так и депрессивного полюса будут проявляться, в том числе и гипердинамическим, психопатоподобным синдромами. Данные положения полностью подтверждаются описаниями возрастных особенностей маний М. В. Коркиной, Н. Д. Лакосиной, А. Е. Личко, И. И. Сергеевым (2002). Авторы указывают, что в дошкольном и младшем школьном возрасте признаками гипомании являются двигательная расторможенность, суетливость, многоречивость, непослушание и упрямство. В препубертатном и младшем пубертатном возрастных интервалах становится отчетливой эйфоричность, нарушения поведения приобретают более выраженный характер, возрастает агрессивность, присоединяется расторможение сферы влечений в виде повышенной сексуальности и прожорливости. Клиническая картина маниакальных расстройств у старших подростков, по мнению авторов, не отличается от таковой у взрослых.

Клиническая характеристика маний детского возраста в рамках МДП

Возможность манифестации циркулярного психоза в детстве с оговорками на его редкость допускалась многими авторами, однако относительно клинических особенностей мании данной нозологической принадлежности авторы придерживались различных мнений. Так, если Г. Е. Сухарева (1940) описала 4 случая циклотимии в детском возрасте со сменой фаз, идентичных циклотимии взрослых, то Е. Stransky (1911) говорит о рудиментарности и выраженной атипичности маниакально-депрессивных расстройств за счет смешанных состояний. О рудиментарности проявлений МДП у детей допубертатного возраста писали и Н. И. Озерецкий (1938), Г. К. Ушаков (1973). Близкого мнения придерживались R. Kuhn (1963), Н. Stutte (1967, 1969), Д. Н. Исаев (1983), которые, проанализировав особенности маниакальных расстройств в рамках циркулярного психоза в детском возрасте, отметили быструю сменяемость биполярных фаз и сделали вывод, что для маниакально-депрессивных расстройств у детей характерно наличие смешанных состояний, смена противоположных фаз может происходить в течение одного дня, так что разграничить два полярных состояния бывает трудно. Среди особенностей МДП у детей В. А. Гиляровский (1935) называл «малую типичность течения, недостаточную очерченность приступов, особенно в смысле начала каждого из них, окончания и чередования фаз». Однако М. О. Гуревич (1932), С. С. Мнухин (1940), считали, что короткие, частые фазы у детей, протекающие с «чрезвычайно стереотипной клинической картиной», хорошо отграничены от нормального состояния, хотя интервалы между ними сравнительно короткие.

В. А. Гиляровский (1935), М. О. Гуревич (1932), W. Spiel (1961), Н. Stutte (1967), J. de Ajuriaguerra (1970) придерживались единого мнения относительно того, что «чем меньше пациент, тем вероятнее, что,

если он заболит циркулярным психозом, то последний будет в маниакальной форме, а не в депрессивной».

Многие авторы обращали внимание на атипичность клиники маниакальных фаз, протекающих в виде гневливой мании, маниакального ступора (М. О. Гуревич, 1932), наличие в структуре фаз «импульсивных состояний», навязчивостей, дурашливости (Н. Stutte, 1967), расторможения сферы влечений (С. Д. Озерецковский, 1980), «делинквентных эквивалентов», психопатоподобного поведения (Н. Н. Бодянская, Н. Г. Барина, 1976; А. Е. Личко, 1985; М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев, 2002), полиморфизма (С. С. Мнухин, 1940). Н. I. Kaplan, В. J. Sadock (2002) указывают, что структура подростковой мании в рамках МДП может включать обсессивно-компульсивные симптомы, множественные соматические жалобы, значительную раздражительность, часто приводящую к дракам, антисоциальное поведение с употреблением алкоголя и наркотических веществ.

Первым развернутым исследованием МДП в детско-подростковом возрасте была работа А. С. Ломаченкова (1978). Он отмечал, что маниакальным состояниям свойственны «малая выраженность повышения настроения. В психопатологической симптоматике преобладают возбуждение и расторможенность разных сфер психической деятельности ребенка, в основном моторной и идеаторной, что придает маниакальным состояниям окраску поведенческих нарушений и обуславливает их многообразие. У мальчиков в маниях преобладают агрессивность, расторможенность; у девочек – повышенная самооценка в интеллектуально-эстетической сфере».

Несколько иную характеристику фазных гипоманий дает Н. М. Иовчук (1989). Автор отмечает «простоту и гармоничность аффективного синдрома» начальных гипоманий, возникающих, как правило, ближе к 10-тилетнему возрасту после повторных депрессивных состояний, стойкость проявлений аффективной триады в меняющейся внешней ситуации, повышенный витальный тонус, вегетативные изменения, контактность, подвижность, что при первых фазах имеет компенсирующий характер. По мере повторения гипоманий тимический и вегетативный компоненты тускнеют, более значимы в клинике становятся характерные изменения идеаторной сферы и расстройства влечений.

Л. Ю. Данилова (1992), описывая клинические особенности маниакально-депрессивного психоза в детском и подростковом возрасте, показала, что наряду с гармоничными по структуре аффективной триады «солнечными» маниями, могут иметь место и маниакальные состояния с раздражительностью, грубостью, конфликтностью, дурашливостью, и «крайне атипичные мании с односторонней активностью». Автор указывает на характерное для детей преобладание простых по структуре синдромов циклотимического и субпсихотического уровней; при наличии бредовых идей последние отличаются нестойкостью и неразвернутостью.

Таким образом, точки зрения различных авторов на феноменологию маний у детей не всегда совпадают. По-видимому, отечественные и зарубежные авторы описывают особенности различных клинических вариантов фазных маний детского возраста. И хотя каждое исследование обогащает представления о детских фазных маниях, однако дает неполное представление о данных состояниях.

Клиническая характеристика маний детского возраста в рамках шизофренического процесса

Не все случаи эндогенных маниакальных и гипоманиакальных состояний у детей и подростков соответствовали критериям маниакально-депрессивного психоза. Анализ линии развития и жизни больного с выявлением шизофренических симптомов формировал у многих исследователей представления о том, что мании у детей во многих случаях имели процессуальную природу.

Еще М. О. Гуревич (1932) выделял циркулярную форму шизофрении у детей и относил к ней такие случаи, когда периодические аффективные приступы, сходные по клинике с маниакально-депрессивным психозом, сочетались с основными симптомами и типичным для шизофрении исходом. Г. Е. Сухарева (1955) описывала маниакальные состояния шизофренической природы с интеллектуальным возбуждением вплоть до спутанности, а также допускала, особенно в пубертатном возрасте, наличие резкого двигательного беспокойства с обильными галлюцинациями.

С. Д. Озерецковский (1970) также изучал особенности течения шизофрении с аффективными приступами в детско-подростковом возрасте. Им был обследован 71 больной в возрасте 12–15 лет. Обозначенная автором «циркулярная шизофрения» имела 3 варианта течения. Первый вариант протекал как классический маниакально-депрессивный психоз с чередованием депрессивных и маниакальных фаз, и только последующие наблюдения выявляли присоединение галлюцинаторно-бредовой симптоматики, элементов психического автоматизма, что позволяло изменить диагноз на циркулярную шизофрению. Во втором варианте приступы сразу имели клиническую картину, указывающую на шизофрению, а аффективные, в том числе и маниакальные нарушения присоединялись и становились ведущими в последующих приступах. В третьем варианте картина маниакальных состояний сразу имела атипичный характер за счет кататонического и непродуктивного возбуждения. Продолжив изучение особенностей течения периодической шизофрении с аффективными нарушениями, автор в 1974 г. описал 27 мальчиков с возрастом к началу заболевания от 6 до 16 лет, у которых маниакальные состояния протекали с отсутствием яркости аффекта, а повышенное настроение зачастую имело черты злобности. Кроме того, имели место

бред, нарушения мышления с наплывами, обрывами мыслей и резонерством. Указанный полиморфизм присутствовал уже с первого приступа. Реже симптомы, патогномоничные шизофрении, присоединялись во 2-3 приступах, и с каждым последующим приступом аффективная симптоматика бледнела.

Мнение о нехарактерности для детского возраста типичных маниакальных состояний при приступообразной шизофрении высказывал М. Ш. Вроно (1967, 1972), подчеркивая, что при состояниях возбуждения «больше выступают дурашливость и манерность поведения, чем повышенное стремление к деятельности и повышенный темп ассоциаций». Автор считал, что для мании детства характерна атипичия аффекта с преобладанием эйфории, раздражительности, многоречивости, гневливости, дурашливости психомоторной расторможенности, нелепых шалостей без заражающей веселости и стремления к деятельности. По его мнению, маниакальные состояния при периодической шизофрении встречаются редко и преимущественно при повторных приступах, а как манифестация болезни не встречаются почти совсем.

Рассматривая приступообразную шизофрению с преобладающими аффективными расстройствами, Н. М. Иовчук (1974, 1975) разделила весь клинический материал на 4 группы по нарастанию прогрессивности: от наиболее благоприятных случаев, сближающихся с МДП, до отчетливо прогрессивной шубообразной шизофрении, протекающей по типу «простой» формы. Она отметила при всех вариантах болезни атипичность маниакальных синдромов: взбудораженная или дурашливая мания при шубообразной шизофрении, непродуктивная – при шизофрении, приближающейся к «простой» форме. С течением времени при прогрессивных формах болезни появлялись тусклость аффекта, его монотонность, нарастала частота смешанных аффективных состояний. Кроме того, автор указывала на парадоксальное сочетание маниакального состояния и страха. В 1981 г. Н. М. Иовчук и В. Г. Козюля описали атипичность эндогенных гипоманиакальных состояний в препубертатном и пубертатном возрастах следующим образом: они «лишены витального компонента, отсутствуют аффект веселья, чувство радости, бодрости, физического благополучия», преобладают «внутренняя взбудораженность, гневливость и монотонная активность, направленная лишь на предмет своего увлечения».

В. В. Ковалев (1985), как и многие вышеперечисленные авторы, считал психопатологическую структуру аффективных приступов при шизофрении сложной. По его наблюдениям, мании у детей младшего возраста помимо собственно маниакальных расстройств включают в себя явления деперсонализации, психические автоматизмы, нарушения мышления, бредовые компоненты. Маниакальные синдромы в возрасте до 3 лет атипичны и проявляются на соматовегетативном и психомоторном уровнях.

Большого внимания заслуживают описанные В. М. Башиной (1980) случаи шизофрении с манифестными маниакальными расстройствами в возрасте 6 и 9–10 месяцев, выражавшимися моторным возбуждением на фоне повышенного настроения с беспричинной веселостью, смехом, готовностью к контактам со всеми окружающими, укорочением сна, без признаков регресса. В этих случаях, по наблюдениям автора, в последующем течении болезни возникали аффективные расстройства с неврозоподобной симптоматикой.

В 1981 г. В. М. Башина, описывая аффективные нарушения при шизофрении, выделила гипоманию циклотимоподобного типа с довольно гармоничной по своей структуре классической триадой, которая наблюдалась преимущественно в доманифестном периоде болезни, и гипоманию с психопатоподобным поведением на фасаде, принимавшую затяжной характер течения. Также ею была описана мания, когда имело место «повышенное настроение с веселостью, двигательным беспокойством», при этом «идеаторное возбуждение было выражено в значительно большей степени» и реализовывалось через вымыслы, фантазии, однообразные игровые увлечения. Такое состояние М. В. Башина определила как «фантастическая мания». Второй вариант мании – «апродуктивная мания» – характеризовался моторным возбуждением, подчеркнутыми инстинктами и влечениями. По наблюдениям автора, оба варианта мании встречались при первых и последующих приступах болезни.

В зарубежной литературе лишь немногие авторы допускали возможность шизофрении с ведущими аффективными нарушениями в детско-подростковом возрасте. Ch. Eggers, H. Stutte (1969), Ch. Eggers (1972, 1973) писали об особенностях детских маний при шизофреническом процессе. Авторы обнаружили качественное отличие аффективных состояний в продромальном периоде и уже в течение болезни. Циклотимоподобные расстройства продромального периода шизофрении весьма сходны с фазами циркулярного психоза, а вот аффективные состояния, появляющиеся в процессе шизофрении через некоторое время, лишены яркости аффекта, имеют характер дистимических «плоских волн». Подобную специфическую динамику аффекта при циркулярной шизофрении от типичных ярких переживаний в продромальном периоде, сходных с таковыми при МДП, до атипичных блеклых и диссоциированных аффективных синдромов в развернутых стадиях болезни обнаружили и отечественные авторы (В. М. Лупандин, 1972; Г. К. Ушаков, 1973). Помимо этого, Ch. Eggers пытался найти зависимость между прогрессивностью процесса и аффективными расстройствами, которые появлялись в продромальном периоде болезни и в течении психоза. Он пришел к заключению, что появление маниакальных нарушений никак не отражает степень злокачественности шизофрении.

Н. Stutte (1967, 1969) считал, что шизофренический процесс при аффективных нарушениях у детей и подростков следует заподозрить, когда возникают явления деперсонализации, нарушения мышления, гебоидность и удлинение фаз. Автор полагал, что в детском возрасте установить нозологический диагноз чаще всего возможно после 3-5-го аффективного приступа.

Наиболее подробные и обоснованные исследования маний и гипоманий при шизофрении у детей и подростков принадлежат отечественным психиатрам, в работах которых даны описания особенностей маниакального статуса процессуального генеза.

Типология маний детского возраста

В 80-х гг. XX века отечественные психиатры провели обширные клинические исследования для изучения и описания типологии, особенностей течения маний в детстве в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении и органических поражений головного мозга. Одним из первых в 1970 г. типологическую классификацию маниакальных расстройств у детей предложил М. И. Лапидес, изучавший изменения аффективной сферы при интоксикациях, органических поражениях головного мозга и шизофрении.

По наблюдениям автора, при шизофрении преобладали истинные маниакальные и гипоманиакальные состояния, а также эйфории с дурашливостью (гебефренией) и эйфории при парафреническом синдроме. Все эти состояния характеризовались противоречивостью и разлаженностью психики. При истинных маниях быстро тускнел аффект радости, появлялись эмоциональная уплощенность, бездеятельность, «расщепление» (например, философствование о самоубийстве при повышенном настроении), вспышки агрессии, гнева. При гебефрении повышенное настроение было лишено жизнерадостности, присутствовали вычурность, неадекватность, нелепость поведения. Отсутствовала настоящая радость и у пациентов с эйфорией при парафреническом синдроме: «настроение как будто повышено, но оно диссоциировано, идеи величия сочетаются с идеями преследования». При органических поражениях головного мозга М. И. Лапидес выделил и описал маниакальные состояния с нерезким помрачением сознания, эйфорию с благодушием, эйфорию с психопатоподобным поведением, мориоподобные состояния.

Феноменология маниакальных состояний при шизофрении у детей и подростков являлась предметом исследований В. М. Башиной (1977, 1981, 1983), Л. Ю. Даниловой (1986, 1987, 2002), И. В. Буреломовой (1986), Н. М. Иовчук (1989). Эти авторы, изучавшие маниакальные состояния у детей в рамках одной и той же нозологической единицы, выделяли различное число типологических вариантов этих состояний. Кроме того, некоторые типы маний имели схожие клинические описания в работах нескольких исследователей, однако носили различные названия.

Описывая аффективные расстройства у детей 1–8 лет при малопрогредиентной и злокачественной приступообразной шизофрении, В. М. Башина (1977, 1980) подразделяла детскую манию на следующие типы: «собственно мания», «циклотимоподобная гипомания», гипомания с психопатоподобным поведением, апродуктивная и фантастическая мании, а при злокачественной шизофрении выделяла стертые гипомании с дурашливостью, возникающие в период стихания позитивных расстройств и сменяющие состояния вялости с монотонно-безразличным поведением. Л. Ю. Данилова (1986, 1987), изучая клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов, обследовала 79 больных в возрасте от 9 до 16 лет. В процессе исследования она выделила 5 феноменологических типов гипоманий: 1) «простая» (гармоничность всех компонентов аффективной триады), 2) благодушная (превалирование аффекта над моторным и идеаторным компонентами маниакальной триады; аффект в виде беспечного довольства и безмятежности), 3) дурашливая (атипичный аффект в виде благодушия со смешливостью, неадекватными шутками, нелепыми проказами и клоунадой), 4) гипомания с раздражительностью (умеренно приподнятый аффект в сочетании с недоброжелательностью, вспыльчивостью, придирчивостью, подчеркнутой конфликтностью), 5) гипомания с односторонней активностью (выраженное повышение витально-энергетического тонуса при отсутствии или незначительной выраженности собственно тимического компонента, с возникновением сверхценного увлечения). При этом благодушная и дурашливая гипомании отличались снижением или отсутствием продуктивности, тогда как прочие гипоманиакальные состояния характеризовались ее увеличением, что иногда компенсировало личностный дефект. Девиантное поведение, проистекающее из особенностей аффекта при дурашливой гипомании и гипомании с раздражительностью, в ряде случаев затмевало собственно аффективные нарушения. В целом, гипоманиакальные состояния отличались мономорфностью структуры, исчерпывавшейся в большинстве случаев атипичным аффективным симптомокомплексом и личностными особенностями подростка.

Еще один вариант типологической классификации маниакальных состояний при детской шизофрении был предложен И. В. Буреломовой (1986). Гипоманиакальные расстройства у данной группы детей отличались диспропорциональностью аффективной триады, что было положено в основу их типологии. Выделено 4 основных варианта гипомании: 1) гипердинамическая (преобладание двигательного возбуждения при незначительном увеличении или отсутствии идеаторного оживления и тимического

компонента триады), 2) гипомания с односторонней активностью (преобладание идеаторного возбуждения и активности, связанных со сверхценными интересами аутистического характера, патологическим фантазированием), 3) «благодушная» (сочетание эйфории с удовольствием собой и окружающими, благорасположенность, беспечность, отсутствие обидчивости), 4) «дурашливая» (преобладание дурашливого оттенка настроения с намеренной нелепостью высказываний, гримасничаньем). «Дурашливые» гипомании выявлялись в основном на фоне выраженного шизофренического дефекта. Общими особенностями гипоманий являлось отсутствие витального аффекта, сочетание собственно аффективных нарушений с другой продуктивной симптоматикой (страхи, навязчивости).

Фазные мании в рамках шизофрении и циклотимии изучала Н. М. Иовчук. В докторской диссертации «Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте» (1989) ею была представлена подробно разработанная типология маниакальных расстройств, в основу которой положена доминирующая составляющая аффективного синдрома: собственно аффективные расстройства, двигательное возбуждение, идеаторное возбуждение, а также вегетативный компонент, способный маскировать гипоманиакальный синдром. Автор выделила 10 феноменологических вариантов мании: 1) простая («солнечная» с гармоничной маниакальной триадой); 2) благодушная (доминирующий аффект удовольствия с беспечной бездумностью, необоснованной монотонной веселостью, со снижением активности и продуктивности вплоть до полной бездеятельности); 3) дурашливая (преобладающий аффект нелепой веселости с неадекватным гримасничанием и клоунадой, психомоторным возбуждением при снижении продуктивности); 4) с раздражительностью (повышенная раздражительность в сопровождении резких колебаний аффективного фона и вспышек гнева с драчливостью, злобностью, брутальными тенденциями при отсутствии выраженного психомоторного возбуждения); 5) гипердинамическая (преобладание моторного возбуждения с потребностью в движении при незначительной выраженности тимического и идеаторного компонентов маниакального синдрома); 6) гиперстеническая (преобладание повышенного волевого тонуса, что проявляется в повышении активности, целенаправленности, внутренней собранности с ощущением физической бодрости, неистощимости энергии, неутомимости при незначительной выраженности или полном отсутствии приподнятого настроения); 7) со сверхценными увлечениями (преобладание повышенной волевой активности, направленной на достижение ограниченной цели при малой дифференцированности аффекта, отсутствии двигательного возбуждения и незначительной выраженности соматовегетативного компонента); 8) с патологическим фантазированием (идеаторное возбуждение с повышенной целенаправленной активностью при слабой выраженности тимического и двигательного компонента; вся деятельность концентрируется вокруг собственных фантазий, не имеющих перспективы, цели и практического смысла); 9) с гебоидными расстройствами (дисфорическое настроение с доминированием нарушений поведения, связанных с появлением неодолимых, часто компульсивных влечений садистического, сексуального характера с дромо-, пиро-, клептоманическими тенденциями и повышением активности, направленной на удовлетворение этих влечений); 10) вегетативная (доминирование соматовегетативного компонента при отсутствии или незначительной выраженности других аффективных симптомов). В рамках фазных аффективных состояний чаще всего встречались простая, с раздражительностью, гипердинамическая, гиперстеническая и вегетативная гипомании. Среди всех эндогенных маниакальных состояний, изучаемых Н. М. Иовчук, помимо маний фазного характера были также хронические гипомании и мании психотического уровня, встречающиеся только при шизофрении. Из 10 типологических вариантов маниакального состояния, выделенных автором, хронические гипомании исчерпывались благодушными, дурашливыми и гипердинамическими типами, гипоманиями со сверхценными увлечениями, гебоидными расстройствами и патологическим фантазированием; психотические – дурашливыми, гипердинамическими гипоманиями и гипоманиями с патологическим фантазированием.

Заметно меньшее число научных работ посвящено изучению и описанию типологических вариантов маний у детей в рамках циклотимии и МДП, что может быть объяснено относительной редкостью данных состояний в детском возрасте. Помимо вышеописанной работы Н. М. Иовчук (1989), которая изучала детские маниакальные состояния не только при шизофрении, но и в рамках циклотимии, данную проблему освещали W. Zeh (1956), А. С. Ломаченков (1978). Впервые типология циклотимных маниакальных расстройств была представлена W. Zeh (1956). Исследователь создал ее, основываясь на степени выраженности и интенсивности маниакального аффекта. Он расположил 6 вариантов маний по возрастающей в следующем порядке: 1) «веселая», радостная, с экзальтацией физического самочувствия (по некоторым отечественным авторам, «солнечная»); 2) «раздраженная», гневливо-сварливая; 3) «возбужденная»; 4) со скачкой идей; 5) «спутанная»; 6) «экспансивная» (цит. по А. С. Ломаченков, 1978).

Маниакальные состояния у детей и подростков в рамках МДП были объектом научного интереса А. С. Ломаченкова. В 1978 г. он опубликовал работу, целиком посвященную изучению клиники и течения данных состояний, привел наблюдения 88 больных в возрасте от 5 до 12 лет, из которых у 55 наблюдались маниакальные фазы, и выделил три типа маниакальных состояний по аналогии с работой W. Zeh (1956): «возбужденная» (наиболее многочисленная группа), «солнечная» и «гневливая» мании.

Клиника «солнечных» маний характеризовалась гармоничной по структуре триадой с отчетливым повышением настроения и восторженным восприятием окружающего мира и собственной личности, что мало отличается от таковых состояний у взрослых. Особенности «гневливых» маний было доминирование в статусе раздражительности, бесцеремонности, стремления командовать, протестов против режима на фоне повышенной двигательной активности, стремления к деятельности, многоречивости. Такие больные стремились занять лидирующее положение, настаивали на проведении реформ в методах лечения, требовали предоставления им «свобод», организовывали детей на побег. Речь изобилвала нецензурной бранью. Клиника синдрома «возбужденной» мании была очень разнообразна. Термин «возбужденная», по мнению автора, отражал наиболее общую клиническую характеристику этих состояний - наличие той или иной степени выраженности психомоторного возбуждения - от усиления двигательной активности (больные были неусидчивы, по несколько раз в день делали зарядку, пели, танцевали) у одних пациентов до присоединения к этим проявлениям и идеаторного возбуждения в виде многоречивости, способности одновременно заниматься несколькими «глобальными» делами, у других. Также имели место элементы переоценки собственной личности, повышение и расширение коммуникабельности за счет преодоления обычных возрастных границ робости и стеснения. Собственно аффект у данной группы больных, по наблюдениям А. С. Ломаченкова, повышен не был. Иногда отмечались «протрагированная напряженность или кратковременная, преходящая раздражительность» различной степени выраженности. У некоторых подростков отмечались очерченные периоды асоциального поведения. По мнению автора, малая выраженность повышения настроения, возбуждение и расторможенность разных сфер психической деятельности, в основном моторной и идеаторной, придает маниакальным состояниям у детей и подростков окраску поведенческих нарушений.

«Возбужденные» мании эндогенной природы изучались Ю. С. Шевченко (2000, 2003). Автор исследовал 30 пациентов мужского пола, поступавших на лечение в ДПБ № 6 с диагнозом «гиперкинетическое расстройство». В процессе динамического наблюдения в 23 случаях был установлен диагноз шизофрении, в 7 – биполярное аффективное расстройство. Ведущим синдромом во всех случаях был синдром «возбужденной мании». По мнению Ю. С. Шевченко, одним из основных признаков, позволяющих выделить данный тип маниакального расстройства, является неравномерность аффективной триады с преобладанием моторного и идеаторного возбуждения на фоне незначительно приподнятого настроения. Двигательное беспокойство, импульсивность, повышенная возбудимость, гиперметаморфозы внимания часто были столь выражены, что затмевали другие нарушения и делали клиническую картину возбужденной мании похожей на клинику синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

А. С. Ломаченков и Ю. С. Шевченко сходным образом описывают ведущие нарушения при возбужденной мании. Однако, в отличие от А. С. Ломаченкова, Ю. С. Шевченко описывает «возбужденную» манию в рамках не только МДП, а преимущественно в структуре заболеваний шизофренической природы.

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

- 1) каждый исследователь, изучавший детские мании, выделял различное количество типологических вариантов маниакальных состояний (от 3 до 10);
- 2) некоторые варианты маниакальных состояний (простая, дурашливая, благодушная, мания с раздражительностью) выделялись и были признаны большинством авторов;
- 3) другие типы маниакальных расстройств описывались сходным образом разными авторами, но имели отличные названия. Например, «мания со сверхценными увлечениями», по Н. М. Иовчук, именуется Л. Ю. Даниловой как «мания с односторонней активностью», а И. В. Буреломовой «манией с монотонной активностью». Термин «гипердинамическая» мания использовался И. В. Буреломовой и Н. М. Иовчук. В. М. Башина, описывая подобное состояние, называла его «гипоманией с психопатоподобным поведением», а W. Zeh, А. С. Ломаченков, Ю. С. Шевченко – «возбужденной манией». Все авторы, описывая данный тип мании, акцентировали внимание на атипичности маниакальной триады, когда тимический компонент оставался в рамках нормы либо был незначительно повышен. Преобладание моторного и идеаторного возбуждения легло в основу названия данного вида мании – «возбужденная» - в работах W. Zeh, А. С. Ломаченкова, Ю. С. Шевченко. Внешняя схожесть клиники описываемого варианта маниакального состояния с картиной поведения детей с гипердинамическим синдромом послужила, по всей видимости, основанием для обозначения этого расстройства как «гипердинамической» мании в работах И. В. Буреломовой и Н. М. Иовчук;
- 4) простая («солнечная»), гиперстеническая, гипердинамическая, возбужденная гипомании и гипомания с раздражительностью («гневливая») выделялись авторами при циркулярном психозе и шизофрении, тогда как благодушная, дурашливая гипомании, а также гипомании со сверхценными увлечениями (с монотонной, односторонней активностью), патологическим фантазированием, гебоидными расстройствами – только в рамках шизофренического процесса.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 17 мая 2005 г. на кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования. Присутствовали 27 человек (преподаватели и аспиранты кафедры детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии РМАПО, сотрудники НЦ психического здоровья РАМН, преподаватели и студенты Московского городского психолого-педагогического Университета).

Докладывает аспирант кафедры Л. В. Пилюгина.

Ведущий - кандидат медицинских наук А.А. Северный.

Ребенок Х, 9,5 лет, ученик 3 класса. Наблюдается на кафедре с 8-летнего возраста.

Наследственно-семейный фон:

Линия отца

Дед, в прошлом мастер спорта, по профессии психолог, работает менеджером по персоналу. Неуравновешенный, вспыльчивый, «постоянно орал на детей».

Бабка по линии отца - учительница, «сложный человек».

Отец, 32 лет, имеет 2 высших образования: закончил факультет иностранных языков и геологический факультет. В армии не служил, т. к. имел отсрочку в связи с обучением в институте. Замкнутый, невозмутимый. Развелся с матерью ребенка вскоре после его рождения. С сыном не встречается.

Линия матери

Дед, 73 лет, пенсионер, физик. Неуравновешенный, возбудимый. Злоупотреблял алкогольными напитками до прошлого года. Иногда гуляет с внуком, жжет с ним в лесу бумагу.

Бабка, 71 года, пенсионерка. Имеет среднее техническое образование, химик. Работала в лаборатории МГУ. По характеру «сложная», властная, холодная, несдержанная, «хозяйка в доме», замкнутая, пессимистичная, «не очень умная». Сирота с 13 лет. В молодости подверглась сексуальному насилию. Крайне негативно относится ко всему, что связано с вопросами пола, близкими отношениями между мужчиной и женщиной. Была против брака своей дочери. В беседе с врачом крайне отрицательно высказывалась относительно попыток своей дочери устроить личную жизнь. Считает, что та должна посвящать все свое время сыну. После выхода матери ребенка на работу все свое время посвящает внуку. Водит его в школу, делает с ним уроки, но часто с мальчиком не справляется. Ведет дневник, в котором записывает все консультации, обращения к врачам, фиксирует имена специалистов, их назначения.

Троюродная бабушка - «странная».

Троюродный дядя - отрезал себе половой член.

Мать, 39 лет, имеет высшее экономическое образование. Характеризует себя спокойной, выдержанной, с ровным настроением. В детстве была очень стеснительной, во время учебы в институте стала более общительной. Сотрудничает с врачом, однако факт наличия душевного заболевания у своего ребенка не признает. Врача называет на «Вы», но по имени, несмотря на то что врач многократно представлялась ей по имени и отчеству. В беседах спокойно делится деталями своей личной жизни, готова обсуждать их с врачом, хотя они никак не относятся к целям встреч. К сыну относится несколько отстраненно. Часто, описывая особенности сына, дает диаметрально противоположные характеристики. Так, рассказывая о его поведении, сказала: «Он всегда найдет, что испортить. Скорей бы он уже в милицию попал». В другие моменты, обсуждая с врачом его состояние, отрицает наличие болезни, считая, что у сына такой характер, что «он мальчик чувствительный, ранимый, необычный, имеет гениальные задатки, которые пока не проявились». Кроме того, мать может позвонить вечером и попросить госпитализировать сына, затем через несколько дней говорит, что «больница и таблетки личность не исправят». Данные ей рекомендации начинает выполнять, однако, сталкиваясь с нежелательными на ее взгляд эффектами препаратов, например, сонливостью, самостоятельно отменяет терапию. В настоящий момент на проведение лекарственной терапии не настроена.

Мать ребенка характеризует отношения со своей матерью (бабушкой мальчика) как очень плохие, считает, что та ее не любит. Дома находится в постоянном напряжении, т. к. «с ней надо держать ухо востро». Объясняет это тем, что, вспыхнув, бабушка все выплескивает наружу, может обругать, обозвать. «Не знаю, что она чувствует, думает обо мне, ее истинного отношения ко мне». В вопросах воспитания мальчика мать и бабушка не придерживаются единой линии. Так, если мать иногда относится к ребенку попустительски, то бабушка бывает слишком строга, придирчива, что вызывает дополнительные конфликты с мальчиком.

Тетка, 45 лет. По образованию медицинская сестра. Работает в школе учительницей труда. Взыскательная, неуравновешенная. Замужем. Имеет 3 здоровых детей. Отношений с семьей нашего обследуе-

мого не поддерживает.

Семья состоит из мальчика, его матери, бабушки и дедушки по линии матери.

Ребенок от третьей беременности (две предыдущие беременности закончились медицинскими абортми). Беременность протекала с токсикозом до 4-го месяца, повышенным тонусом матки на всем протяжении и анемией. 6-й месяц беременности совпал с летней жарой. На этом фоне у беременной начались отеки, которые прошли после спада жары. Во время беременности принимала эссенциалексфорте, эуфиллин, отвар листьев брусники и медвежьих ушек.

Роды в срок, амниоцентез в родах. По словам матери, бригада врачей оставила ее одну в родильном зале на длительное время; опасаясь причинить какой-нибудь вред ребенку, мать «сдерживала схватки», и они стихли. Врачи диагностировали «слабость родовой деятельности» и провели родоразрешение кесаревым сечением. О состоянии ребенка при рождении мать ничего не знает, но при выписке прочитала в карте, что он перенес «гипоксию в родах». Родился с весом 3250 г, длиной 51 см. К груди приложен на 2 сутки. Выписаны из роддома на 9 сутки.

В течение первых 3 месяцев жизни у мальчика отмечалось нарушение сна: по ночам ребенок кричал, беспокойно спал; днем сон был также поверхностным; спал по 45 минут, затем просыпался, и его укачивали 15 минут, а затем цикл повторялся. Ел 12 раз в сутки, через каждые 2 часа, в том числе 4 раза за ночь - до 6 мес., до года сохранялись 2 ночных кормления, до 4 лет - одно ночное кормление. С самого начала сосал лениво, а затем и вовсе отказался брать грудь. Тем не менее, получал грудное молоко до 1 года 1 мес. С рождения пил много воды, в том числе и ночью - до 3 лет. Реагировал на мокрые пеленки.

Раннее психомоторное развитие: встал на ноги в 5 мес., стал ползать в 6 мес., сидеть в 7 мес., самостоятельно пошел в 10 мес., первые слова появились до 1 года, фразовая речь в 1 года 2 мес. Рос очень подвижным, быстро ползал. Был нетерпеливым, плохо переносил чувство голода.

Перенесенные заболевания: краснуха, ветрянка, грипп, бронхит.

Развитие от 1 до 3 лет: речь была нечеткой, путал отдельные буквы. Навыки опрятности формировались очень медленно и только с 2,5 лет; ночью пользовались подгузниками до 4 лет 4 мес. Мальчик обслуживал себя крайне неохотно, часто отказывался умываться, требовал, чтобы его одевали и кормили. В еде был крайне избирателен. У ребенка самостоятельно сформировался режим дня: просыпался около 8 часов утра, 2 раза спал днем (с 11 до 12.30 и с 16 до 19), засыпал только в 1 час ночи. Перед засыпанием просил, чтобы его гладили по телу, чесали уши ватной палочкой, без этого не засыпал. Спал беспокойно, крутился, часто перекидывал подушку, мог упасть с кровати. В связи с этим до 7 лет спал в детской кроватке с высокими бортами. Любил мыться, однако странно вел себя, когда мать вытирала ему волосы полотенцем - весь выгибался, говорил, что ему больно. Эта особенность сохранялась до последнего времени.

С 2-летнего возраста стал оставаться с бабушкой. За ним трудно было уследить - ребенок везде лазал, все хватал, откручивал шпингалеты, все дверцы у шкафов были на веревках и резинках. По словам матери, мальчик был веселый, озорной, возбудимый, очень требовательный и капризный. К сверстникам не тянулся, дрался с ними. Со взрослыми был общительным, без чувства дистанции, с мамой - очень ласковым. Любил игры в войну, аварии, нравилось играть со струей воды, с водой в тазу, резать бумагу ножницами. Не любил конструктор, пазлы. Ломал свои игрушки. Как говорят родители, «в нем никогда не было созидательной ноты». Несколько раз ломал свой детский стульчик, бросая его на пол. Во время прогулок уходил от матери. Тянулся к огню, очень любил все поджигать. Так, в 2 года 10 мес. поджег лавку во дворе.

Близкие очень рано обеспокоились поведением мальчика. По этому поводу обращались к районному психоневрологу, однако тот никаких отклонений в развитии ребенка не находил.

В возрасте 4 лет, во время отдыха в Болгарии, ушел от матери из отеля, был найден и возвращен полицией. Дома гулял только со взрослыми, при этом возился в помойках, искал зажигалки, «язычки» от пивных банок. На порицания, наказания не реагировал. Ловко лазал по деревьям и канату. В 5-летнем возрасте, на отдыхе в санатории, мальчик вытащил ключи от всех кабинетов, чем устроил переполох в учреждении. Вытаскивал и собирал все ключи, которые попадались ему на глаза. Тяга к ключам сохранялась до 7 лет.

В 4 года 8 мес. ребенок стал посещать логопедический детский сад. Через 8 мес. мальчика пришлось из детского сада забрать, т. к. на него постоянно жаловались воспитатели и родители детей. Он не выносил телесного контакта - бил детей, когда они пытались взаимодействовать с ним, отнимал игрушки. Однажды выбросил игрушки из окна группы. На занятиях не мог сидеть. Логопед отказалась заниматься с ним, потому что он срывает занятия. Заведующая детским садом неоднократно советовала матери отвести мальчика на комиссию, с тем чтобы установить задержку развития. В этот же период ребенок посещал группу подготовки к школе, где также был неуправляем, мешал детям, ходил по классу, кукарекал, никого не слушал. Мальчик занимался в секции плавания, где были те же проблемы - не

слушался тренера, делал все наоборот, мешал заниматься детям. Его терпели 3 года, но потом тоже попросил забрать. Дома мальчик также был очень труден. Он ломал все игрушки, а потом разбивал их молотком, резал бумажки - чтобы никто не воспользовался ими. Из игр предпочитал солдатиков и машины, с которыми устлавал «аварии». Иногда «с остервенением мазал одним цветом раскраски». Был всегда весел и все проделывал с улыбкой на лице. Мама так говорит о сыне: «Энергия бьет ключом», «Всюду все портит, найдет, чем насолить людям», «Выдумки, идеи разрушительного характера». Усадить его за какие-либо занятия было практически невозможно, только со скандалом. С весны 2002 г. (с 6,5 лет) стал на прогулках убежать от деда, через несколько часов сам возвращался домой. Приносил мусор с помоек домой, сжигал его. Найденные старые велосипеды разбирал. Собирал бумагу, которую не позволял выбрасывать, собирал и сдавал бутылки. Говорил, что главное для него в жизни иметь много денег. Ежедневно издевался над своей кошкой.

Бабушка обратилась за помощью к психологам МГУ, которые направили ребенка в Центр патологии речи при городской больнице № 23, где ребенок был осмотрен психиатром, психологом, были проведены также электроэнцефалографическое и эхоэнцефалографическое исследования. ЭЭГ — в пределах возрастной нормы, очаговая и эпи-активность не обнаружены. Эхо-ЭГ - без патологии. Психиатром были назначены: глицин, пантогам, циннаризин, фенибут, сонапакс, неулептил с корректором. Кроме того, психологом было проведено несколько занятий. Занятия были платными и приходилось далеко ездить, поэтому мама решила найти другой центр, ближе к дому. Так в 6,5 лет мальчик попал в медико-психологический центр Северо-Восточного административного округа Москвы, где был проконсультирован психоневрологом, психологом и дефектологом. Врачом были назначены сонапакс и фенибут. Психолог стал активно заниматься ребенком. Все специалисты говорили о неготовности мальчика к школе. Весной 2002 г., когда ребенку было 6 лет 8 мес., при оформлении обменной карты мальчик был осмотрен невропатологом районной детской поликлиники, который диагностировал минимальную мозговую дисфункцию. Для уточнения диагноза мать обратилась к психоневрологу в поликлинику Управления делами президента, где был назначен неулептил с циклодолом и рекомендовано госпитализировать ребенка в психиатрическую больницу. Все предыдущие попытки медикаментозного лечения, по словам матери, были безрезультатны, поэтому данное назначение она выполнять не стала. Однако предприняла очередную попытку найти помощь и обратилась за консультацией к нейропсихологу из медико-психологического центра Северо-Западного административного округа Москвы. Проведя 3 занятия, этот специалист признал свою беспомощность и посоветовал провести системную диагностику нарушений минерального обмена. В это же время ребенок прошел комиссию в медико-психологическом центре Северо-Восточного административного округа, после чего матери рекомендовали обратиться к районному психиатру, что ею и было сделано. Районный психиатр также посоветовал госпитализировать мальчика в психиатрическую больницу. В результате мальчик был проконсультирован врачом диспансера, диагностировано психическое расстройство и рекомендована госпитализация. До госпитализации мать в частном порядке проконсультировалась у врача детской психиатрической больницы № 6, который, со слов мамы, поставил диагноз «аутизм с гиперактивностью». Госпитализировать сына мать не решилась. Летом 2002 г. (мальчику 7 лет) на отдыхе в Сочи мать начала давать сыну неулептил с циклодолом. Тогда же сдала волосы для диагностики нарушений минерального обмена.

В сентябре 2002 г. ребенок пошел в первый класс. К этому времени умел читать по слогам, писать печатными буквами, выполнял простейшие арифметические действия на наглядном материале в пределах 10. В самом начале стали возникать конфликты с учительницей из-за поведения мальчика. Учительница называла его «ненормальным», «больным», оскорбляла, била. Несмотря на отвратительное поведение на уроках (ползал по классу, прятался под парты, сбрасывал учебники и ручки у детей), когда с ребенком невозможно было справиться, он усваивал программу и 1-й и 2-й классы закончил хорошо. В течение первого учебного года посещал 1 раз в неделю нейропсихологические занятия в Центре лечебной педагогики. По прошествии учебного года было сделано заключение, что ребенок психически здоров и в услугах Центра не нуждается. Состояние и поведение мальчика оставались неизменными.

В этот период ребенок начал воровать деньги в торговых центрах, лечебных учреждениях. Он заходил в подсобные помещения, залезал в сумки сотрудников и брал деньги. Стал также собирать различные рекламные объявления, звонил по указанным телефонам. Самостоятельно отгадывал кроссворды, заполнял и отправлял купоны, мечтая получить денежный приз. Играл в монополию, любил агрессивные компьютерные игры, от которых его было трудно отвлечь.

В апреле 2004 г. (8 лет 8 мес.) мать обратилась в больницу ЗИЛа, где при проведении электроэнцефалографического исследования были обнаружены «дизонтогенетические нарушения с наличием высокоамплитудной диффузной медленной активности с акцентом в теменных отделах и повышенной судорожной готовностью». Вслед за этим было проведено 25 компьютерных процедур по методу биологической обратной связи - с нулевым результатом. После консультации нейропсихолога в Центре психо-

лого-педагогической реабилитации и коррекции Центрального административного округа обратились на кафедру детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, где был назначен лепонекс 50 мг/сут. С этого времени наблюдается на кафедре.

Психический статус (при первичном осмотре в домашних условиях 6 июля 2004 г. - мальчику 8 лет 10 мес.). Находится в постоянном движении. Мимика однообразная. На лице постоянная улыбка, часто не адекватная ситуации. С трудом удается отвлечь от игры в автомат «однорукий бандит». Во время беседы с большим внешним усилием на короткое время удерживается на стуле, при этом постоянно ерзает, крутится. Вскрикивает, бежит по коридору. Часто просит пить. Выпив пакетик сока, с удовольствием топает по нему ногой и хохочет при виде брызг. На замечания бабушки не реагирует. Контакт формальный. На общие вопросы отвечает односложно, на ходу. На тестирующие вопросы отвечает сразу, не задумываясь. Нисколько не смущается явным несоответствием ответа. При настойчивом повторении вопроса и жесткой стимуляции дает верный ответ. К врачу даже после нескольких замечаний обращается на «ты». К выполнению заданий привлекается с большим трудом. Часто отвлекается, через короткое время начинает хныкать, говорит, что устал, а потом и плачет. Нуждается в постоянной стимуляции. На одобрения не реагирует. Стремится убежать из комнаты. Вырвавшись, увлеченно продолжает свою игру на игрушечном автомате. Общий запас сведений и представлений определить в полной мере не удается.

В процессе терапии лепонексом резко усилились агрессивные вспышки. По любому мелкому поводу настойчиво требовал своего, при отказе крушил все вокруг, громко бранился, кричал, рыдал. При плавной отмене лепонекса стал еще более возбудимым, носился по коридору, «как заводная игрушка», больше, чем обычно, мучил кошку, на замечания по этому поводу отвечал: «Моя кошка, что хочу, то и делаю». Через некоторое время состояние ребенка вернулось к обычному для него. По-прежнему на прогулках с бабушкой без всякой брезгливости лазал по помойкам, собирал там старые книги и у метро продавал их - копил деньги на компьютер. Как-то нашел канистру с маслом, вырыл в земле лунки, налил в них масло, чуть не поджег. Затем разбил палкой стекло на 1-м этаже, убежал из дома с мальчиком-соседом с асоциальным поведением. Ночью мальчиков остановила патрульная милиционная машина, доставила в милицию, откуда бабушка и забрала его домой. Постоянно врал. Единственным средством воздействия на ребенка являлось обещание дедушки вместе пожесть бумагу в лесу.

Однажды, возвращаясь вместе с бабушкой и дедушкой с прогулки, увидел маму, возбудился, побежал по лестнице к квартире. Пока взрослые поднимались на лифте, спустился вниз, помочился у двери в подъезд, затем второй раз при бабушке в лифте, когда она пошла его возвращать. При этом испытывал явное удовольствие.

В первых числах августа 2004 г. ребенку был назначен рisperлепт. В течение 15 дней доза препарата была увеличена до 1 мг/сут. В это время ребенок стал еще больше пить и мало есть. Ночной сон стал поверхностным. Вечером долго засыпал, несмотря на то что ложился после полуночи. Спал иногда со светом, говоря, что боится темноты. Вставал раньше обычного (около 8 часов). Стал разговаривать во сне. Появилась выраженная потливость. В прохладную погоду просил одевать его теплее. По словам мамы, стал часто сплевывать слюну. Днем рвался на улицу, обследовал помойки, собирал макулатуру. С прогулок сам не возвращался до часа ночи. Когда находился дома, играя на компьютере, смотрел телевизор. Открывал окна, начинал что-нибудь громко кричать прохожим. Злил домашних, получая от этого удовольствие. Порой беспричинно ласков с матерью, бабушкой. Часто звонил матери на работу, давал указания сотрудникам, которые отвечали на звонок. Стал просить устроить его на работу, чтобы зарабатывать и копить деньги. По-прежнему издевался над кошкой. Тянулся к одному подростку с делинквентным поведением.

Психический статус (19.08.04): Получает в течение последних двух дней рisperлепт в дозе 1 мг/сут. Дождаясь консультации, бежит по коридору. В кабинет входит свободно, сразу начинает обследовать его, залезает под стол. Контакт формальный. Поддерживает зрительный контакт, не избегает тактильного. На лице почти постоянная улыбка. На вопросы отвечает односложно. В голосе выраженные пuerильные интонации. В общении с врачом не соблюдает дистанцию, спрашивает, например: «А ты кто?» Постоянно перемещается по кабинету. Залез в мусорную корзину, стал с удовольствием разбирать находящиеся там бумаги. Забрал весь бумажный мусор, сказал, что будет его жечь. Хватает все, что попадает ему по руку. При этом ни на чем не задерживается долго, тут же переключаясь на новый объект. Пытается залезть в шкафы, открыть окно. Игнорирует все замечания. При расспросе подтверждает страх темноты, говорит, что боится чудовища. Более подробную информацию получить не удается. На вопрос о том, кто из домашних самый близкий друг, отвечает: «Кошка, Саша» (асоциальный подросток). На все тестирующие вопросы об окружающем отвечать не стал.

Постепенно доза рisperлепта была доведена до 1,5 мг/сут. На этой дозе мать стала отмечать «отупение» - мальчик не мог решать задачи, которые прежде давались легко. Через некоторое время при той

же дозе rispолепта на фоне соматического благополучия был однократный подъем температуры с рвотой. На следующий день после еды пожаловался на боль в области желудка, его вновь однократно рвало. Учитывая данные обстоятельства, было принято решение об отмене препарата и подготовке документов для госпитализации.

К началу сентября мальчик стал совершенно неуправляем, как говорила мать, «лазал по стенам», ни секунды не сидел на месте, «устраивал истерики», оскорблял близких, нецензурно бранился, отказывался посещать школу.

28.10.04 ребенок был госпитализирован в детское отделение НЦ психического здоровья РАМН, где находился до 28.01.05. В стационаре в первые три недели ничего не ел, падал в обморок, очень похудел, часто его рвало. Часто, по несколько раз в день звонил маме, плакал, на свиданиях также плакал. Получал: галоперидол 4,5 мг/сут., циклодол 3 мг/сут., финлепсин 200 мг/сут., кордиамин, витамины. Впервые был отпущен в отпуск 26.11.04. Впервые после ванны спокойно дал вытереть голову полотенцем. При этом был, по словам мамы, «потерянный, прибитый». С 3.12.04 в терапию был введен аминазин 75 мг/сут. Дома опять стал рано просыпаться, шумел, мучая кошку, отказывался от уроков. То есть, по словам мамы, стал «как прежде». С 14.01.05 в терапию был введен азалептин 25 мг/сут. Поведение - без изменений. На фоне проводимой терапии отмечались слюнотечение, тремор рук, нечеткая речь. Мальчик не мог решать задания по математике. По ночам вскакивал в испуге, ходил во сне, не просыпаясь. Перестал играть на игровой приставке. Согласился выбросить собранную бумагу. На прогулке бросился к помойке, но на угрозу матери уйти домой вернулся.

Выписан на поддерживающей терапии галоперидолом (4,5 мг/сут.), азалептином (25 мг/сут.) с циклодолом (7 мг/сут.), финлепсином (200 мг/сут.). Было рекомендовано индивидуальное обучение. За время стационарирования поправился на несколько килограмм. После выписки часто жаловался на головную боль.

02.02.05 мать пожаловалась районному детскому психиатру на «отупение» сына, невозможность занятий в школе в таком состоянии. Врач рекомендовала снять азалептин, что и было сделано в тот же день. Вечером 04.02. у ребенка началась рвота, которая продолжалась весь следующий день. Вся терапия была отменена мамой.

10.02.05 на консультации в НЦПЗ было рекомендовано следующее лечение: галоперидол 2.25 мг/сут., эглонил 200 мг/сут., циклодол 3 мг/сут., финлепсин 200 мг/сут. Мать решила до консультации на кафедре терапию не начинать.

Психический статус (17.02.05): Ожидая в коридоре, отказывается заходить в аудиторию. Согласился войти только вместе с мамой. Вошел с улыбкой на лице и быстрым шагом направился к столу. При попытке пожать руку вырывается, избегая тактильного контакта. На лице однообразная улыбка. Часто невпопад смеется. Контакт формальный. В ответ на шутку неадекватно громко и долго хохочет, повторяя ее. В первые минуты крутится на стуле, нагибается, выдвигает ящики столов, найденные бумажки выбрасывает на пол. В ответ на замечания смеется. С трудом привлекается к беседе. На вопросы отвечает сразу, не задумываясь, или игнорирует их. Не может правильно ответить на вопрос о том, что общего между троллейбусом, трамваем и автобусом. На вопрос, является ли ракета транспортом, ответил: «Нет, туда пускают не людей, а собак». Часто в ответах прослеживается тяга к развлечениям. Так, сказал, что грузовик предназначен для того, чтобы «катать людей», а ракета является «космическим развлечением». Стремится уйти от беседы. Встает, лазает под столом, пытается залезть на пианино. Затем начинает бегать и прыгать по аудитории. Иногда на ходу отвечает на вопросы. Ползает на четвереньках по столам, показывает присутствующим язык. Ловко забрался на кафедру, сел спиной к аудитории, затем спрыгнул с нее. На замечания не реагирует. При попытке удержать вырывается. Услышав, что будет платить за беспорядок, стал ползать и собирать все, что разбросал. Долго отказывался покинуть аудиторию, кричал, что хочет поговорить, но вновь начинал бегать. Выведенный в коридор, рвался назад. Был силой одет мамой. Не дожидаясь ее, выбежал на улицу.

После обсуждения были рекомендованы: галоперидол с корректором, финлепсин, пантогам. Мать начала давать лекарства с 18.02.05, и в течение недели дозы были увеличены: галоперидола - до 3 мг/сут., циклодола - до 4 мг/сут., финлепсина - до 300 мг/сут., пантогама - до 500 мг/сут. По словам мамы, в первую неделю терапии мальчик стал несколько спокойнее, сам садился за уроки, хорошо сообщал. Сохранялся страх темноты. Ребенок засыпал только с открытой дверью, при этом на кухне должен был гореть свет. Дожидаясь мать с работы, часто отказывался ложиться, говорил, что не может без нее уснуть. Сон оставался беспокойным, иногда мальчик падал с кровати. После 2 недель лечения усилились агрессия и двигательное беспокойство. Вновь стал хуже усваивать учебный материал, не мог решить простые задачи. Почерк опять стал мелким, как и во время предыдущего лечения. Матери было рекомендовано увеличить галоперидол до 4.5 мг/сут. и планировалось ввести в терапию неуплептил. Однако мать самостоятельно решила вновь отменить лечение, начала постепенно снижать дозы препаратов и к 25.03.05. терапия была полностью снята.

В настоящий момент мальчик остается очень сложным в поведении: дома постоянно конфликтует с бабушкой и мамой, кричит, перечит, оговаривается на любое замечание, бросается с кулаками на близких. Под угрозой госпитализации в течение нескольких часов иногда пытается сдерживаться. Требуется к себе постоянного внимания. Если вечером мама не приходит домой, то на следующий день мальчик отказывается идти в школу. По утрам, когда его будят, начинает драться, скандалит. Сам не одевается. Проснувшись, сразу бросается к кошке и мучает ее. В школе успевает на «3», «4», «5». Дома делает уроки только со взрослыми. Уточняет каждое действие, постоянно переспрашивая: «Правильно?» Отказывается учить правила русского языка, таблицу умножения. Во время прогулок собирает зажигалки, ездит на велосипеде. Домой иногда приходит после полуночи. Выезжая с мамой за город, жжет там бумагу и сухую траву. В общественных местах находиться с мальчиком невозможно. Хорошо ведет себя только в компьютерном центре, куда его возит мать. За последние 2 месяца не получая лечения, похудел и вернулся к своему прежнему весу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Консультация психолога, канд. психол. наук Н. В. Зверевой.

Использовались методики:

1. наблюдение
2. беседа
3. заучивание 10 слов
4. парные ассоциации
5. конструирование объекта
6. включение подкласса в класс
7. отыскивание чисел по таблицам Шульте

Мальчик обследован в присутствии матери в середине дня. Время обследования – около 40 минут с вынужденными перерывами в связи с неадекватным поведением ребенка.

Мальчик формально соглашается на обследование, хотя на контакт не идет, не слушает инструкции, не всегда отвечает на поставленные вопросы, не смотрит в глаза собеседнику. В поведении преобладают черты негативизма. На просьбы и доводы психолога не обращает внимания, играет в «Тетрис», не прекращает это занятие, несмотря на просьбы и психолога, и матери. В кабинете ведет себя свободно, поведение с элементами полевого, отвлекается и на знакомое, и на незнакомое в рабочем помещении психолога, требует удовлетворения его желаний немедленно (например, просит разрешения зажечь спички, свечки и т. п.), в ходе работы дважды выбегает из кабинета, запирается от психолога, испытывает удовольствие от неприятных переживаний взрослых, связанных с его поведением.

Полноценное обследование провести не удалось в связи с трудностями поведения и негативизмом испытуемого. Речь с особыми интонациями и темпом, громкая. Фон настроения повышенный. Задания практически не вызывают познавательного интереса. Мотив экспертизы не формируется. Понимание инструкций практически недоступно из-за мотивационных нарушений. Дополнительные пояснения и контроль со стороны психолога не всегда оказываются действенными. Выраженной реакции на неуспех не обнаружено. Темп работы зависит от вида деятельности, но в целом – достаточный, с выраженными проявлениями пресыщения, продуктивность интеллектуальной деятельности диссоциирована и снижена.

Исследование интеллектуальной деятельности показывает существенные нарушения произвольной регуляции деятельности. Использование сильных смысловых связей увеличивает объем удержанного материала. Исследование вербально-логического мышления доступными средствами показало отчетливые особенности мышления по шизоидному типу: искажение процесса обобщения, опору на латентные и несущественные признаки предметов, нарушения избирательности мышления, а также неравномерность достижений. Обучение новым формам деятельности несколько затруднено, требует специальных усилий со стороны психолога (повторение инструкции, усиление контроля и регуляции поведения). Можно констатировать нарушение операционального, динамического и, главным образом, мотивационного компонентов мышления. Сформированность основных мыслительных операций в пассиве, возможно, на уровне возраста, в активе – на первый план выступают нарушения мотивационной сферы и произвольной регуляции деятельности.

Внимание в специальных пробах на поиск чисел в пределах возрастной нормы по времени, есть вработываемость, мотивирующая инструкция может оказать незначительный положительный эффект. Выраженные трудности произвольной концентрации внимания по требованию другого.

Резюме: выраженные нарушения произвольной регуляции деятельности, мотивационно-личностные нарушения, диссоциация развития познавательной деятельности, (особые гипотезы, опора на латентные признаки), особенности контактов, своеобразие личности, нарушение мотивации. Нуждается в специальных условиях обучения (возможно, индивидуальная форма) в зависимости от общего

состояния психической деятельности.

Заключение нейропсихолога, канд. психол. наук В. А. Корнеевой.

Ребенок постоянно в движении, быстро истощается, отвлекается, дает отказ при выполнении некоторых заданий.

Исследование латеральных предпочтений: ведущая рука - правая, ведущее ухо - левое, ведущий глаз - правый. По результатам нейропсихологического обследования выявлена дефицитарность пространственного, динамического и кинестетического праксисов. Реципрокная координация рук недостаточно сформирована. Вектор восприятия слева направо и сверху вниз. Затруднено определение времени по часам. Фигуры Тейлора и Рея-Остерица перерисовывает, допуская искажения в конфигурациях, пропорциях и соотношениях частей. Тактильная чувствительность снижена. Затруднено воспроизведение ритмов по образцу. Устный счет затруднен, программа не удерживается. Слухоречевая память в пределах возрастной нормы. Фонематический слух в пределах возрастной нормы. Дефицитарность речевой артикуляции и кинетики. Понимание логико-грамматических конструкций не нарушено. При выполнении большинства проб отмечаются проблемы с удержанием программы деятельности.

На основании проведенного исследования можно предположить наличие функциональной дефицитарности подкорковых образований и функциональной несформированности префронтальных (лобных) отделов головного мозга.

БЕСЕДА ВЕДУЩЕГО С МАТЕРЬЮ РЕБЕНКА

А. А. Северный: Усваивает ли ребенок школьную программу?

Мать: Да, но он совсем не занимался английским языком, поскольку такого учителя не нашлось для индивидуального обучения.

А. А. Северный: Общается ли мальчик с детьми? Есть ли у него круг общения?

Мать: Может обратиться к любому, если возникла необходимость, но постоянного круга общения у него нет. Гуляет один или с теми, кто его старше по возрасту, например, с девушкой 18 лет.

А. А. Северный: Можете ли Вы сказать, что мальчик контактный?

Мать: Очень контактный. Может добиться всего, чего захочет. Был случай, когда не мог попасть в квартиру из-за неисправности домофона. Так он встал перед окнами, покричал женщине на балконе, продиктовал номер домашнего телефона, чтобы его встретила бабушка.

А. А. Северный: Есть ли что-то содержательное в деятельности ребенка?

Мать: Разве что игра на компьютере, в остальном деятельность бессодержательная, скорее - разрушительная.

А. А. Северный: Какой у него основной фон настроения?

Мать: Всегда приподнятый, веселый, и при этом хулиганит, безобразничает.

А. А. Северный: Когда Вы стационарировали мальчика в Центр психического здоровья, у него был такой же фон настроения?

Мать: Да, такое настроение у него от рождения.

А. А. Северный: С какого возраста, с Вашей точки зрения, был излишне веселым?

Мать: Всегда. Во всяком случае есть видеозапись, когда ему 3 мес., на которой он все время веселый. Кроме того он стремительно развивался, например, встал раньше, чем сел.

А. А. Северный: Скажите, когда Вам было с мальчиком радостно?

Мать: Никогда. Пока был грудничком, из-за его беспокойства я спала не больше 3,5 часов в сутки, а ел он по 12 раз в сутки. Всегда было трудно, поскольку был возбужден.

А. А. Северный: В какой позе он спая, пока был маленьким?

Мать: На коленках, на четвереньках.

А. А. Северный: Какие у мальчика предпочтения в еде?

Мать: Не ест рыбу, селедку, баночную икру. Никогда не брал в рот ничего несъедобного.

А. А. Северный: Когда Вам было с ним тяжелее всего?

Мать: Всегда тяжело, постоянно невыносимо, нет никакого покоя. Нельзя его ни на минуту оставить, постоянно надо за ним гоняться.

А. А. Северный: Вы можете описать его приподнятое настроение?

Мать: В нем больше дурачества, чем веселья. Кроме того он «работает» на публику, стремится обратить на себя внимание. Для этого, например, ломал игрушки.

А. А. Северный: Как он реагирует, если ему что-то запрещают?

Мать: Может обзывать, ударить; для него нет никаких преград, его никогда было нельзя наказать, так как он все равно нарушает запрет.

А. А. Северный: Сколько он может заниматься одним делом?

Мать: Минут 10, не больше.

А. А. Северный: Он устает или ему надоедает?

Мать: Трудно сказать. Нет вялости, сонливости, слез. Может часами смотреть мультфильмы. Сейчас новое увлечение - велосипед, может гонять на нем без усталости по несколько часов. Один раз катался на велосипеде 9 часов подряд.

А. А. Северный: На домашнем обучении мальчик успевает так же хорошо, как в школе?

Мать: Да, он умный, очень хорошо и быстро усваивает.

А. А. Северный: Можете ли Вы отметить, что какое-то лечение влияет на поведение мальчика положительно?

Мать: Все лекарства действуют парадоксально. Сейчас без лечения то же самое, что на лечении. На лечении был так же агрессивен, дурашлив, но еще и стал хуже соображать.

А. А. Северный: Был ли когда-нибудь период плаксивости?

Мать: В августе 2004 г. (во время попытки лечения rispoleptom) и марте 2005 г. (при введении новых препаратов). Кроме этих моментов вообще никогда не страдал и не плакал, даже при помещении в больницу не страдал и шел туда после домашнего отпуска с удовольствием.

А. А. Северный: Были ли среди назначенных препаратов ноотропы?

Мать: Да, фенибут, пантогам.

А. А. Северный: Как Вы относитесь к перспективе лечения мальчика? Решили жить с таким, как есть, и ждать улучшения?

Мать: Препараты не подействовали. Может быть, нужно ждать возрастного излечения?

А. А. Северный: Как сам мальчик относится к лечению?

Мать: Отрицательно.

А. А. Северный: Есть ли еще вопросы к матери ребенка?

Аспирант В. А. Баранова: Есть ли фантазии у ребенка?

Мать: Нет, он абсолютно конкретный.

Профессор Ю. С. Шевченко: Есть ли у мальчика страхи?

Мать: Только 2 недели, пока вводились новые препараты в НЦПЗ, боялся оставаться один и спал при свете.

А. А. Северный: Не устраивает пожаров?

Мать: Дома - нет. Однажды поджигал на балконе бумагу, бросил ее на чужой балкон, там все сгорело. За городом, в лесу поджигает бумагу.

Ю. С. Шевченко: Мальчик что-нибудь коллекционирует?

Мать: Зажигалки, язычки от пивных бутылок. Книжки продавал, бутылки сдавал - хотел разбогатеть.

А. А. Северный: Есть ли у него сексуальные проблемы?

Мать: Нет.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЕНКА ВО ВРЕМЯ КОНСИЛИУМА

Вбегает в аудиторию, громко стреляя из пистолета. Выглядит значительно моложе своего возраста. Мимика, интонации голоса детские, манерные. На лице постоянная широкая улыбка. Совсем не смущаясь присутствием большого числа взрослых, разваливается в кресле, но непрерывно вертится, ложится на стол, не прекращает стрелять и во время беседы. Вдруг залезает под стол, а потом вприпрыжку бежит по всей аудитории, ни на минуту не останавливаясь, прячется за кафедру. Просит ведущего закрыть глаза и прячется под последний стол, крича оттуда, чтобы его нашли. Отвечает не на все вопросы, не дает до себя дотронуться, отталкивает руку, вырывается при попытке его удержать. Говорит, что его вполне устраивает домашнее обучение, не нравится в классе, потому что там «злая учительница». Устает от всех уроков, потому что ему не нравится учиться - «неинтересно». При этом считает, что живет «очень хорошо». На большинство вопросов отвечает: «не знаю». Не знает, что будет делать, когда вырастет, кто для него самый близкий человек. В беседе не заинтересован, часто отвечает бездумно, мимоходом. Так же вприпрыжку, не оглядываясь и не прощаясь покидает аудиторию.

А. А. Северный: Теперь мы предоставляем слово лечащему врачу для заключения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА

Ведущим расстройством в настоящее время является хроническое гипоманиакальное состояние. По структуре триады гипомания атипичная, т. к. моторное возбуждение в виде двигательной бури преобладает над идеаторным и собственно аффектом. Сам аффект также имеет особенность - «веселье» ребенка не заражает окружающих. Кроме того, невзирая на повышенный аффект, мальчик формален, продуктивный контакт с ним невозможен.

На фоне гипоманиакального состояния выступает расторможение влечений (тяга к поджогам, кражам) с отчетливым гебоидным радикалом (мучает кошку, доставляет неприятности матери и бабушке, получая от этого удовольствие). Стремление копаться в помойках, собирательство выброшенных зажигалок, «язычков» от пивных банок, которые затем просто складываются дома, можно расценить как проявления анэтического комплекса.

Еще одним из продуктивных симптомов является страх темноты, что идет вразрез с гипоманиакальным состоянием и является одним из признаков диссоциации. Другим признаком диссоциации является привязанность к матери, с одной стороны, и стремление ее оскорбить, ударить, с другой.

Негативная симптоматика представлена выраженным психосоциальным инфантилизмом, эмоциональной дефицитарностью, аутистичностью и отсутствием целенаправленной деятельности, продуктивности при сохранном интеллекте.

Оценивая всю историю болезни ребенка, можно сказать, что она плотно переплетена с историей развития с самого рождения. Грубые нарушения инстинктивной жизни в первые месяцы жизни, изначально диссоциированное развитие (встал раньше, чем пополз) и повышенная двигательная активность в сочетании с повышенным фоном настроения, улыбчивостью позволяют предположить, что патологический процесс манифестировал в первые месяцы жизни ребенка, долгое время оставаясь относительно стабильным. Мальчик рос автономным, не стремился и не умел выстраивать отношения со сверстниками. Все игры и увлечения носили агрессивно-разрушительный характер. До 3-летнего возраста к указанным расстройствам присоединились нарушения влечений в виде стремления к поджогам. Постепенно нарастали трудности в поведении. Около 4-летнего возраста мальчик все время на прогулках проводил на помойках, собирал мусор, сжигал его, какой-то хлам приносил домой, собирал старые зажигалки, «язычки» от пивных банок. Большинство увлечений того периода имели единственную цель - обогащение (продавая у метро старые книги, отгадывал кроссворды, отправлял их в надежде получить приз). Позднее, в 9 лет, на фоне стойкого гипоманиакального состояния появился страх темноты. Рассматривая аффективные нарушения в динамике, можно отметить как минимум 2 периода (в 9 и 9,5 лет), когда они достигали субпсихотического уровня. Имевшую место инверсию аффекта, когда ребенок постоянно плакал, можно расценить как реактивную депрессию, связанную со стационарированием.

Страдание данного ребенка мы расцениваем как эндогенный процесс шизофренического спектра с ведущим фасадным расстройством в виде хронической гипомании. Кроме того, имеет место расторможение влечений с отчетливым гебоидным радикалом.

ДИСКУССИЯ

Студентка III курса факультета психологического консультирования МГППУ М. Г. Франц-лих: Насколько объективно, что медицинское (медикаментозное) вмешательство не имеет положительного результата?

Л. В. Пилюгина: Здесь отмечается явная парадоксальная реакция на препараты. При малых дозах отмечаются сильные и неожиданные побочные эффекты. Возможно, отсутствие эффекта связано и с кратковременностью лечения - мать быстро отменяет препараты, которые сразу вызывают отрицательную реакцию.

Ю. С. Шевченко: Что все же мать пугает больше в лечении: то, что появляются вегетативные нарушения (рвота, толстеет), или то, что становится не таким умным?

Л. В. Пилюгина: В основном лечение отменяется из-за негативной установки матери. Мальчик на некоторых видах терапии становится все же более упорядоченным, но появление побочных явлений становится основанием для отмены лечения.

Студентка III курса факультета психологического консультирования МГППУ Н. А. Зонина: На основании чего был поставлен диагноз - аутизм с гиперактивностью?

Л. В. Пилюгина: Этот диагноз назван со слов мамы. На самом деле это была консультация очень опытного врача, который редко ошибается.

Доктор мед. наук Н. М. Иовчук: Думаю, под давлением матери врач сказал понятное, чтобы не говорить страшное.

Ю. С. Шевченко: К матери привязан, но как он относится к бабушке, к деду, которые живут в одной с ним семье?

Л. В. Пилюгина: С ними отношения конфликтные: к бабушке - явная агрессия, деда использует, но к нему эмоционально индифферентен.

Н. М. Иовчук: Нельзя не согласиться с лечащим врачом в том, что клиническая картина болезни в данном случае в основном определяется гипоманиакальным состоянием, имеющим хронический характер, поскольку длится оно многие годы - вероятно, с первых месяцев жизни ребенка. Типологически это хроническое гипоманиакальное состояние можно определить как непродуктивную дурашливую гипоманию с выраженными элементами истероидности. Среди продуктивных психопатологических расстройств наряду с гипоманией выступают патологические влечения, к которым относятся пироманические, дромоманические, клептоманические тенденции и, что самое неприятное, садистические влечения - стремление причинить душевную или физическую боль и нескрываемое удовольствие от страдания тех живых существ, которым эта боль причинена. Если патологические влечения патогномичны гипоманиакальному аффекту, то страхи для него парадоксальны и во многом определяют диспропорцио-

нальность психического состояния. Дисгармоничность, диссоциированность усугубляются также тем обстоятельством, что гипомания выступает на фоне дефицитарных личностных расстройств и, прежде всего, выраженных аутистических особенностей, а также эмоциональной тупости, ригидности, формальности, крайне низкой продуктивности деятельности и грубых черт психофизического инфантилизма. Все эти признаки относятся к негативным психопатологическим расстройствам и являются результатом болезни. По-видимому, болезнь началась рано - на первом году жизни, постепенно к гипоманиакальным расстройствам присоединились патологические влечения, которые со временем становились все более сложными и разнообразными, а в дальнейшем и страхи. Возникшая с первых месяцев жизни гипомания оказала существенное влияние на развитие ребенка, что сказалось в опережении моторных функций и речи. Интеллектуально ребенок сохранен, но интеллект не столь высокий, как это может показаться с первого взгляда, а снижение энергии, узко направленная непродуктивная деятельность и во все приводят к существенным трудностям в обучении. Речь в данном случае идет, по моему мнению, о шизофреническом процессе - рано начавшемся, но негрубом, малопрогрессирующем. Характерной для таких случаев является наследственность: холодная, отстраненная, экспансивная мать, очевидные аутистические особенности отца, отсутствие манифестных психозов по обеим линиям, но много «странных», «чудаковатых», необычных родственников. Непереносимость психотропных препаратов является также общей особенностью детей с подобными психопатологическими расстройствами, ранним началом и сходным течением процесса, что, по-видимому, обусловлено очевидной резидуально-органической почвой, на которой развивается ранняя детская шизофрения. Таким детям подбирать лечение все-таки обязательно надо, хотя бы для того, чтобы сохранить их в социальной жизни. Подбор препаратов осуществляется в течение длительного времени, ограничен буквально 7-10 наименованиями и сводится к почти гомеопатическим дозам.

Н. В. Зверева: Смущает, что будет с ребенком в подростковом возрасте. Ведь на сегодняшний день нет отставания, но и нет опережения в развитии. Поскольку происходит нарастание дефицитарности, могут появиться проблемы в обучении. С моей точки зрения, социальный прогноз в настоящем случае плохой.

Ю. С. Шевченко: Может быть, мать интуитивно права, отменяя лечение. Что получится, если снять гипоманиакальное расстройство? Мальчик останется не возбужденным и не продуктивным, что может значительно помешать в социальной жизни. Органические стигмы в данном случае представляют собой органическую почву или патогенетически предопределяют развитие такого раннего процесса? При отсутствии гипомании и при наличии резидуально-органической недостаточности были бы проблемы с учебой, но их компенсирует гипомания. Вероятно, органика определяет непереносимость психотропного лечения. Возможно, с возрастом он станет переносить его гораздо легче. В данном случае первичными были шизоаффективные расстройства, приведшие к возникновению дефицитарных расстройств.

Н. А. Зонина: Почему, Анатолий Алексеевич, Вы спросили о сне на корточках?

А. А. Северный: Такой сон характерен для шизотипического диатеза, так же как асинхрония развития (встал раньше, чем сел и пополз). Все это относится к симптомам риска. Они могут остаться особенностью развития, а могут стать предтечей шизофренического процесса. Такие дети требуют особого внимания, так как процесс может начаться когда угодно.

Н. А. Зонина: К какому расстройству относится жжение бумаги?

А. А. Северный: Это симптом нарушения влечений.

Н. А. Зонина: Мог ли вызвать принимаемый матерью во время беременности эуфиллин болезнь у ребенка?

А. А. Северный: Мать принимала этот препарат в самом конце беременности. Органические повреждения плода на таких сроках уже невозможны.

Студентка III курса факультета психологического консультирования МГППУ **Е. С. Солоденкова:** Могла ли мать в родах сдерживать схватки?

А. А. Северный: Схватки сдержать невозможно. По-видимому, на самом деле была слабость родовой деятельности, что и обусловило необходимость кесарева сечения.

Е. С. Солоденкова: С чем было связано, что ребенок ел каждые 2 часа?

А. А. Северный: Это, скорее всего, было проявлением его возбуждения.

В завершение консилиума необходимо решить самые главные вопросы: Что делать? Можно ли помочь ребенку? Как ему помочь?

Сегодня в психическом статусе ребенка следует обратить внимание на следующие особенности:

- 1) Выраженное психомоторное возбуждение.
- 2) Повышенный аффект.
- 3) Автономная деятельность.

4) Невозможность ни разу поймать его взгляд. Основной проблемой является вовлечение в контакт, но этот контакт ему не нужен. Такой контакт характерен для аутичных детей.

5) «Бедный», «пустой» аутизм, поскольку нет мира особых фантазий. В связи с этим и игра у ребенка бедная - ему нечего выразить игрой, а деятельность чисто внешняя, непродуктивная.

6) Эгоцентрическое мышление и элементы эгоцентрического поведения, что выражается в том, что больной мгновенно подчиняет ситуацию тому, что ему нужно.

7) Имеются и аутистический, и истерический радикалы (то, что мать называет «непрерывной игрой»). Этот радикал усложняет картину болезни и усложняет контакт с ребенком. Для того чтобы войти в контакт с шизоидом, надо войти в его внутренний мир; для того чтобы войти в контакт с истериком, надо его хвалить. Истерошизоиды - самый трудный контингент для психотерапии и коррекции.

8) Примитивизм. Психический инфантилизм. Эмоционально-социальная недоразвитость при благоприятных интеллектуальных предпосылках. Раньше обнаруживал опережающее развитие. Со временем стал соответствовать своему возрасту, а в будущем, вероятно, будет отставать.

Как развивалась в данном случае болезнь? Главное, понять в настоящем случае - это процесс или стабильное состояние. Надо знать, что процесс, в том числе шизофренический процесс, о котором на нашем консилиуме сегодня постоянно идет речь, - это движение. Когда годами отмечаются одни и те же расстройства и они совсем не меняются, это не процесс. Процесс характеризуется не только появлением и усложнением, но и исчезновением, уменьшением наряду с возникновением чего-то нового. Со слов матери, мальчик такой всю жизнь. Но надо учитывать особенности матери: она эмоционально холодна, говорит о собственном ребенке как о постороннем хулигане, будто бы дает репортаж с определенно негативной установкой. В связи с этим чрезвычайно трудно полностью доверять словам и суждениям матери. Есть объективные данные о том, что состояние в течение жизни ребенка все же менялось. Несомненно, что с раннего возраста отмечалось гипоманиакальное состояние, которое не исчезло до настоящего времени. К нему со временем присоединились патологические влечения. По-настоящему процессуальными здесь являются страхи, возникшие вне возрастного криза. Между тем и негативная симптоматика становится все более выраженной и разнообразной. Впрочем, он и родился дефицитарным, но насколько стал более дефицитарным, очень трудно выяснить из-за отсутствия эмпатии у матери ребенка.

Участвующая в нашем консилиуме Нина Михайловна Иовчук в свое время вычислила и описала приблизительный возраст начала депрессивных фаз на фоне хронической гипомании. В данном случае именно в возрасте, приближающемся к 10 годам, и возникли два достаточно очерченных, хотя и кратковременных депрессивных состояния. Они связываются матерью со сменой лечения, но новые препараты и стационарирование скорее послужили не более чем фактором провокации. Течение скорее всего будет биполярным.

Следующий вопрос: как лечить? Мальчик реагирует на психотропную терапию как органик, и это надо учитывать. Тактика лечения должна включать несколько направлений:

- Семейную психотерапию для работы прежде всего с матерью ребенка.
- Включение в лечение нормотимика - препаратов лития или финлепсина, способных несколько снизить гипоманиакальный фон настроения и предотвратить наступление депрессивных фаз.
- Учитывая предполагаемый органический фон, следует сопроводить лечение большими дозами ноотропов седативного действия (фенибут до 1 г в сутки).
- После этого можно сделать попытку вводить нейрорептики, имеющие наименьший риск побочных явлений, например, сероквель. Надо начинать лечение с заведомо недейственной дозы, не способной вызвать осложнения. Когда мать убедится, что лекарство не причиняет вреда, она, возможно, согласится на продолжение длительного лечения.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

НОВЫЙ ГОСТ ПО ОФОРМЛЕНИЮ СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ¹¹

С 1 июля 2004 г. взамен ГОСТ 7.1-84 «Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления» введен в действие новый межгосударственный ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления». Предметом данного ГОСТа является составление основной части библиографической записи - библиографического описания. Формирование заголовка библиографической записи регламентирует ГОСТ 7.80-2000 «Библиографическая запись. Заголовок. Общие требования и правила составления».

При оформлении библиографического списка к научной работе необходимо соблюдать основные правила описания документов, закрепленные указанными ГОСТами (см. примеры библиографических записей). Действующие стандарты опубликованы в издании : Стандарты по издательскому делу (М. : Экономист, 2004).

Библиографическое описание в Списке может содержать только обязательные элементы описания, т. е. выполняться в краткой форме. Также, в соответствии с библиографической практикой, в некоторых случаях при составлении описания знак «точка и тире» между областями может заменяться знаком «точка». Например,

■ Данилевский И.Н. Древняя Русь глазами современников и потомков (IX - XII вв.) / И.Н. Данилевский. Изд. 2-е. М. : Аспект Пресс, 2001. 398 с.

или

■ Данилевский И.Н. Древняя Русь глазами современников и потомков (IX - XII вв.) : курс лекций / И.Н. Данилевский. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М. : Аспект Пресс, 2001. - 398 с. : ил.

ПРИМЕРЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКОГО ОПИСАНИЯ ДОКУМЕНТОВ С ПОЯСНЕНИЯМИ В СООТВЕТСТВИИ С ГОСТ 7.1– 2003.

Книги одного, двух, трех авторов.

Общее обозначение материала : [Текст], [Карты], [Электронные ресурсы] и др., описания которого преобладают в конкретном информационном массиве, может быть опущено. Если у документа (книги, статьи и т.д.) один, два или три автора, перед заглавием пишется только первый из них, после фамилии ставится запятая, далее инициалы. В сведениях об ответственности (после заглавия за косой чертой) записываются все авторы: один, два или три – в той форме, как в документе, как правило, инициалы перед фамилией.

■ Семенов, В. В. Философия: итог тысячелетий. Философская психология [Текст] / В. В. Семенов ; Рос. акад. наук, Пушкин. науч. центр, Ин-т биофизики клетки. — Пушкино : ПНЦ РАН, 2000. - 64, [3] с. - Рез.: англ. - Библиогр.: с. 60-65.

■ Мюссе, Л. Варварские нашествия на Западную Европу [Текст] : вторая волна / Люсьен Мюссе ; пер. с фр. А. Тополева ; [примеч. А. Ю. Карчинского]. — СПб. : Евразия, 2001. — 344, [7] с. : ил.

■ Божук, С.Г. Маркетинговые исследования / С.Г. Божук, Л.Н. Ковалик. - СПб. : Питер, 2004. - 304 с. : ил. - (Маркетинг для профессионалов). - Библиогр.: с. 297-298. - Прил.: с. 281-288. – Глоссарий: с. 289-296.

■ Фиалков, Н. Я. Физическая химия неводных растворов / Н. Я. Фиалков, А. Н. Житомирский, Ю. Н. Тарасенко. - Л. : Химия, Ленингр. отд-ние, 1973. - 376 с.

■ Flanaut, J. Les elements des terres rares / J. Flanaut. - Paris : Masson, 1969. - 165 p.

Книги четырех и более авторов, а также сборники статей.

Если у документа более трех авторов, он описывается на заглавие, т.е. все авторы пишутся только в сведениях об ответственности.

При необходимости их количество сокращают. При этом в сведениях об ответственности приводят не более четырех фамилий авторов. Если авторов более четырех, приводят фамилии трех с добавлением слов «и др.»

■ Применение электромагнитных полей СВЧ в медицине и биологии : учеб. пособие / В. М. Гаврилов, А. В. Кирихин, О. Р. Никитин, А. А. Селиверстов ; под ред. О. Р. Никитина. - Владимир : Вл.ГУ, 2001. - 139 с. : ил.

■ Обеспечение качества результатов химического анализа / П. Буйташ [и др.]. - М. : Наука, 1993. - 165 с.

■ Аналитическая химия и экстракционные процессы : сб. ст. / отв. ред.: А. Т. Пилипенко, Б. И. Набиванец. – Киев : Наук. думка, 1970. - 119 с.

■ Пиразолон в аналитической химии : тез. докл. конф., Пермь, 24-27 июня 1980 г. – Пермь : ПГУ, 1980. – 118 с.

■ Experiments in materials science / E. C. Subbarac [et al.]. - New York a.c. : Mc Graw-Hill, 1972. - 274 p.

¹¹ Редколлегия сочла целесообразным опубликовать данный ГОСТ, в первую очередь, в помощь тем, кто готовит диссертационные работы. Кроме того, Редколлегия надеется, что авторы, присылающие свои работы для публикации в журнале, постараются унифицировать списки литературы соответственно новому ГОСТу.

Библиографическое описание многотомного документа.

■ Анурьев, В.И. Справочник конструктора-машиностроителя [Текст] : справ. : в 3 т. / В.И.Анурьев ; под ред. И.Н.Жестковой. - 8-е изд., перераб. и доп. - М. : Машиностроение, 1999. - ISBN 5-217-02962-5. Т. 1. - 1999. - 912 с. - ISBN 5-217-02963-3 (Т.1).

■ Бать, М.И. Теоретическая механика в примерах и задачах [Текст] : учеб. пособие для вузов. В 3 т. Т.1. Статика и кинематика / М.И. Бать, Г.Ю. Джанелидзе, А.С. Кельзон. - 9-е изд., перераб. - М. : Наука. Гл. ред. физ.-мат. лит., 1990. - 672 с.

■ Народные русские сказки А. Н. Афанасьева [Текст] : в 5 т. - М. : Терра, 2000- .

Т. 4 : Русские народные легенды. - 2000. - 316, [3] с. : ил. - В кн. также: Русские народные легенды / А. Н. Пыпин. Из воспоминаний А. Н. Афанасьева.

или

■ Народные русские сказки А. Н. Афанасьева [Текст]. В 5 т. Т. 4. Русские народные легенды. — М. : Терра, 2000. — 316, [3] с. : ил. — В кн. также: Русские народные легенды / А. Н. Пыпин. Из воспоминаний А. Н. Афанасьева.

или

■ Русские народные легенды [Текст]. — М. : Терра, 2000. — 316, [3] с. : ил. — (Народные русские сказки А. Н. Афанасьева : в 5 т. ; т. 4). — В кн. также: Русские народные легенды / А. Н. Пыпин. Из воспоминаний А. Н. Афанасьева.

Статьи из журналов, сборников и газет.

Объектом аналитического библиографического описания является составная часть документа, для идентификации и поиска которой необходимы сведения о документе, в котором она помещена.

В аналитическом библиографическом описании допускается точку и тире между областями библиографического описания заменять точкой.

■ Чалков, Н. Я. Химико-спектральный анализ металлов высокой чистоты / Н. Я. Чалков // Завод. лаб. - 1980. - Т. 46, № 9. - С. 813-814.

■ Козлов, Н. С. Синтез и свойства фторсодержащих ароматических азометинов / Н. С. Козлов, Л. Ф. Гладченко // Изв. АН БССР. Сер. хим. наук. 1981. № 1. С. 86-89.

■ Марчак, Т. В. Сорбционно-фотометрическое определение микроколичеств никеля / Т. В. Марчак, Г. Д. Брыкина, Т. А. Белявская // Журн. аналит. химии. - 1981. - Т. 36, № 3. - С. 513-517.

■ Определение водорода в магнии, цирконии, натрии и литии на установке С2532 / Е. Д. Маликова [и др.] // Журн. физ. химии. - 1980. - Т. 54, вып. 11. - С. 2846-2848.

■ Mukai, K. Determination of phosphorus in hypereutectic alloys / K. Mukai // Talanta. - 1972. - Vol. 19, № 4. - P. 489-495.

Из сборника

■ Влияние аминов и анионного состава раствора на электровосстановление таллия на ртути / Л. И. Громик [и др.] // Вопр. химии и хим. технологии. - Харьков, 1980. - № 59. - С. 42-45.

Из газеты

■ Иванов, Н. Стальной зажим : ЕС пытается ограничить поставки металла из России / Николай Иванов // Коммерсантъ. - 2001. - 4 дек. - С. 8.

Статья из продолжающегося издания.

■ Живописцев, В. П. Комплексные соединения тория с диантипирилметаном / В.П.Живописцев, Л. П. Пятосин // Ученые зап. / Перм. ун-т. - 1970. - № 207. - С. 184-191.

Статьи из неперіодических сборников.

■ Любомилова, Г. В. Определение алюминия в тантало-ниобиевых минералах / Г. В. Любомилова, А. Д. Миллер // Новые методические исследования по анализу редкоземельных минералов, руд и горных пород. - М., 1970. - С. 90-93.

■ Маркович, Дж. Ассоциация солей длинноцепочечных третичных аминов в углеводородах / Дж. Маркович, А. Кертес // Химия экстракции : докл. Междунар. конф., Гетеборг, Швеция, 27 авг. - 1 сент. 1966 г. - М., 1971. - С. 223-231.

Диссертация и автореферат диссертации

■ Ганюхина, Т. Г. Модификация свойств ПВХ в процессе синтеза : дис...канд. хим. наук : 02.00.06 : защищена 20.01.99 : утв. 07.08.99 / Ганюхина Татьяна Геннадьевна. - Н. Новгород, 1999. - 109 с.

■ Балашова, Т. В. Синтез, строение и свойства бипиридилных комплексов редкоземельных элементов : автореф. дис...канд. хим. наук : 02.00.08 / Балашова Татьяна Виларьевна. - Н.Новгород, 2001. - 21 с.

Депонированные научные работы.

■ Крылов, А. В. Гетерофазная кристаллизация бромида серебра / А. В. Крылов, В. В. Бабкин ; редкол. «Журн. прикладной химии». - Л., 1982. - 11 с. - Деп. в ВИНТИ 24.03.82, № 1286-82.

■ Кузнецов, Ю. С. Изменение скорости звука в холодильных расплавах / Ю. С. Кузнецов ; Моск. хим.-технол. ин-т. - М., 1982. - 10 с. - Деп. в ВИНТИ 27.05.82, № 2641.

Патентные документы.

■ А. с. 1007970 СССР, МКИ 4 В 03 С 7/12, А 22 С 17/04. Устройство для разделения многокомпо-

нентного сырья / Б. С. Бабакин, Э. И. Каухчешвили, А. И. Ангелов (СССР). - № 3599260/28-13 ; заявлено 2.06.85 ; опубл. 30.10.85, Бюл. № 28. - 2 с.

■ Пат. 4194039 США, МКИ 3 В 32 В 7/2, В 32 В 27/08. Multi layer polyolefin shrink film / W. B. Muelier. - № 896963; заявлено 17.04.78 ; опубл. 18.03.80, Бюл. № 9. - 3с.

■ Заявка 54-161681 Япония, МКИ 2 В 29 D 23/18. Способ изготовления гибких трубок / Йосяки Инаба. - № 53-69874 ; заявлено 12.06.78 ; опубл. 21.12.79, Бюл. № 34. - 4 с.

Отчет о НИР

■ Метод минимакса энтропии в оценке усталости рессор автомобиля : отчет о НИР / Нижегород. гос. техн. ун-т (НГТУ) ; рук. В.Н. Кравец. - Н. Новгород, 1998. - 18 с. - № ГР 01980003413. - Инв. № 02.9.80003013.

Беседа, интервью

■ Доманицкий, В.В. «Если бы мне довелось прожить еще одну жизнь, я бы, как и прежде, связал ее с углем, с работой на разрезе «Кедровский» : беседа с полным кавалером знака «Шахтерская слава» Владимиром Васильевичем Доманицким / [записала] З. Пчельникова // Кузбасс. - 2004. - 10 авг.

Раздел, глава

■ Бузук, Р. В. Угловые измерения // Маркшейдерские опорные геодезические сети : учеб. пособие / Р. В. Бузук. - Кемерово, 2004. - Разд. 3. - С. 85-146.

■ Фатхи, Т. Б. История науки // Философия для аспирантов : учеб. пособие / В. П. Кохановский [и др.]. - Изд. 2-е. - Ростов н/Д, 2003. - Гл. II. - С. 85-150.

Рецензия

■ Грибин, Ю. Г. Социально-экономические проблемы реструктуризации угольного комплекса России // Уголь. - 2004. - № 3. - С. 80. - Рец. на кн.: Структурные преобразования экономики промышленных территорий : сб. тр. / под общ. ред. А. И. Татаркина, В. Н. Попова. - Екатеринбург, 2003. - 334 с.

Электронные ресурсы.

■ Интернет для библиотечных и информационных работников [Электронный ресурс] : вводный курс. Ч. 1. - М. : Центр «Информика» : МЦ «Образование и Информ.», 1998. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

■ Труды 2 международной конференции "Идентификация систем и задачи управления" [Электронный ресурс] : Москва, 29-31 января 2003 г. = Proceedings of the 2 international conference "System identification and control problems". - М. : Ин-т проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН, 2003. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

■ Художественная энциклопедия зарубежного классического искусства [Электронный ресурс]. - М. : Большая Рос. энцикл., 1996. - 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - (Интерактивный мир).

■ Методические указания для подготовки и сдачи кандидатского экзамена по философии аспирантами и соискателями технических и социально-экономических специальностей [Электронный ресурс]. Ч. 1 / Нижегород. гос. техн. ун-т, Каф. методологии и философии науки и технологий ; сост.: В. В. Агудов и др. ; науч. ред. В. В. Агудов. - Н. Новгород : [б. и.], 1996. - 1 дискета (89 с.). - Библиогр. в тексте.

■ Кастанеда, К. Избранные интервью. 1956. Интервью Карлоса Кастанеды, взятое Сэмом Кином для журнала «Psychology Today» // Internet. - <http://scil.npi/msu/~ano/staff/samkin56txt>.

Видеоиздания

■ Русский авангард. Малевич К. Кандинский В. [Видеозапись]. - [Б. м. : б. и.], 2004. - 2 вк.

■ История русского флота [Видеозапись]. - [Б. м. : б. и.], 2003. - 1 вк. (52 мин.).

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 24.06.2005. Формат 60х90/8.

Бумага газетная. Гарнитура «Тайме».

Объем 15,01 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2005 (5), № 1.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»

г. Красноармейск, Московской области.

Тел.: 584-1623.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2005 (5), № 1.