

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии, психотерапии
и смежных дисциплин)**

2006 (6), № 2

Москва. 2006

УДК 616Ю89

ББК 88.37

Ж 15

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)**

Главный редактор Н. М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т. А. Баилова, С. А. Игумнов, И. В. Макаров, В. Д. Менделевич,
Л. Е. Никитина, И. М. Никольская, А. А. Северный (зам. Главного ре-
дактора), Е. О. Смирнова, В. С. Собкин, Н. К. Сухотина, С. Н. Чистякова,
И. К. Шац, Ю. С. Шевченко, А. М. Щербакова, Э. Г. Эйдемиллер (зам.
Главного редактора)**

Ответственный секретарь Л. Ю. Данилова

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

ISBN 5-94668-004-7

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2006

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке ООО «Актавис»

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ¹

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета. Автор более 70 научных работ в области психологии слепоглухих, клинко-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, соавтор учебных пособий: «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Основные области исследований: история и методология специальной психологии, диагностическая и консультативная помощь детям и взрослым с множественными нарушениями развития и их семьям.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией психологических проблем реабилитации НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации Республики Беларусь. Член АДПП, Ассоциации европейских психиатров и Московской психотерапевтической академии. Автор более 110 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, профессор Московского психолого-педагогического университета, член Правления АДПП. Автор более 110 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования. Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Автор более 70 научных и учебно-методических работ, в том числе монографии «Психозы у детей», соавтор учебника «Детская психиатрия», монографии по организационной эволюции системы психиатрической помощи. Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы и шизоформные расстройства у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, научный руководитель Реабилитационного центра для наркозависимых «Надежда». Автор более 300 научных публикаций, 17 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

¹ Новый состав Редколлегии утвержден на отчетно-перевыборной конференции Ассоциации детских психиатров и психологов 07.04.06 г.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬЕВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, зав. Центром проблем дополнительного образования и детского движения ГНИИ семьи и воспитания РАО, член Исполкома Общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» - ДИМСИ, член Международной федерации сеттльментов и социокультурных центров (IFS), член Правления АДПП. Автор более 55 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальная педагогика в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства.

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ, доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. Автор более 100 печатных работ, из которых 4 - монографии в соавторстве, в том числе первая отечественная монография по психологическим защита у детей. Автор оригинальной технологии выявления психологической защиты у детей и подростков и метода диагностики и коррекции личности ребенка и системы его отношений с помощью серийных рисунков и рассказов. Сфера научных интересов: общая психология, медицинская психология, психология развития, психологическое индивидуальное и семейное консультирование.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образования РФ, президент АДПП. Автор более 180 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМЕРНОВА, доктор психологических наук, зав. лабораторией психологии дошкольников Психологического института РАО, член Правления АДПП. Автор более 150 научных публикаций, в том числе монографических: Учебник психологии ребенка; Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрасте; Развитие игры для детей дошкольного возраста; Особенности общения дошкольников; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (в соавторстве); и др. Совместно с сотрудниками разрабатывает новые направления в отечественной психологической науке: педагогика раннего возраста, общение и развитие детей раннего возраста. Основные направления исследований - детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, действительный член РАО, директор Центра социологии образования РАО. Автор более 250 научных публикаций, в том числе 11 монографий: Старшеклассник в мире политики; Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи. Эмпирическое исследование; Подросток 90-х: Движение в зону риска; Социология семейного воспитания: дошкольный возраст; Подросток: виртуальная и социальная реальность; и др. За вклад в отечественную науку награжден медалью К. Д. Ушинского, лауреат премий Президента РФ. Основные направления исследований: детская и возрастная педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА, доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ психиатрии Росздрава. Автор более 120 научных публикаций, в том числе 2 коллективных монографий. Основные области исследований: экологическая психиатрия, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста.

СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ЧИСТЯКОВА, доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент РАО, зав. Центром социально-профессионального самоопределения молодежи Института общего среднего образования РАО. Автор более 120 научных публикаций, в том числе Учебно-методического комплекта «Твоя профессиональная карьера», монографии «Технология профессионального успеха» и др. Основные направления исследований: педагогическое сопровождение социально-профессионального самоопределения школьников, комплексная профессиональная диагностика и консультирование школьников, повышение педагогического мастерства учителя, психолого-педагогические основы профессиональной ориентации молодежи.

ИГОРЬ КОНСТАНТИНОВИЧ ШАЦ, доктор медицинских наук, директор Центра медико-психологической помощи ребенку и семье НИИ промышленной и морской медицины МЗСР РФ, председатель Санкт-Петербургского отделения АДПП. Автор более 30 печатных работ по вопросам психических расстройств у детей и подростков с онкологическими заболеваниями, психофармакотерапии детского возраста, интеллектуальных расстройств у детей и взрослых, психозов в детском и раннем подростковом возрасте. Разработал концепцию школы для больных и ослабленных детей. Сфера деятельности: детская и подростковая психиатрия, семейная психотерапия при тяжелых психических и соматических заболеваниях у детей, психологические и психиатрические аспекты соматических заболеваний у пациентов различного возраста.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования, психиатр высшей категории, сертифицированный психотерапевт. Председатель Московского отделения АДПП, заместитель председателя Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН, президент Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, член редколлегий журналов «Социальная и клиническая психиатрия», Таврического журнала психиатрии, заместитель главного редактора журнала «Права ребенка». Автор и соавтор книг: Психокоррекция: теория и практика; Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом; Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС); Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, профессор Московского городского психолого-педагогического университета. Член АДПП. Автор более 30 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Основные направления исследований и деятельности: становление личности ребенка, оставшегося без попечения родителей; подготовка к самостоятельной жизни воспитанников детских домов и школ-интернатов; проблемы семейного жизнеустройства детей-сирот; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью; вопросы семейного воспитания детей с нарушениями в развитии.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, президент общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков». Автор 120 публикаций и 5 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования – «аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и проективный тест «Возраст. Пол. Роль.». Соавтор методов групповой психотерапии «Теплые ключи» и аналитико-системной семейной психотерапии. Основные области исследований: психосоматические соотношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей и подростков.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» (Казань, 23-26 мая 2006 г.)

А. Ю. Егоров

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОЙ ТИПОЛОГИИ НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ.... 8

Н. М. Иовчук

ИНТЕГРАТИВНОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: УСЛОВИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 16

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Н. М. Иовчук

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РОССИИ..... 23

Ю. А. Яковлева, И. В. Макаров

КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФОРМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ..... 32

Е. О. Смирнова, Т. А. Кошкарлова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКИХ ПРОБЛЕМ..... 43

В. С. Собкин, Д. В. Адамчук

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ВРЕМЕННЫЕ РЕСУРСЫ И СТРУКТУРА
СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ..... 49

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

Г. В. Козловская, М. А. Калинина

ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИСПЕРИДОНОМ
ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ..... 56

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЯХ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА
В БЕСЛАНЕ)..... 63

Р. Ф. Гасанов, И. В. Макаров

ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ..... 75

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

КЛАРА САМОЙЛОВНА ЛЕБЕДИНСКАЯ (К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ) 85

К. С. Лебединская

ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ И ЗАДЕРЖКИ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И
СИСТЕМАТИКИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ..... 87

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

С. А. Игумнов

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО
АНТЕНАТАЛЬНОМУ ОБЛУЧЕНИЮ: ЭВОЛЮТИВНАЯ ДИНАМИКА..... 101

М. Н. Журавлева

ФЕНОМЕН УНИЖЕНИЯ В ШКОЛЕ..... 104

Л. В. Козуб

РЕЧЕВЫЕ ФОБИИ, ИЛИ «ЧТО СЛУЧИЛОСЬ С МОИМ ЯЗЫКОМ?»..... 109

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

С. Э. Медведев

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)..... 112

Л. В. Ким

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ: СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)..... 122

Е. В. Корень

ДЕТИ КАК ГРУППА РИСКА: ФОКУС НА ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДАХ..... 129

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

В. Д. Менделевич

III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»... 139

МЕМОРАНДУМ III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА

«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО

ЗДОРОВЬЯ»..... 142

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

1) электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес:
<acpp@online.ru> либо

2) почтой на дискете и с бумажной распечаткой по адресу: **123056, Мо-
сква, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук.**

**ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(Казань, 23-26 мая 2006 г.)**

А. Ю. Егоров

**К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННОЙ ТИПОЛОГИИ
НЕХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ**

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

На сегодняшний день стало очевидным, что наркология как самостоятельная дисциплина переживает кризис. Кризис проявляется, в первую очередь, в неспособности добиться существенного прогресса в лечении химической зависимости, особенно наркомании. Внедрение программ позитивной профилактики в странах Запада, происходившее за последние два десятилетия, безусловно, привело к определенному положительному эффекту, который выразился в снижении потребления наиболее тяжелых наркотиков. Внедрение похожих программ на территории Российской Федерации началось позже на 15-25 лет, и ожидать быстрого эффекта от них вряд ли следует. Более того, как показывают данные американского длительного мониторинга, при всем положительном эффекте профилактики потребление наркотиков среди населения носит циклический характер, где за спадом следует неминуемый подъем. Характерно также и изменение форм химической зависимости: на каком-то этапе преобладает потребление героина, затем «модными» становятся стимуляторы, галлюциногены [5; 8; 14].

Примером проявления этой закономерности у нас в стране, как показывают данные статистики и социологические исследования по мониторингу наркоситуации в России, на сегодняшний день является снижение потребления героина и опиатов в целом наряду с ростом потребления стимуляторов, кокаина, токсикантов и алкоголя [2; 9]. Попытки внедрения в России западных программ «Снижения вреда», т. е. легализации метадоновой и бупренорфиновой заместительной терапии, наталкиваются на противодействие официальных наркологических кругов. При этом следует помнить, что заместительная терапия никак не является панацеей, а, на наш взгляд, может ограничено применяться лишь у определенных категорий наркозависимых, например, у опиатных наркоманов больных СПИДом или у многолетних наркоманов с безремиссионным течением, когда все иные методы терапии и реабилитации являются неэффективными.

Существенным моментом, который в определенной степени привел к весьма скромным успехам наркологии, является отсутствие единой феноменологической и даже терминологической базы. Возможно, это связано отчасти с самим фактом существования наркологии как отдельной дисциплины, которая в России отделилась от психиатрии. За тридцать лет своего относительно автономного существования наркологи в значительной части утратили (или не приобрели в

силу того, что пришли из специальностей, далеких от психиатрии) необходимые основы психопатологии, а психиатры, в свою очередь, стали существенно хуже понимать и разбираться в проблемах зависимости. Вместе с тем нельзя забывать, что зависимость - это феномен из области психопатологии, не говоря уже о высокой коморбидности химической зависимости и психических расстройств, которая, по данным ряда авторов, доходит до 50-60%. Примером отсутствия единого феноменологического подхода является различная трактовка таких базовых для наркологии терминов, как зависимость (аддикция) и зависимое (аддиктивное) поведение. Надо сказать, что и на Западе отсутствует единая феноменологическая позиция по отношению к понятию аддикция. Как показали недавние исследования, часть специалистов (преимущественно более старшего возраста) понимают под аддикцией исключительно физическую зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в то время как более молодые специалисты рассматривают аддикцию более широко: как компульсивно-зависимое поведение (compulsive-habitual behavior) [14]. Так, в частности А. Л. Leshner [11] настаивает на том, что сущность аддикции составляет не синдром отмены, а компульсивный поиск и прием наркотика даже перед лицом негативных медицинских и социальных последствий. «Концептуальным хаосом» называет область изучения зависимостей – аддиктологию Н. J. Shaffer [16].

Классическая наркология главным образом занимается химическими формами зависимости – алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Удивительно, но ни в одном из последних руководств по наркологии для врачей нет описания, а иногда даже упоминания нехимических форм зависимости. Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится какая-либо форма влечения или поведенческий акт, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин «*поведенческие аддикции*». На наш взгляд, еще одной причиной современного кризиса наркологии является недооценка значения нехимических форм аддикции как в повседневной жизни человека, так и в профилактике, терапии и реабилитации употребляющих ПАВ.

Первую классификацию нехимических аддикций в России предложил Ц. П. Короленко [3]. Он выделил непосредственно *нехимические аддикции*, к которым относятся азартные игры (гэмблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция, а также *промежуточные аддикции*, к которым относятся аддикции к еде (переедание и голодание), т. к. при этой форме задействуются непосредственно биохимические механизмы (рис. 1, с. 10).

Кроме вышеперечисленных, в настоящее время описано значительное количество других нехимических аддикций: многообразные компьютерные зависимости, или интернет-зависимости, аддикция упражнений (спортивная), духовный поиск, «состояние перманентной войны», синдром Тоада, или зависимость от «веселого автовождения» (joy riding dependance), и др. Мы полагаем, что такое явление, как фанатизм во всех его ипостасях (религиозный, политический, спортивный, национальный), в значительной степени может быть рассмотрено как форма аддиктивного поведения. По крайней мере, религиозная аддикция является одной из социально допускаемых форм аддиктивного поведения [1]. Д. В. Четвериков [7] относит к формам потенциально аддиктивных

поведенческих паттернов химические (алкоголизм, наркомания), физиологические (сексуальные аддикции, аномальное пищевое поведение), виртуальные (компьютерная и телевизионная зависимость), интерперсональные (аддикция отношений, любовная аддикция, созависимость) и социальные (ургентная аддикция, труоголизм, дачная аддикция, фанатизм, гэмблинг) типы аддитивных реализаций. Некоторые исследователи включают в число нехимических аддикций клептоманию и трихотилломанию [12, 13], которые, на наш взгляд, являются расстройствами влечений, а не болезнями аддикции.

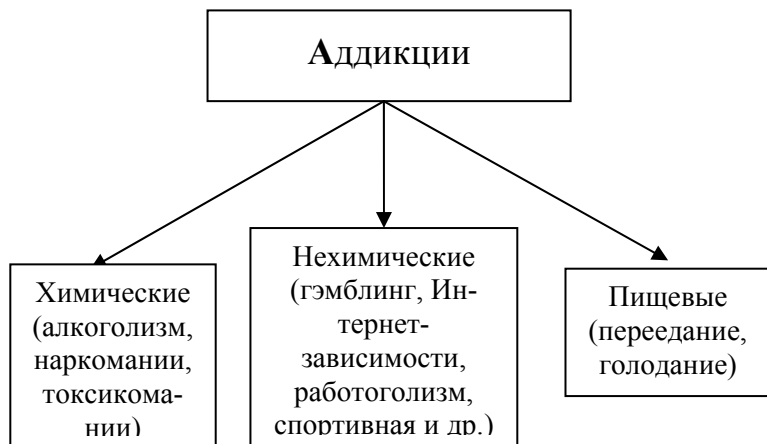


Рис. 1. Классификация аддикций (зависимостей).

Проблема типологии нехимических зависимостей, выделение отдельных самостоятельных форм сегодня остается достаточно актуальной, поскольку разные исследователи исходят из разного понимания аддитивного поведения как психопатологического феномена. В соответствии с нашими представлениями о сущности аддикции мы предлагаем следующую рабочую классификацию нехимических форм зависимого поведения:

1. Патологическое влечение к азартным играм (гэмблинг)
2. Эротические аддикции
 - 2.1. Любовные аддикции
 - 2.2. Сексуальные аддикции
3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Работоголизм.
 - 3.2. Спортивные аддикции (аддикция упражнений)
 - 3.3. Аддикция отношений
 - 3.4. Аддикция к трате денег (покупкам)
 - 3.4. Религиозная аддикция
4. Технологические аддикции:
 - 4.1. Интернет-аддикции
 - 4.2. Аддикция к мобильным телефонам
 - 4.3. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тамагочи-аддикция и др.).
5. Пищевые аддикции.

5.1. Аддикция к перееданию

5.2. Аддикция к голоданию.

Гэмблинг выделен нами в отдельную рубрику, т. к. именно эта форма является «моделью» нехимических аддикций и по своим проявлениям и последствиям более всего напоминает химические аддикции. Выделение в отдельную рубрику эротических аддикций связано с тем, что во всех случаях объектом аддикции является другой человек и реализация зависимости происходит через отношение к этому человеку.

Мы нашли возможность выделения группы «социально приемлемых» нехимических зависимостей, поскольку именно они представляют особый интерес для аддиктологии в плане проведения профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для химических аддиктов. Вместе с тем очевидно, что социальная приемлемость различных форм нехимических аддикций в значительной степени условна и зависит от ряда факторов (культуральных, национальных, социальных и др.).

Выделение в отдельную группу технологических аддикций оправдано по той причине, что, несмотря на широкое распространение, все они, с точки зрения аддиктологии, являются спорными в плане феноменологической самостоятельности. Особенностью технологических аддикций, на наш взгляд, является то, что объект зависимости (компьютер, мобильный телефон) на самом деле является предметом зависимости, средством реализации других поведенческих форм зависимого поведения. Так, например, зависимые от Интернета могут быть подразделены на следующие группы:

1. Интернет-гэмблеры, которые пользуются разнообразными интернет-играми, тотализаторами, аукционами, лотереями и т. д.
2. Интернет-трудоголики, которые реализуют свой работоголизм посредством сети (поиск баз данных, составление программ и т. д.).
3. Интернет-сексоголики, посещающие разнообразные порносайты, занимающиеся виртуальным сексом.
4. Интернет-эроголики - любовные аддикты, которые знакомятся, заводят романы посредством сети.
5. Интернет-покупатели, реализующие аддикцию к трате денег посредством бесконечных покупок он-лайн.
6. Интернет-аддикты отношений часами общаются в чатах, бесконечно проверяют электронную почту и т. д., т. е. заменяют реальную аддикцию отношений на виртуальную.

Под пищевыми аддикциями мы понимаем такие формы зависимого поведения, когда еда (при переедании) или ее отсутствие (при голодании) становится подкреплением положительной эмоциональной реакции, которая достигается в этом состоянии.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, неврозами и химическими зависимостями [4, 12, 15 и др.].

Если химическими аддикциями занимается наркология, то исследование всех форм аддиктивного поведения становится предметом исследования аддиктологии, науки об аддикциях, которая рассматривает этот феномен с

мультидисциплинарных позиций: медицинских, психологических и нейрофизиологических. Термин аддиктология достаточно нов, но он все чаще встречается в зарубежных публикациях и постепенно находит свое место и в отечественной литературе.

Как показывают достаточно многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования, в основе всех вариантов зависимости лежат единые механизмы. Так, американский исследователь R. Brown [10] сформулировал шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции: *salience* (особенность, «сверхценность»), *euphoria* (эйфория), *tolerance* (рост толерантности), *withdrawal symptoms* (симптомы отмены), *conflict* (конфликт с окружающими и самим собой), *relapse* (рецидив). Для аддиктивного поведения характерен уход от реальности в виде своеобразного «бегства», сосредоточенности на узконаправленной сфере деятельности при игнорировании остальных.

Многолетний опыт показывает, что успех в лечении и реабилитации химической зависимости достигается в тех случаях, когда больному удастся реально «переключиться» на какую-то деятельность, которая захватывает его целиком, принося при этом положительный эмоциональный эффект. Это может быть религия (чаще нетрадиционная), спорт, любовь, секс, работа, дающая реальное материальное и духовное удовлетворение, компьютер в разных вариантах и т. д. Иными словами, это деятельность, которая обладает всеми признаками нехимической зависимости и которая в той или иной степени социально приемлема. Альтернативой этому у аддикта может быть лишь переход в другую форму химической зависимости: героиновый наркоман становится алкоголиком, а алкоголик – зависимым от снотворно-седативных средств или конопли и т. д.

Почему так происходит? Действительно, если мы рассмотрим все описанные на сегодняшний день нехимические зависимости, то окажется, что они покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и пр. Получается, что любой человеческий поведенческий акт таит в себе угрозу возникновения зависимости к нему. Как ни парадоксально это звучит, но *все многообразие нашей жизни – это богатство потенциальных аддикций.*

Создается впечатление, что «примерный» с социальной точки зрения человек успешно сочетает в себе варианты социально приемлемых форм зависимостей – превалировать должна работогольная зависимость, для счастья необходимо некоторое количество любовной и сексуальной, для нравственности – религиозной, хобби могут выражаться в аддикции отношений, в вариантах компьютерной зависимости и иногда чуть-чуть в гэмблинге и т. д. Допускаются даже элементы химической зависимости – традиционное для нашей страны употребление алкоголя.

Итак, в норме мы имеем дело со своеобразной полиадиктивностью человека, когда в нем мирно сосуществуют несколько потенциальных аддикций, одна из которых, как правило, превалирует. У социально активного человека – это обычно работоголизм. У домохозяйки это может быть, к примеру, аддикция отношений, у профессионального спортсмена – спортивная аддикция, священнослужителя – религиозная, которая одновременно для него является и работогольной и т. д. Аддикцию, которая занимает основное положение в жиз-

ни человека, но не подавляет, не вытесняет другие, мы предлагаем назвать *преобладающей*. *Преобладающая аддикция* – та, которая определяет жизненный путь на данном этапе развития. Преобладающая аддикция – временна, поддается внешнему воздействию и может сосуществовать с другими.

Проблема возникает тогда, когда одна из аддикций начинает доминировать и вытесняет другие. Причем это может быть как преобладающая аддикция, так и любая другая. Тогда мы говорим о возникновении *доминирующей (сверхценной) аддикции*. Человек становится аддиктом. *Доминирующая аддикция* полностью заполняет сознание, вытесняет другие аддикции и мало поддается внешнему воздействию. По-существу, доминирующая или сверхценная аддикция имеет признаки весьма сходные с психопатологическими особенностями сверхценной идеи. Напомним, что сверхценная идея это доминирующая в сознании мысль, подкрепленная эмоциональной реакцией, владеющая человеком целиком, определяющая всю направленность его мыслей, поведения и оттесняющая все другие идеи, суждения. Коррекции сверхценная идея поддается с трудом и на короткий период, а затем либо возвращается в сознание, либо замещается иной сверхценной идеей. Как это похоже на то, что в динамике происходит с аддикцией.

Идея полиаддиктивности человеческой природы частично перекликается с идеей К. Юнга о полюсах (противоположностях) в человеческом характере и эмоциях, которые он рассматривал не столько как конфликтующие (в отличие от З. Фрейда) элементы, а в большей мере как дополняющие друг друга факторы. Болезненный конфликт, по К. Юнгу, состоит в том, что пациент обрекает себя на одностороннее развитие.

Причины, по которым происходит становление доминирующей аддикции, на протяжении более чем сотни лет изучаются различными категориями исследователей. Очевидно, что это все те макро- и микросоциальные, психологические и медико-биологические факторы, которые подробно описаны в монографиях и руководствах, и их рассмотрение не является целью данной статьи.

Клинический опыт показывает, что одна аддикция может достаточно легко переходить в другую. Это происходит как среди химических аддикций (например, наркомания переходит в алкоголизм), так и среди нехимических (например, спортивный аддикт становится проблемным гэмблером). Кроме того, химическая зависимость может переходить в нехимическую и наоборот. По существу, лечение социально неприемлемой аддикции (наркомании, алкоголизма) сводится к переводу зависимого в социально приемлемую форму аддикции. Такое состояние наркологи называют устойчивой ремиссией.

Понимание полиаддиктивной природы человека, а также этапов формирования расстройств зависимого поведения позволяет по-новому взглянуть как на проблему профилактики химической зависимости, так и более широко – на проблему профилактики в аддиктологии. Высказанные положения могут оказаться полезными и для реабилитации зависимых, что также представляет сейчас сложную проблему.

Как уже упоминалось выше, в России современные профилактические программы стали внедряться лишь в конце 90-х годов. Сейчас общепризнанным стал факт неэффективности т. н. негативной профилактики химической зависимости, которая была единственной и считалась действенной у нас в стране на

протяжении десятилетий. Ее место заняла позитивная (продуктивная) профилактика, которая, по идее, должна предоставить потенциальному потребителю ПАВ здоровую альтернативу аддиктивному поведению. Позитивная профилактика по своей сути решает сложную и прекрасную задачу – построение счастливой жизни без ПАВ. Способы предлагаются самые разные – от развития критического мышления, чувства юмора, обучения разнообразным жизненным навыкам до занятий экстремальными видами спорта и религиозного воспитания. Все это нашло отражение в большом количестве как общероссийских, так и местных программ по профилактике аддиктивного поведения. По существу, идея продуктивной профилактики сводится к воспитанию гармоничной разносторонней личности, или как мы могли бы добавить – личности полиаддиктивной с какой-то социально приемлемой преобладающей аддикцией. Это, кстати, в полной мере относится и к профилактике нехимических аддикций.

Основа профилактики употребления ПАВ – в разнообразии интересов человека. Поэтому не следует заставлять ребенка или подростка заниматься преимущественно чем-то одним, как бы «полезно» для здоровья или развития интеллекта это не казалось. Чем богаче духовный мир, тем меньше вероятность развития любой зависимости. Как ранее подчеркивали Т. В. Чернобровкина и И. В. Аркавый [6], для гармонично развитой личности существует гармоничный набор форм реагирования и самовыражения. Преимущественный или предпочтительный выбор какой-либо формы приспособительной реакции приводит сначала к психической, а затем и физической зависимости и появлению наряду с социально вредными и опасными формами химической и фармакологической наркомании менее вредных, нейтральных и даже в различной степени полезных для макросоциума маний: экстремистов и социальных «баламутов», религиозных фанатиков и «спортивных наркоманов» (как активных спортсменов-профессионалов и любителей, так и пассивных — болельщиков), а также «наркоманов творческого труда» и других работоголиков. По-видимому, лишь в динамическом единстве и комбинации всех способов реагирования на внешние раздражители (стрессоры) проявляются по-настоящему значительные личности.

Что касается реабилитации зависимых, то, исходя из вышеизложенных положений, основная идея ее представляется в следующем. Должен быть строго индивидуальный поиск, а потом закрепление социально приемлемой формы нехимической зависимости. Более того, социально приемлемая аддикция должна еще и вызывать положительные эмоции у больного. Здесь важно обратить внимание на необходимость индивидуальной работы с каждым зависимым: приемлемость лично для него нехимической аддикции является обязательным условием, иначе опять начнется «поиск», заканчивающийся рецидивом.

В случае невозможности проведения реабилитации по переводу химического аддикта в социально приемлемую форму нехимической зависимости (drug free), вероятно, не существует иной возможности кроме паллиативной реабилитации. Паллиативной реабилитацией является перевод такого больного на заместительную терапию. При этом стремятся изменить социально неприемлемую форму потребления наркотиков на социально приемлемую. Следует подчеркнуть, что перевод больного из химической аддикции в другую химическую является наихудшим вариантом реабилитации и может быть использован лишь в случае неоднократных безуспешных попыток традици-

онных методов лечения и реабилитации.

Как ни печально это звучит, не следует тешить себя иллюзиями, что мы можем полностью вылечить наркомана или алкоголика на современном этапе. Вместе с тем, не следует впадать в отчаянье – мы можем, а значит и должны сделать его жизнь приемлемой как для него самого, так и для социума, в котором он живет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. 2005. № 1. С. 65-77.
2. Киржанова В. В., Кошкина Е. А. Распространенность наркологических расстройств среди детей и подростков в 2003-2004 годах // Вопросы наркологии. – 2005. - № 4-5. – С. 5-12.
3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. - М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга. - 2000. - 460 с.
4. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. – М.: МЕДпресс-информ. - 2003. - 328 с.
5. Сенцов В. Г., Спектор С. И., Богданов С. И. Наркомания в США. – М., Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2004. - 168 с.
6. Чернобровкина Т.В., Аркавый И.В. Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний. Клинико-биохимический и социальный аспекты // «Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии» (материалы республик. совещания врачей психиатров-наркологов). – М., 1992. - С. 113-122.
7. Четвериков Д. В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности. - Автореф. дисс... докт. психол. наук. – Новосибирск, 2002.
8. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - СПб: Лань, 2000. - 368 с.
9. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. - М.: Оптим Групп, 2003. - 87 с.
10. Brown R.I.F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In W.R. Eadingtone & J.A. Cornclius, Gambling Behavior and Problem Gambling. Reno: University of Nevada Press. - 1993. - P. 241-272.
11. Leshner A.I. Addiction is a brain disease – and it matters// National Institute of Justice Journal. – 1998. – N 10 (Oct) – P. 2-6.
12. Lejoyeux M., Loughlin M. M., Adès J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies// European Psychiatry. - 2002. - V. 15. - N. 2. - P. 129-134.
13. McElroy S.L., Keck P.E. Jr, Pope H.G. Jr, Smith J.M.R., Strakowski S.M. Compulsive buying: a report of 20 cases// J. Clin. Psychiatry. 1994. - V. 55. - P. 242-248.
14. Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. Rockville, SAMHSA. 1998. - 130 p.
15. Schneider J.P., Irons R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse// Subst. Use Misuse. - 2001 Dec. - V. 36. - N 13. - P. 1795-1820.
16. Shaffer H.J. The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos// Subst. Use Misuse. – 1997. – V. 32. – N 11. – P. 1573-1580.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: УСЛОВИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Вопросы интеграции все чаще и настойчивее звучат в работах психологов, врачей и коррекционных педагогов [1–4, 6], встречая при этом как истинных поклонников интегративных методов воспитания и образования, так и их яростных противников. Проблема интегративного воспитания и обучения детей-инвалидов, необходимого для адекватного формирования социальных навыков и позитивной социализации в будущем, в России до сих пор не решена. Участвовавшие высказывания специалистов о необходимости интегративного подхода к детям с особыми нуждами часто встречают не столько возражения, сколько сожаления о его несвоевременности ввиду недостаточной подготовки воспитателей и педагогов, отсутствия бюджетных средств и соответствующей материальной базы.

Между тем до настоящего времени в России сохраняются тенденции к сегрегации: стремлению разделить всех детей в процессе воспитания и обучения в зависимости от уровня интеллекта, способностей, особенностей поведения, темперамента, остроты зрения, слуха и т. п., что противоречит принципу интегративности обучения. Такое стремление является не только антигуманным по отношению к детям, неприспособленным, задержанным в развитии, и детям «с особыми нуждами», но и вредным по отношению к здоровым детям, которые гармонично развиваются только в коллективе, адекватно моделирующем окружающий мир. Параллельно школьной сегрегации год от года нарастают антигуманистические тенденции в обществе взрослых, которые не могут не оказать отрицательного влияния на подрастающее поколение.

Приходится признать, что в некоторых случаях специализированные образовательные учреждения вызывают двойственное чувство: с одной стороны, их открытие (как, например, школ индивидуального обучения детей-инвалидов и детей с ослабленным здоровьем) – новая дань детской сегрегации, а с другой стороны, обычные школы оказываются несостоятельными в отношении обучения детей даже с небольшими отклонениями в развитии. В большинстве своем ученики школ надомного обучения страдают хроническими соматическими заболеваниями с астеническими проявлениями или церебрastenическими расстройствами вследствие раннего органического поражения ЦНС или черепно-мозговых травм, т. е. демонстрируют незначительную психическую патологию, вполне совместимую с обычным школьным обучением при условии индивидуального учительского подхода к особенностям ребенка, но реально такая «интеграция» заканчивается школьной декомпенсацией с неустойчивостью, поведенческими, невротическими или депрессивными расстройствами. В школах надомного обучения дети, имевшие уже отрицательный опыт пребывания в школе обычной, в малочисленном классе, при щадящем режиме, под контролем и при помощи психолога, логопеда, врача расцветают, проявляя достаточные способности к учебе и благополучно заканчивая школу.

Между тем в единичных детских учреждениях, в основу деятельности

которых заложен принцип интеграции, в течение многих лет коллективами специалистов разного профиля разрабатываются методики и принципы интегративного воспитания и обучения. К таким учреждениям относятся в Москве Центр лечебной педагогики «Наш дом», интегративные филиалы Центра лечебной педагогики, школа надомного обучения «Ковчег», школа № 142, интегративные детские сады № 1465 и № 281.

Следует заметить, что буквально в последние месяцы тенденцию к открытию интегративных детских учреждений проявляют государственные учреждения образования, но для реальной тотальной интеграции до сих пор нет ни обученных специалистов, ни достаточных бюджетных средств, ни адекватной материальной базы. Кроме того, остается нерешенным ряд вопросов, требующих специальных научных исследований: остаются неопределенными условия, способствующие общению здоровых детей и детей с особыми нуждами; недостаточно исследованы показатели личностного и интеллектуального развития здоровых детей, воспитывающихся в интегративных учреждениях; до сих пор противопоказания для помещения как здоровых детей, так и детей с особыми нуждами в интегративные группы решается на интуитивном уровне.

В настоящем сообщении речь пойдет о детях с психическими нарушениями, нуждающимися в особой мультидисциплинарной помощи в силу выраженности психопатологической симптоматики, дефицитарности общения, неравномерности или задержки развития, а также особенностей семьи. К этой категории относятся дети с ранним детским аутизмом, ранней детской шизофренией, задержками психического развития различного происхождения, умственной отсталостью, эпилепсией, нарушениями развития в связи с хромосомными заболеваниями.

Попытки объединения детей с психической патологией в коррекционно-реабилитационные группы по формам болезни или основным проявлениям психической патологии недостаточно эффективно, особенно если это касается детей с ранним детским аутизмом или ранней детской шизофренией, ведущими проявлениями которых являются интровертированность с нарушением контактности и погруженностью в свой внутренний мир, эмоциональная дефицитарность, формальность, ригидность, неориентированность в быту. Неконтактные дети, собранные в малую коррекционную группу, хотя и получают профессиональную помощь со стороны специалистов, но все же весьма ограничены в формировании коммуникативных навыков и эмоциональном развитии. Наиболее благоприятной средой для коррекционной работы с ребенком-аутистом является коллектив здоровых детей – активных, жизнерадостных, эмоциональных, подвижных, пластичных, озорных, любознательных. Каждому специалисту, работавшему с «особыми» детьми, известно, что более всего их привлекают здоровые дети, особенно дети терпеливые и любознательные, испытывающие интерес к проявлениям «странностей» у особого ребенка. Таким образом, наиболее эффективной становится коррекционная работа с ребенком-аутистом при его интеграции в коллектив здоровых сверстников. Практика показывает, что при оптимальном составе группы (15 детей) в нее возможно интегрировать одного ребенка с аутистическими тенденциями (с ранним детским аутизмом или ранней детской шизофренией) и 1-2 детей с выраженными задержками психического развития, например, в связи с болезнью Дауна.

Формальное внедрение особого ребенка в коллектив здоровых сверстни-

ков не приносит желаемого результата, поскольку встречает противодействие со стороны родителей здоровых детей, воспитателей и педагогов, а иногда и родителей «особых» детей. Родители здоровых детей опасаются дурного влияния и агрессии со стороны детей нездоровых; воспитатели и педагоги считают себя недостаточно готовыми к профессиональному контакту с «особыми» детьми и боятся, что не справятся с тем объемом работы, к которому обязывает разнородный детский коллектив; амбивалентные стремления проявляют порой и родители нездоровых детей, убежденные в необходимости интегративного воспитания, но опасющиеся, что здесь их ребенка могут обидеть, нанести физический и моральный ущерб. Кроме того у многих родителей детей с ограниченными возможностями здоровья достаточно ярко проявляются годами устоявшиеся и с трудом поддающиеся коррекции рентные установки – они почти неосознанно боятся утраты инвалидности у ребенка при его продвижении в развитии и, как следствия, потери пенсии, бесплатности лекарств, угрозы службы в Армии, а также возникающей для матери необходимости работать, что трудно осмыслить при длительном в перерыве в трудовой деятельности и фактической утрате профессии.

Таким образом, первым условием успешного введения ребенка с психической патологией в коллектив здоровых сверстников является **подготовка окружения к интегративному процессу**, в чем с нами соглашаются и специалисты в области социальной педагогики [5, 7]. Участниками интегративного процесса в данном случае являются:

- здоровые дети;
- дети с ограниченными возможностями здоровья;
- родители здоровых детей;
- родители детей-инвалидов;
- сотрудники детского учреждения - воспитатели, педагоги, психологи, врачи и т. д.

Практика показывает, что наиболее готовыми к интеграции «особого» ребенка являются **здоровые дети**, причем, чем моложе детская группа, тем легче она принимает «особого» ребенка. Конечно, в этом отношении очень важной для адаптации «особого» ребенка является поддержка воспитателя, умеющего в игровой форме показать его достоинства и способности, и родителей здоровых детей, заранее подготовленных к терпимому, тактичному отношению к ребенку с психической патологией.

Ребенку с психической патологией, особенно ребенку-аутисту, еще больше, чем обычному ребенку, требуется времени на адаптацию в коллективе сверстников. В связи с этим вхождение в группу во всех случаях должно быть **постепенным**, растянутым во времени. Ребенок начинает посещать детский коллектив (например, группу детского сада) сначала вместе с матерью на 1-1,5 часа; затем время их присутствия в группе удлиняется (до обеда); когда ребенок начинает себя спокойно чувствовать в детском коллективе, мать может удалиться – сначала на короткое время, а в дальнейшем – на все время пребывания ребенка в детском учреждении.

В то же время на протяжении всего пребывания «особого» ребенка в детском интегративном учреждении, учитывая психические особенности ребенка, необходимо соблюдать принцип **дозированности**. Для ребенка-аутиста достаточно пребывания в детском саду 2-3 раза в неделю по половине дня, так, чтобы он возвращался домой до или сразу после обеда. При хо-

рошей адаптации ребенка в группе это время может быть увеличено, но все же не до полного дня и ежедневного посещения. Чрезмерно длительное пребывание ребенка с аутистическими особенностями в коллективе здоровых сверстников может привести к серьезной декомпенсации, вплоть до серьезного обострения его психического состояния.

Ребенок с аутистическими особенностями, оставленный один на один со здоровыми сверстниками, при отсутствии постоянной поддержки взрослого испытывает большие трудности, подвергаясь агрессии со стороны других детей или проявляя ее, а порой еще больше замыкаясь в своем внутреннем мире. Почти во всех случаях такой ребенок требует **индивидуального сопровождения**, особенно в первые месяцы после начала посещения детского сада. Роль сопровождающего специалиста может играть коррекционный педагог, специальный психолог, воспитатель с большим опытом работы с «особыми» детьми. В его задачу наряду с индивидуальной коррекционной работой входит подбор нескольких детей, способных к общению с аутичным ребенком. К таким в основном относятся дети жизнерадостные, синтонные, общительные, любознательные, но не агрессивные. Индивидуальное сопровождение может быть в дальнейшем отменено при полной адаптации ребенка в группе.

Для успешной интеграции наиболее адекватен **неизменный или мало меняющийся на протяжении длительного времени детский коллектив**. При этом наиболее благоприятен перевод из детского сада в первый класс школы хотя бы при частичном сохранении детского коллектива, сложившегося в детском саду. Опыт длительного прослеживания детей с ранним детским аутизмом и ранней детской шизофренией показывает, что при обучении в одной и той же школе, в одном и том же классе «особый» ребенок постепенно адаптируется к учебным и дисциплинарным требованиям и начиная с 11-13-летнего возраста чувствует себя в школе вполне комфортно, не вызывая претензий со стороны педагогов.

Подготовку родителей здоровых и «особых» детей к интеграции целесообразно проводить постепенно через игровые родительско-детские группы подготовки к детскому саду, предшествующие помещению в стационарную группу, где здоровые и проблемные дети играют вместе в присутствии родителей в сопровождении игротерапевта и психолога. И тем, и другим родителям становится понятно, что дети не только друг для друга безопасны, но даже во многом полезны, так как способствуют развитию познавательных процессов либо оживлению в эмоциональной сфере. В тех же игровых подготовительных группах происходит первая кооперация родителей здоровых и «особых» детей.

Противодействие к интеграции со стороны **родителей здоровых детей** полностью исчезает при особой **привлекательности детского учреждения**, создающейся благодаря благоприятному психологическому климату, высокому профессионализму его сотрудников, обеспеченности высококвалифицированными специалистами-консультантами различного профиля, гуманному отношению к детям, индивидуальному подходу, низкой заболеваемости интеркуррентными заболеваниями, полноценному питанию и т. д. В процессе интегративного воспитания целесообразно проводить **обучение родителей** как здоровых, так и «особых» детей с помощью программ повышения родительской компетентности и способствовать их содружеству через игровые и психотерапевтические родительско-детские группы.

Целенаправленное **взаимодействие с семьей** проводится с первого знакомства и одновременно с медико-педагогическими мероприятиями, направленными на коррекцию патологических проявлений у больного ребенка. Задачи коррекционной работы с членами семьи такого ребенка в процессе медико-педагогической работы с ним заключаются в выработке положительного отношения к посещению ребенком коррекционной группы; в достижении всеми членами семьи единых, адекватных в данном случае принципов лечения, воспитания и обучения; в преодолении нигилизма, равнодушия и апатии по отношению к будущему ребенка, формировании установки на максимально возможный уровень его обучения и профессионального образования; в инициации применения в домашних условиях адекватных обучающих методик; в преодолении изоляции и консерватизма в семейном укладе, построении более живой, динамичной, разнообразной обстановки, повседневно окружающей ребенка; в преодолении негативизма по отношению к медикаментозному лечению ребенка (в тех случаях, когда оно необходимо не только для устранения болезненной симптоматики, но и для облегчения обучения и контактов); в устранении психических нарушений при обострениях психических заболеваний или патологических реакций у лиц из непосредственного окружения ребенка (при их согласии на лечение); в формировании эмоционального взаимодействия и взаимопомощи между членами различных семей с детьми.

Самым актуальным остается вопрос **подготовки специалистов** для работы в интегративных детских учреждениях. Кроме базового педагогического или психологического образования с достаточно полным блоком дефектологических знаний, для таких специалистов наиболее целесообразным является обучение на рабочем месте в учреждениях, обладающих большим опытом интеграции. Между тем, без принятия основной идеи интегративного воспитания и образования, гуманистической установки по отношению к детям с особыми нуждами, индивидуального подхода к каждому ребенку и каждому участнику интегративного процесса невозможно достичь успеха интегративного обучения и воспитания.

Коррекционная работа в интегративном детском учреждении оказывается малопродуктивной усилиями специалистов какого-то одного профиля и требует **комплексного подхода** с помощью различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, логопедов, социальных педагогов, т. е. требует междисциплинарного взаимодействия, направленного на единую цель – достижение максимально возможного для данного конкретного ребенка уровня развития и адаптации в социальном окружении.

Тактику введения ребенка в группу здоровых сверстников, длительность пребывания ребенка в детском учреждении, назначение сопровождающего специалиста, его задачи и методы работы определяет **междисциплинарный медико-психолого-педагогический консилиум**, включающий всех участвующих в коррекционно-реабилитационном процессе специалистов. Задачи **рабочего, стратегического** междисциплинарного консилиума заключаются в динамическом контроле состояния ребенка, определении эффективности коррекционной работы, тактики воспитания и обучения на каждом следующем этапе интегративного процесса, назначении психотерапевтического и медикаментозного лечения, определении возраста ребенка для начала школьного обучения, места и формы обучения.

Для новых интегративных учреждений и вновь поступивших на работу в интегративный детский сад специалистов, кроме стратегического консультирования, необходимо проводить **обучающий консилиум**, направленный на знакомство специалистов разного профиля с методами диагностики, прогнозирования, лечения, комплексной коррекционной работы и взаимопонимание междисциплинарного коллектива детского учреждения.

Стремление родителей проблемных детей в интегративные детские сады очень высока, а специалисты амбулаторной практики, понимая потребности детей, в поисках квалифицированной психолого-педагогической помощи охотно их туда направляют. Однако большой процент «особых» детей в группе (классе) полностью нивелирует идею интегративности, крайне снижая ее эффективность, по существу превращая образовательное учреждение в коррекционное, и делает его мало привлекательным для родителей здоровых детей. В связи с этим необходима **большая «разбавленность»** «особых» детей детьми здоровыми (2-3 ребенка на группу из 15 человек).

При обсуждении проблем интегративного воспитания и образования часто искусственно замалчивается то обстоятельство, что помещение некоторых детей в группу здоровых детей бессмысленно и бесперспективно ввиду их глубокой умственной отсталости или тяжелого олигофреноподобного дефекта. Между тем и таких детей целесообразно воспитывать в коллективе сверстников, специально формируя малую интегративную группу из детей с умственной отсталостью, но с различной степенью контактности и эмоциональной живости, т. е. соблюдая принцип вариативности интегративных групп в зависимости от инвалидизирующих расстройств.

Интегративное воспитание большинства здоровых детей при индивидуальном подходе оказывает положительное влияние на их эмоциональное развитие, целенаправленность деятельности, продуктивность, творческие возможности, не снижает темпов интеллектуального и речевого развития. В то же время в популяции гипотетически могут встречаться дети (вероятно, нежные, ранимые, впечатлительные, тревожные, боязливые), на которых совместное воспитание с проблемными детьми может оказать отрицательное влияние – как в плане задержки интеллектуального и речевого развития, так и в отношении декомпенсации их основных свойств личности. Этот вопрос остается совсем не исследованным и нуждается в уточнении путем специальных научных мультидисциплинарных разработок для определения показаний и противопоказаний помещению как здоровых, так и «особых» детей в интегративные детские сады и школы и четких принципов формирования интегративных групп.

Таким образом, для того, чтобы интегративное воспитание детей здоровых и детей с ограниченными возможностями здоровья принесло ожидаемые положительные результаты, необходимы:

1. По отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья постепенность из введения в коллектив здоровых сверстников, дозированность их пребывания в детском учреждении, большая «разбавленность» группы здоровыми детьми, индивидуальный подход и по необходимости индивидуальный сопровождение, устойчивый на протяжении длительного времени детский коллектив.

2. Ассоциирование родителей обычных детей и родителей детей-инвалидов с помощью подготовительных детско-родительских игровых групп, обучающих программ и комплексной (медико-психолого-

педагогической) работы дошкольного учреждения.

3. Углубленное обучение различных специалистов методикам коррекционной работы в смешанном детском коллективе с принятием ими основной идеи интегративного воспитания и выработкой адекватных форм междисциплинарного взаимодействия.

4. Привлекательность интегративного детского учреждения для всех воспитанников и их родителей.

5. Научно-методическая разработка формирования вариабельных интегративных групп в зависимости от инвалидизирующих расстройств.

6. Разработка показаний и противопоказаний для введения в интегративную группу – как для детей-инвалидов, так и для здоровых детей.

7. Продолжение изучения интегративного процесса и его эффективности для детей с особыми нуждами и здоровых детей.

8. Продолжение целенаправленных научно-методических разработок при сопоставлении интегративных учреждений с учреждениями специализированными.

В заключение важно подчеркнуть, что для открытия любого интегративного учреждения необходима серьезная подготовка. Собрать вместе обычных детей и детей с ограниченными возможностями здоровья без подготовки всех участников интегративного процесса, без решения проблемы специально обученных специалистов, организации реабилитационного пространства, индивидуального подхода, индивидуальных программ может быть чревато нанесением большого вред и тем, и другим детям.

Настоящее сообщение касается лишь некоторых аспектов интегративного воспитания детей-инвалидов с психическими нарушениями. Однако интегративность как основной принцип воспитания и образования необходима и в отношении других категорий «проблемных» детей – детей-сирот, детей с нарушениями поведения, детей с хроническими соматическими заболеваниями, детей с языковыми проблемами и т. п.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малофеев Н. Н. Интегрированное обучение в России: задачи, проблемы и перспективы. - В сб. Особый ребенок. Исследования и помощь. Вып. 3. – М., 2000. - С. 65-73.

2. Иовчук Н. М. Образовательный аспект междисциплинарной работы с семьей «проблемного» ребенка. - В сб. тезисов международной конференции: Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). – М., 2001. - С. 128-130.

3. Опыт работы интегративного детского сада. Часть первая. – М. : Теревинф, 2004.

4. Опыт работы интегративного детского сада. Часть вторая. – Москва. : Теревинф, 2005.

5. Интеграция детей с особенностями развития в образовательное пространство. – Москва. : Ритм, 2006.

6. Иовчук Н. М. Основные принципы интегративного воспитания детей с особыми нуждами. - В сб. межрегиональной конференции «Профилактика социального сиротства: подходы, опыт, перспективы». - Томск, 14-16 марта, 2006 г.

7. Батова А. В. Социально-педагогические условия позитивной интеграции детей-инвалидов в социальную среду. – Автореф. дисс... кандидата педагогических наук. – М., 2001.

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

Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Н. М. Иовчук
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РОССИИ
Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

10 лет назад, в 1996 году, один из комитетов Государственной Думы Российской Федерации обратился к Ассоциации детских психиатров и психологов с просьбой представить материал по развитию службы психического здоровья детского населения России, поскольку уже в те годы становилась все более очевидной такая необходимость в связи с нарастанием поведенческих расстройств, аддиктивных, суицидологических и других психосоциальных проблем в детско-подростковой среде. Актуальность задачи была тем более очевидной, что в 1995 году по инициативе Минздрава РФ был изъят «детский психиатр» из перечня медицинских специальностей. Одновременно становилось ясно, что вступивший в действие Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не учитывает в достаточной мере особенностей организации психиатрической помощи именно детям, особенностей проявлений психической патологии в детско-подростковом возрасте и ни в коей мере не учитывает необходимости психопрофилактической работы в детском населении.

В проекте[1], который был представлен в Госдуму и далее в Минздрав РФ, в последующем с участием Российского общества психиатров (РОП) преобразованном в конкретный проект приказа Минздрава[2], были четко очерчены основные проблемные сферы службы охраны психического здоровья детей и подростков в России:

а) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И, наоборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

б) она фактически отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в) отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы. Участковый детский психиатр обслуживает 15 000 детского населения и не имеет возможности для профилактической и реабилитационной работы. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дизадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

г) при том что многие психические нарушения проявляются в первые

годы жизни, отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста. По сложившейся практике ребенок попадает к детскому психиатру лишь с 4-летнего возраста;

д) отсутствует такое актуальнейшее в современных условиях направление психиатрической помощи, охватывающее громадные контингенты детей, как детско-подростковая наркология;

е) система подготовки кадров для детской психиатрической службы не обеспечивает необходимого набора специалистов, их квалификации на современном уровне;

ж) отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

з) отсутствует взаимодействие между государственными (ведомственными) и негосударственными организациями, работающими в сфере охраны и коррекции психического здоровья детей;

и) отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

В упомянутых выше проектах предлагались следующие принципиальные изменения в существующей системе:

1) создание самостоятельной службы охраны психического здоровья детей и подростков на уровне региона в виде сети разнопрофильных учреждений, консолидированных в единую систему, финансирование которой исходит из доли детско-подростковой популяции в населении региона;

2) кардинальное изменение характера подготовки и повышения квалификации специалистов, работающих в службе охраны психического здоровья детей и подростков;

3) создание условий для повышения психопрофилактической компетентности специалистов смежных профессий (педагогических, социальных и др.).

Что же изменилось за прошедшие 10 лет? Нам не пришлось дожидаться какого-либо содержательного ответа на наши предложения (в 2005 году в который уже раз вновь представленные в Минздравсоцразвития РФ). Уже не первый год находится на стадии решения (но еще не решен) вопрос о восстановлении специальности «психиатр детский» в перечне медицинских специальностей. В 2001 г. состоялась инициированная Ассоциацией детских психиатров и психологов Коллегия Минздрава РФ[3], посвященная защите психического здоровья детей; и знающему специалисту, и администратору нетрудно убедиться, что за 5 лет не выполнен практически ни один принципиальный пункт решения Коллегии.

Тем не менее, в регионах с разной степенью активности происходит неизбежный процесс развития детских психиатрических служб именно в русле предлагавшихся нами изменений. Должности главных внештатных детских психиатров, которых после ликвидации специальности «детский психиатр» в некоторых регионах были отменены, в настоящее время восстановлены ввиду угрозы развала соответствующей службы, на них возложены на местах важные функции, но, как правило, без достаточной материальной и организационной поддержки. Что наиболее интересно и отрадно, в некоторых регионах уже созданы как самостоятельные структуры детско-подростковые психиат-

рические службы с тем или иным набором учреждений. Причем, как оказалось, для этого достаточно адекватной оценки ситуации и политической воли на местах (естественно, под давлением истинных энтузиастов-специалистов), и совсем не являются необходимыми условиями богатство региона, многочисленность и высокая плотность населения, недостаток чего выдвигается как неоспоримая негативная аргументация противниками подобного развития детской психиатрической службы.

Другим негативным аргументом выдвигается опасность научно методического «отрыва» детской психиатрии от общей, что также представляется необоснованным. Родившись в недрах общей психиатрии, детско-подростковая психиатрия продолжает развиваться в ее русле, однако в настоящее время способна обогащать свою *alma mater* как в теоретическом, так и в практическом смысле. Так, вне концепции психического дизонтогенеза и его различных вариантов (акселерация, ретардация, асинхрония, регресс) трудно продвинуться в понимании многих психопатологических феноменов и состояний, например кататонии, галлюцинаций и бреда воображения, мизофобии, клептомании, социофобии, истерии, сексуальных перверсий, гэмблинга, сектомании и других видов аддикций, психосоматических расстройств, психопатий и проч. С другой стороны, существование психических расстройств, начинающихся преимущественно в детском и подростковом возрасте (т. е. первично- и вторично-дизонтогенетических) не является поводом для игнорирования их общепсихиатрической практикой. Так, если «взрослый» психиатр редко сталкивается с такой патологией, как трихотилломания, элективный мутизм, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, заикание, функциональный энурез и энкопрез, тики, ранний детский аутизм, моторная алалия, специфические расстройства развития, то это не значит, что данные расстройства, возникнув у ребенка, закономерно исчезают по мере его взросления. Зачастую повзрослевшим, но не излеченным пациентам просто не к кому обратиться (общие психиатры данную патологию знают недостаточно или не придают ей значения, а детско-подростковая служба за этих пациентов уже не отвечает). Дефицит катамнестических и лонгитюдных исследований (проведение которых может и должно осуществляться как детскими, так и общими психиатрами), обуславливает наличие множества «белых пятен», особенно в области пограничной психиатрии. (В частности, в этой связи следует отметить, что практика организации большинства психиатрических конференций и конгрессов, когда проблемы взрослых пациентов рассматриваются дифференцировано, а детей и подростков – в одной изолированной «детской» секции, не способствует взаимному обогащению общих и детских психиатров.)

К сожалению, отмеченные выше «ласточки» отнюдь не делают весны в системе охраны психического здоровья детей и подростков. Более того, за прошедшее десятилетие не только обострились застарелые проблемы, но и возникают все новые.

Отмечается тенденция организационного и методического отрыва активно развивающейся на местах амбулаторной детской психиатрической помощи (имеющей тенденцию к интеграции с педиатрией и социально-психологическими службами) от рутинной и заикленной на тяжелой психи-

ческой и поведенческой патологии стационарной детской психиатрии, (представленной, как правило, детско-подростковыми отделениями в структуре общепсихиатрических больниц). При этом в организационно-методическом плане остается все такой же «горячей» проблема межпрофессионального и, в еще большей мере, межведомственного взаимодействия разнопрофильных специалистов в психопрофилактике, диагностике, коррекции и социально-психологической реабилитации при работе в детско-подростковом населении. Не приходится говорить в этом плане не только о каких-либо нормативных документах, но даже о значимых научно-методических разработках. Вообще же состояние психического здоровья подрастающего поколения ставит вопрос о развитии как научно-методического направления педагогической психиатрии, одной из кардинальных задач которого и стало бы решение указанных проблем, в том числе организации психогигиенической работы в образовательных учреждениях с эффективным взаимодействием специалистов различных сфер (психологии, психопатологии, социальной педагогики, психокоррекции и др.)

Перестав быть «белым пятном» отечественной детской психиатрии, ее «горячей точкой» стала психиатрия раннего возраста, которая за рубежом развивается самым активным образом, а в нашей стране все еще располагается в «зоне ближайшего развития». Такая ситуация представляется парадоксальной, поскольку чем младше возраст ребенка, тем в большей степени любое саногенное воздействие (как биологического, так и психолого-педагогического характера) способно оказать благотворное влияние на формирующуюся психику не только на функциональном, но и структурно-церебральном уровне. При этом сохраняется укоренившаяся без каких-либо содержательных и нормативных оснований практика, когда подавляющее большинство детских психиатров начинает оказывать помощь пациентам лишь после трехлетнего возраста. До этого больные либо вообще находятся вне поля зрения узких специалистов, либо в течение года наблюдаются детским неврологом, после чего (при отсутствии явной неврологической патологии) снимаются с учета, несмотря на то что их психическое развитие и поведение требуют пристального внимания и своевременной специфической коррекции.

Не в лучшем положении находится и детско-подростковая психосоматика. Несмотря на общепризнанное широчайшее распространение в детско-подростковой популяции психовегетативных расстройств, затрагивающих самые разные физиологические системы организма, несмотря на целый ряд проведенных в отечественной детской психиатрии многосторонних исследований в данной области, до сих пор она остается незамутненным «белым пятном» как для детских психиатров, так и для педиатров, лишенных, как было сказано выше, каких бы то ни было организационных условий (не говоря уже о специальной подготовке) для эффективного взаимодействия в целях оказания помощи детям с функциональными гипертермиями, функциональными расстройствами сердечного ритма, кожными и многими другими нарушениями, глубоко дизадаптирующими детей, которым, как и их родителям, в подавляющем большинстве случаев остается надеяться лишь на природные компенсаторные и саногенные возможности детского организма. Как объективный показатель данной безрадостной ситуации может рассматриваться

тот факт, что на недавнем III Международном Конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Казань, 23-26 мая 2006 г.), при громадном общем количестве полученных материалов, не удалось даже сформировать самостоятельную секцию по детско-подростковой психосоматике.

Особо следует остановиться на службе психического здоровья в сельской местности и в малонаселенных городах, точнее на отсутствии таковой. Безусловно, каждое село и каждый маленький город невозможно обеспечить ни детским психиатром, ни медицинским психологом, да это, скорее всего, и не нужно. Единственным специалистом, способным включиться в службу психического здоровья детей и подростков, проживающих в малонаселенной сельской местности, является, очевидно, педагог-психолог, получивший, естественно, дополнительно соответствующую подготовку. Отсюда следует, что последиппломное усовершенствование психологов системы образования, работающих в сельской местности, должно включать в себя достаточную программу по медицинской психологии и начальным проявлениям нервно-психических расстройств у детей и подростков, позволяющую научиться обнаруживать отклонения в психическом развитии и здоровье ребенка и обеспечивать его контакт с детским психиатром.

Горячей точкой детско-подростковой психиатрии является диагностическая область, в частности, дефицит современных патопсихологических методов обследования пациентов и дефектная практика их применения. Так, известный тест Векслера давно нуждается в обновлении нормативных показателей. Тесты Кеттелла, Рене-Жиля, Розенцвейга, САТ и др. не получили достаточного распространения. Батарея диагностических процедур детских патопсихологов нуждается в расширении как за счет адаптации известных «взрослых», так и за счет разработки специальных «детско-подростковых» качественных и количественных методик. Создается впечатление, что современно обученные детские психологи не знакомы с понятиями целостного психологического (патопсихологического) диагноза и не способны адекватно взаимодействовать с психиатрами на уровне комплексной диагностики состояния ребенка. Отсюда все более явной становится тенденция многих детских психологов вообще отказаться от патопсихологической диагностики (или предельно минимизировать ее) и полностью посвятить себя психокоррекции (более престижной и выгодной, но вряд ли эффективной без полноценного диагностического этапа).

То же следует сказать и о нейропсихологии как альтернативе «безмозглой» психиатрии. В то же время актуальность энцефалопатических и диснейроонтогенетических механизмов психических расстройств в детском возрасте, с одной стороны, и высокая пластичность детского мозга – с другой, делают данное направление детской психиатрии все более перспективным на современном этапе. С другой стороны, нельзя не отметить и опасность абсолютизации нейропсихологического подхода, присущей многим его энтузиастам, полагающим, что они могут скорректировать практически любое расстройство развития и поведения, «обособившись» от психиатрии, способной лишь «травить ребенка химией». Что, впрочем, является еще одним конкретным проявлением отсутствия адекватной системы межпрофессионального

взаимодействия в рамках службы психического здоровья детей и подростков.

Для отечественной как детско-подростковой, так и общей психиатрии (в отличие от зарубежной) абсолютным «белым пятном» остается этологический подход в диагностике и терапии. И это странно, поскольку метод наблюдения (для этологов наблюдение и сравнение являются основными способами изучения поведения) остается ведущим, а порой и единственным источником психопатологической информации (особенно у психически больных детей). Овладение данным методом дает исследователю возможность качественной и количественной оценки таких психических характеристик, как тревожность, агрессивность, виктимность, перверсность и пр., которые зачастую не поддаются вербальному самоописанию и не контролируются сознанием пациента, особенно в детстве. Точность этологического анализа (который, при наличии современной видеотехники, доступен перепроверке и сравнению в динамике) на несколько порядков выше известных опросников и стандартизированных интервью. Перспективой данной методологии является разработка эффективных эволютивно-биологических методов психотерапии и психокоррекции на основе понимания инстинктивных механизмов нормального и патологического поведения.

Настоящей «горячей точкой» остается детская психотерапия, которая должна быть обязательным блоком работы любого детского психокоррекционного учреждения. В данном вопросе существуют как методологические, так и организационные проблемы, требующие своего решения. Особенности психического онтогенеза обуславливают тот факт, что психическое здоровье растущего ребенка определяется именно взаимодействием биологических, психологических, педагогических и социальных факторов. В связи с этим четко разделить применительно к ребенку лечебно-психотерапевтические, коррекционно-психологические, коррекционно-педагогические и патерналистско-социализирующие воздействия можно лишь с большой степенью условности. Детский психиатр, общаясь с ребенком и его родителями, так или иначе осуществляет психотерапевтическое влияние через свои лечебные, воспитательные, социальные и психологические воздействия. В то же время большинство отечественных детских психиатров не владеет специальными методами семейной, групповой и индивидуальной психотерапии (тогда как в ряде стран, например, в Германии сама врачебная специальность обозначается как «детский психиатр-психотерапевт»). В России «детский психиатр», не существуя как самостоятельный специалист, фигурирует хотя бы на уровне должности. Что касается «детского психотерапевта», то таковой вообще отсутствует в официальной номенклатуре. Во всех приказах Минздрава, посвященных психотерапии, о детской и семейной психотерапевтической помощи нет ни слова. Но свято место, как известно, пусто не бывает. Место отсутствующих детских психотерапевтов в многочисленных центрах социально-психологической помощи детям и подросткам (находящихся в ведении Минобрнауки) заняли другие специалисты – психологи, педагоги, музыкальные работники и проч. При этом во избежание неприятностей (по положению, психотерапией могут заниматься лишь специально подготовленные врачи) они называют свою деятельность «психокоррекцией». Однако, что и как делают эти специалисты с детьми, страдающими теми или иными отклонения-

ми в психическом здоровье, не подлежит никакому контролю со стороны профессионалов в области детской психопатологии.

Подобная ситуация существует и в детской медицинской психологии, о которой вообще не говорится в официальных документах, но без которой (в силу действующего Закона о психиатрической помощи...) невозможна никакая первичная психопрофилактика у детей и подростков, равно как и практическая психосоматическая помощь в педиатрии да и психотерапевтическая помощь ребенку и семье. Есть опасность, что давно зависший вопрос по поводу введения медицинских (клинических) психологов в реестр медицинских специальностей решится (в силу печальной традиции) без учета интересов педопсихиатрической службы. Введение в педиатрию детских медицинских психологов (подготовленных из детских, школьных психологов и/или дефектологов), облегчило бы взаимодействие детских психиатров с педиатрами и детскими неврологами. Кстати, со стороны последних отмечается не вполне оправданная и все более агрессивная экспансия в область детской психиатрии (что показал, в частности, проведенный в апреле 2006 года Международный форум, посвященный синдрому дефицита внимания и гиперактивности). Приветствуя всякое сотрудничество и взаимодействие с детскими неврологами, следует все же разделять полномочия и ответственность в решении вопросов пусть смежных, но все же относящихся (в соответствии с МКБ-10) к разделу психических расстройств детского и подросткового возраста. Во всяком случае, принявшее уже повсеместное распространение назначение детям всего спектра психотропных препаратов неврологами, не имеющими ни соответствующего образования, ни соответствующего профессионального опыта (не говоря уже о формальном отсутствии соответствующих профессиональных сертификатов), свидетельствует об уродливом преломлении «рыночной» психологии с борьбой за пациентов любой ценой, в том числе и ценой их психического здоровья.

Эта цена тем более высока, что и сами детские психиатры крайне стеснены в лечебных возможностях, поскольку, безусловно, не просто «горячей», а сверх меры «перегретой» точкой детской психиатрии является онтогенетически ориентированная психофармакология, обеспечение юных пациентов современными, малотоксичными и строго дифференцированными по своему действию психофармакологическими препаратами.

Что же касается подготовки самих специалистов в области детской психиатрии, то за прошедшие 10 лет ситуация ухудшилась настолько, что под угрозой оказывается вся система охраны психического здоровья подрастающего поколения. Фактически ликвидирована интернатура и на грани исчезновения ординатура по детско-подростковой психиатрии. Так, за последние два года на ведущую в России кафедру детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО от Минздравсоцразвития не направлено ни одного человека для обучения в ординатуре. Существование единой специальности «психиатрия» дает формальное право кафедрам общей психиатрии на местах готовить врачей как для взрослой, так и для детской службы. Однако для качественного обучения по детской психиатрии большинство «взрослых» кафедр, очевидно, не располагает достаточным количеством соответствующих преподавателей (профессионалов, знающих

психопатологию детей от 0 до 18 лет, сравнительно-возрастную психологию, пато- и нейропсихологию, дефектологию, детско-подростковую и семейную психотерапию и проч.). Кроме того, для качественного обучения детских психиатров и смежных специалистов службы психического здоровья детей и подростков необходима соответствующая клиническая база, включающая дифференцированные по возрасту, полу и психическому состоянию стационарные отделения, разветвленную диспансерную сеть, педагогические учреждения для общего и коррекционного обучения детей и подростков с психической патологией. Такая база существует всего в единичных городах-миллионниках. В то же время борьба за курсанта, которой вынуждены заниматься региональные факультеты повышения квалификации, приводит к тому, что многие детские психиатры на местах и буквально все общие психиатры, совмещающие на местах должности детских специалистов, проходят первичную специализацию и регулярное усовершенствование исключительно на местных кафедрах общей психиатрии. Многие из них и ни разу в жизни не обучались на профильных «детских» кафедрах Москвы, Санкт-Петербурга или Челябинска. Отсутствие «детских психотерапевтов», «детских наркологов», «детских медицинских психологов» не только в номенклатуре специальностей, но и в официальном перечне должностей обуславливает ситуацию, при которой их подготовкой официально вообще никто не занимается.

Исходя из объективного анализа существующей ситуации в организации психиатрической помощи детям в России, можно сформулировать ряд задач, требующих неотложного решения совместными усилиями заинтересованных государственных и общественных структур.

1. Добиться внесения изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи..., призванных максимально облегчить условия взаимодействия семьи и службы психического здоровья детей и подростков, снять все существующие социально-психологические барьеры в населении, препятствующие своевременному обращению семьи за помощью к детскому психиатру, создать возможности для психопрофилактической работы в детских учреждениях.

2. В кратчайшие сроки решить вопрос восстановления специальности «психиатр детский», что само по себе, помимо прочего, создаст предпосылки для улучшения системы подготовки специалистов для детской психиатрии и, кроме того, должно снять ряд чисто организационных проблем.

3. Поддержать и развить региональные инициативы по созданию самостоятельных служб психического здоровья детей и подростков, разработав, в том числе, научно-методические и нормативные основы деятельности таких служб. Уже на сегодняшнем этапе для повышения авторитета и действенности детской психиатрии на местах, исходя из существующего положения дел (общепринятой является практика, когда главным психиатром региона назначается главный врач крупной психиатрической больницы или диспансера, обладающий административными и материальными полномочиями), целесообразно было бы для внештатного детского психиатра выделять полставки заместителя главного врача по детству.

4. Обеспечить возможность упрощенной (без двойного слепого метода) процедуры апробации психотропных средств, положительно зарекомендовавших себя во взрослой (особенно гериатрической) практике, что позволит

отказаться от применения в детской психиатрии устаревших, малоэффективных, обладающих тяжелыми побочными эффектами и риском разнообразных осложнений препаратов.

5. Создать реальные научно-методические и организационные предпосылки для развития в рамках детско-подростковой психиатрии двух важнейших направлений - микропсихиатрии и психосоматики. При этом самым актуальным в данном вопросе следует признать проблему подготовки специалистов. Здесь возможны два пути, не исключающие друг друга. Первый – первичное формирование уникального специалиста – микропсихиатра (психосоматолога), владеющего знаниями, умениями и навыками детского психиатра и одновременно достаточно ориентированного в неврологии, детской и семейной (в том числе перинатальной) психологии (владеющего, кстати, и этнологическим методом), семейной терапии. Второй путь – создание полипрофессиональных бригад из узких специалистов (детского психиатра, детского невролога, детского психолога, психотерапевта) для работы в специализированных кабинетах для детей раннего возраста и психосоматических центрах на базе многопрофильных педиатрических стационаров.

6. Активизировать усилия в подготовке узкопрофильных специалистов для службы психического здоровья детей и подростков – детских психиатров (включая специалистов по психиатрии раннего возраста – «микропсихиатров», по детско-подростковой психосоматике), детско-подростковых психотерапевтов и медицинских психологов, детско-подростковых наркологов (аддиктологов) и смежных специалистов.

Необходимо поставить перед МЗСР РФ вопрос об осуществлении строгого контроля за продолжением подготовки детских психиатров в достаточном объеме по действующим официальным схемам (четырёхмесячная первичная специализация на специализированной кафедре, годичная интернатура, двухгодичная клиническая ординатура). При этом указать, что оптимальной моделью первичной подготовки данного специалиста является: годичная интернатура по общей психиатрии (которая может быть обеспечена региональными кафедрами психиатрии), затем – двухгодичная ординатура по детско-подростковой психиатрии и психотерапии на соответствующих кафедрах академий последиplomного образования. Последующая более узкая специализация может осуществляться как на «детских», так и на общих кафедрах усовершенствования (психиатрии, психотерапии, наркологии), на семинарах и рабочих местах в клинических институтах.

Рекомендовать главному специалисту МЗСР РФ подготовить соответствующий документ, обязывающий главных специалистов регионов в обязательном порядке направлять общих специалистов, совмещающих должности детских психиатров, на очередные циклы повышения квалификации на указанные выше кафедры. При этом удостоверение об обучении на данных кафедрах (выдающих сертификаты по единой специальности - «психиатрия») должно не мешать, а способствовать их профессиональному росту по основной специальности.

7. Для сохранения профессиональной связи детских и общих психиатров с одной стороны, и улучшения их взаимодействия с представителями немедицинских специальностей, работающих в сфере охраны психического здоровья

детей и подростков – с другой, РОП и другим профессиональным организациям следует соответствующим образом планировать научно-практические форумы. В частности, в программах собственно психиатрических съездов и конференций следует предусматривать участие детских психиатров в пленарных и тематических секционных заседаниях в едином контексте с общими психиатрами (для взаимного обогащения знаниями). В то же время конференции, посвященные проблемам охраны, укрепления и восстановления социально-психического здоровья подрастающего поколения должны планироваться совместно с ведомственными и общественными организациями, объединяющими представителей смежных профессий (педиатров, педагогов, психологов, социальных работников и проч.), что на сегодня осуществляется на практике лишь Ассоциацией детских психиатров и психологов. Последнее должно обеспечить расширение знаний всех специалистов, налаживанию взаимопонимания и взаимодействия между ними в решении общих проблем подрастающего поколения (психосоматические расстройства, аддиктивные состояния, девиантное поведение, психогенные расстройства и проч.).

Возрождение популяции, ставшее национальной программой Российского государства, предполагает заботу о психическом здоровье маленьких россиян и совершенствование работы соответствующих научных, образовательных и лечебно-профилактических учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Ю. С. Шевченко. Современные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Независимый психиатрический журнал, 1998, II. – С. 34-36.
2. Проект приказа «О мерах по совершенствованию психиатрической помощи детям и подросткам» // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003(3), № 3 – С. 115-124.
3. Решение Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения» от 15 мая 2001 г. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2001(1), № 1 – С. 136-139.

Ю. А. Яковлева, И. В. Макаров

КЛИНИКО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФОРМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Актуальность исследования. Клинические наблюдения эпилепсии у детей, опубликованные в отечественной и зарубежной литературе, во многом уточнили симптоматику, патофизиологию и патогенез этого заболевания (Сухарева Г. Е., 1938; Мнухин С. С., 1976; Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А., 1979; Карлов В. А., 1990; Темин П. А., Никанорова М. Ю., 1997; Мухин К. Ю., Петрухин А. С., 2000; Kaminer Y. et al., 1988; Aicardi J., 1990; Sterman M. B., 2000). Одно из ведущих мест среди психических изменений личности больных эпилепсией занимают аффективные нарушения (Максутова Э. Л., 1998; Болдырев

А. И., 2000), которые нередко обнаруживают тенденцию к хроническому течению. Проблема аффективной патологии у детей в настоящее время не менее актуальна, чем у больных зрелого возраста. Это связано с относительным учащением аффективных форм патологического реагирования в детском возрасте, что обуславливает необходимость углубленного изучения данного вопроса, прежде всего в клинико-возрастном аспекте. Среди формирующихся изменений личности дисфорические состояния представляют особый интерес, так как именно они существенно затрудняют адаптационные возможности детей. Дисфория - расстройство настроения, при котором преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. (Блейхер В. М., Крук И. В., 1995).

Дисфорические состояния встречаются не только при эпилепсии, но при этом заболевании возникают особенно часто и традиционно считаются одним из показателей тяжести процесса (Висневская Л. Я., 1971; Тиганов А. С., 1983; Болдырев А. И., 2000; Blummer D, Altshuler L. L., 1998). Вместе с тем, их место в систематике эпилептических расстройств окончательно не определено и нуждается в уточнении. Дисфории расценивают как «психический эквивалент припадка», «субклинический эпилептический припадок», «измененную реакцию организма на судорожный приступ», «импульсивные расстройства настроения», «пароксизмальную субдепрессию», «депрессию», «дистимию», «психопатические изменения личности», «особый вариант сумеречного состояния» (Авдеенко А. А., 1983). Имеющиеся точки зрения на дисфории отражают их клиническое многообразие, патоморфоз, недостаточную четкость клинических границ, различный подход к их пониманию и обуславливают их различную выявляемость. По данным зарубежных исследователей, дисфорические состояния регистрируются у от 3% до 78% больных эпилепсией (Mitchell W. et al., 1998). По мнению Г. Б. Абрамовича и Р. А. Харитоновой (1979), у детей эпизодические дисфорические состояния встречаются в 17,7% случаев, среди них психозы - в 2,2%. Клинические проявления дисфорий у детей и подростков не имеют единого классификационного подхода и различными авторами могут описываться как в виде самостоятельной формы с разнообразными психопатологическими проявлениями (тревога, депрессия, астения), так и в структуре депрессивного или астенического синдромов (Иовчук Н. М., 1983; Dunn D. et al., 1999). Диагностика и терапия дисфорических расстройств является на сегодняшний день одной из актуальных проблем детской психиатрии. В этой связи изучение структуры и динамики дисфорий в возрастном аспекте имеет особое значение для разработки обоснованных лечебных мероприятий при различной степени тяжести эпилепсии.

Целью исследования стало изучение клинико-возрастных особенностей проявлений дисфорий у детей и подростков, страдающих различными формами эпилепсии для усовершенствования диагностики данных состояний, уточнения прогноза у этой категории больных и обоснования дифференцированного подхода к их лечению.

Материал и методы исследования. В клинико-психопатологическом исследовании приняли участие 70 детей и подростков (мальчиков 45 - 64,3%, девочек 25 - 35,7%), в возрасте от 6 до 17 лет, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении детской психиатрии Санкт-

Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в период с 2001 по 2005 гг. с диагнозом эпилепсия, в клинической картине которых отмечались дисфорические состояниями различной степени выраженности. Средний возраст детей в этой группе составлял $12,4 \pm 0,4$ г., длительность заболевания эпилепсией $8,7 \pm 0,5$ г. Для изучения возрастной динамики дисфорических состояний дети были разделены на три подгруппы. Первую подгруппу составили дети в возрасте 6 до 11 лет (16 больных - 22,9%), вторую — дети и подростки 12–15 лет (31 больной - 44,2%) третью — подростки 16–18 лет (23 больных - 32,9%). С помощью клинко-психопатологического метода подробно были изучены анамнестические сведения обследованных детей. В клинической картине заболевания изучались: форма эпилепсии, характеристика приступов, время их возникновения, частота и приуроченность ко времени суток. Фокальная форма эпилепсии выявилась у 80% (56 детей), генерализованной формой эпилепсии страдали 20% (14 пациентов). Для оценки клинической выраженности психопатологической структуры дисфорий использовалась визуально-аналоговая шкала всесторонней оценки психического состояния (ШВОПС) по кластерам: внутреннее напряжение, враждебность, депрессия, агрессивность, аффективная неустойчивость, обеднение речи, гиперактивность, моторная заторможенность. Исследование психологических характеристик у детей потребовало использования следующих методик: методика Векслера (для определения уровня интеллекта), методика «Hand-тест» (исследование уровня агрессии и вероятности проявлений открытого агрессивного поведения), опросник Бека (для определения степени выраженности депрессивной симптоматики). Материал, полученный в ходе исследования, обрабатывался с помощью статистических пакетов SPSS и MIDAS, с использованием стандартных методов математико-статистического анализа: однофакторный и двухфакторный дисперсионный анализ, сравнение средних тенденций по критерию Манна-Уитни, а также сравнение выборочных долей по критерию Фишера.

Результаты исследования. В ходе клинко-психопатологического исследования выявлено, что выраженность психопатологической симптоматики в структуре дисфорий у детей и подростков, страдающих эпилепсией, различается в зависимости от возраста пациентов.

Из табл. 1 видно, что у детей в возрасте от 6 до 11 лет на первый план в структуре дисфорий выступали проявления враждебности и агрессии при выраженной гиперактивности - дети становились негативистичными при контакте со сверстниками и в 43,8% проявляли прямую вербальную агрессию, в 18,8% косвенную вербальную агрессию, в 31,2% - косвенную физическую агрессию, в 6,2% - прямую физическую агрессию. Враждебность и агрессия усиливались у детей старшей возрастной группы (от 12 до 15 лет), у которых также нарастало внутреннее напряжение, но основу клинической картины дисфорий в этой возрастной группе составляли выраженная аффективная неустойчивость и взрывчатость. Агрессия (преимущественно физическая) у детей этой группы в 19,4% случаев носила прямую направленность, а в 32,2% косвенную, только в 6,5% агрессия была вербальной, в 41,9% отмечалось сочетанное проявление вербальной и физической агрессии. У подростков старше 15 лет дисфорические состояния носили более отчетливый злобно-

тоскливый характер с максимальным проявлением депрессивной симптоматики, внутреннего напряжения и агрессии прямой вербальной в 47,8%, прямой физической в 39,2% случаев, в 13% отмечалось изолированное косвенное проявление агрессии. По остальным изучаемым кластерам: снижение настроения, моторная заторможенность, речевое обеднение статистически значимых различий между группами получено не было, однако имелась тенденция возрастания тяжести данных проявлений с возрастом.

Таблица 1.

Выраженность психопатологической симптоматики, в зависимости от возраста (по данным ШВОПС).

Симптомы	6-11 лет 16 боль- ных (1)	12-15 лет 31 боль- ной (2)	16-18 лет 23 боль- ных (3)	Группы с достовер- ными различиями по критерию Манна - Уитни
Депрессия	1,5±0,6	2,3±0,6	2,9±0,3	1-3 p<0,05
Внутреннее напряжение	1,8±0,6	2,1±0,8	2,9±0,4	1-3 p<0,01 2-3 p<0,05
Враждебность	2,05±0,6	2,06±0,8	2,7±0,5	1-3 p<0,01 2-3 p<0,01
Аффективная неустойчивость	1,8±1,0	2,8±0,5	2,3±1,0	1-2 p<0,05
Гиперактивность	2,8±1,0	1,2±1,0	0,7±0,7	1-3 p<0,01
Агрессия	1,1±0,6	2,9±0,4	2,6±1,0	1-2 p<0,01
Снижение настроения	2,1±0,6	2,3±0,8	2,8±0,6	Не достоверно
Моторная за- торможенность	1,7±0,01	2,0±0,3	2,05±0,5	Не достоверно
Обеднение речи	0	0,1±0,5	1,4±0,6	Не достоверно

В представленном клиническом примере продемонстрирован наиболее частый вариант дисфорий в возрасте от 6 до 11 лет.

Больная Ольга С., 10 лет. Жалобы при поступлении на психомоторные приступы 2–3 раза в месяц. Наследственность неотягощена. Девочка от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания, вторых срочных родов, родилась с весом 3800 г, длиной 51 см, в гипоксии, с оценкой по Апгар 5/6 баллов. Сразу после рождения переведена в отделение интенсивной терапии, лечилась с диагнозом травматической энцефалопатии, выписана через месяц. Раннее развитие по возрасту. Перенесла повторные простудные заболевания, ветряную оспу, краснуху. В детском саду с 5 лет, в школе с 7 лет, со второго класса учится на дому, на момент поступления - в 4 классе, успевает посредственно.

Больна с 3 лет, когда появились частые судорожные и психомоторные приступы. Впервые лечилась в 5 лет, после чего отмечалась ремиссия в течение одного года, затем приступы возобновились — ежедневные психомоторные, 2–3 раза в месяц судорожные. Появились нарушения в интеллектуально-мнестической сфере. Стала взрывчатой, агрессивной.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирована верно, без

бреда и обманов восприятия. В контакт вступает неохотно, речь замедленная, дизартричная. Двигательно расторможена, внимание привлекается с трудом на короткое время. Темп выполнения заданий низкий, быстро устает. Интеллект снижен. Легко аффектируется, агрессивна к сверстникам и персоналу, взрывчата.

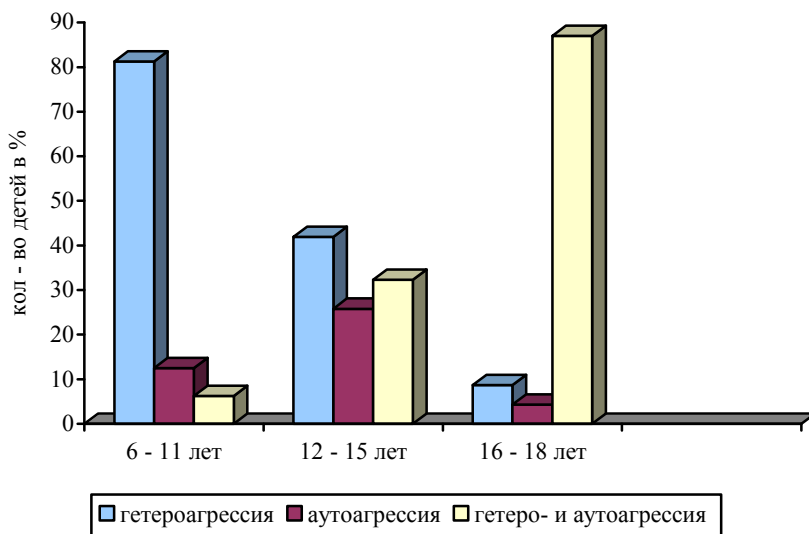
Неврологический статус: рассеянная микроочаговая симптоматика. *Соматический статус:* без актуальной патологии. *Электроэнцефалография:* единичные медленные волны на гипервентиляцию. *Магнитно-резонансная томография:* расширенные субарахноидальные пространства по конвексу лобных и височных областей, больше слева.

Получала бензонал 200 мг/сут., финлепсин 900 мг/сут. В момент развития дисфории однократно применялся неупелтил 5 капель в качестве корректора поведения. Приступов не отмечалось, настроение улучшилось. Выписана в удовлетворительном состоянии. *Диагноз:* Эпилепсия, височная форма, со снижением интеллекта и изменением личности.

В ходе исследования было также выявлено, что с возрастом изменяется и характер проявления агрессии у детей и подростков, страдающих эпилепсией (диаграмма 1).

Диаграмма 1.

Направленность проявлений агрессии у детей с дисфориями в различные возрастные периоды.



Как видно из диаграммы 1, достоверно чаще проявления гетероагрессии отмечались у детей младшей возрастной группы (6–11 лет). Проявления изолированной аутоагрессии не выявили достоверных различий по частоте встречаемости во всех трех группах, однако преобладание аутонаправленности проявления агрессии на уровне тенденции преобладало у детей в возрасте от 12 до 15 лет. Надо отметить, что в этой возрастной группе не было получено достоверных различий в направленности проявления агрессивного поведения. Здесь приблизительно с одинаковой частотой выявлялись проявления как гетероаг-

рессии, так и аутоагрессии. Сочетанное проявление аутоагрессии и гетероагрессии отмечалось достоверно чаще у подростков старше 15 лет.

В следующем клиническом примере представлен вариант проявления дисфорий в средней возрастной группе.

Больная Елена В., 14 лет. Жалобы при поступлении на приступы отключения сознания, ежедневные, 4–5 раз в день. Наследственность не отягощена. Девочка от второй беременности, протекавшей с токсикозом и анемией, от вторых срочных родов. Вес при рождении 3500 г, длина 52 см, двойное обвитие пуповиной, оценка по Апгар 7/8 баллов, выписана на 7 день. Раннее развитие по возрасту. Перенесла простудные заболевания, ветряную оспу, краснуху, сотрясения головного мозга в 5 и 11 лет. В детском саду с 2 лет, в школе с 8 лет, адаптировалась хорошо. На момент поступления училась в 8 классе коррекционной школы. Заболела в 11 лет, когда мать впервые стала отмечать кратковременные отключения сознания, ежедневно, 4–5 раз в день, длительностью в несколько секунд. С 8 лет под наблюдением у психиатра с диагнозом «умственная отсталость». В течение последнего года у девочки отмечались частые немотивированные снижения настроения, агрессия, нарушения поведения.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирована правильно. Эмоционально лабильна, негативистична, в контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает коротко и односложно. Наблюдается частая смена настроения в течение суток. Временами агрессивна, «чтобы не сорваться», уединяется с плеером, избегая общения со сверстниками и персоналом. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Периодически говорит о нежелании жить.

Электроэнцефалография: короткие разряды 3–4 сек. билатеральных синхронных комплексов пик–волна с частотой 3 колебания в секунду. Магнитно-резонансная томография: расширение левого бокового желудочка, борозд лобных долей, умеренно расширены силвиевы щели, расширены хиазмальная цистерна и цистерна основания черепа. Психолог: интеллектуальное развитие – невысокая норма, структура интеллекта умеренно диспропорциональна. Логопед: речевое развитие соответствует норме. Получала суксилеп 750 мг/сут., дифенин 200 мг/сут., курсы дегидратации. Приступов не отмечено. В течение месяца после купирования приступов улучшилось настроение, стала доброжелательнее, активнее, охотно общалась с детьми в отделении, помогала персоналу. Выписана в удовлетворительном состоянии. Диагноз: Эпилепсия, генерализованная форма (юношеская абсанс-эпилепсия, криптогенная).

Результаты анализа данных методики «Hand-тест» у детей от 6 до 18 лет, страдающих эпилепсией с дисфориями, в различные возрастные периоды, представлены в табл. 2.

По данным табл. 2 можно отметить достоверное преобладание у детей старших возрастных групп «агрессивных» и «директивных» ответов, что определяет большую вероятность открытого проявления агрессии. Преобладание «напряженных» ответов, направленных на сдерживание состояний волнения и тревоги, преобладает в старших возрастных группах, что говорит о повышении с возрастом самоконтроля над аффективными реакциями. Более

высокий процент «экспрессионистских» ответов, определяющий наличие истероидных тенденций в структуре личности, отмечался у детей в возрасте 12–15 лет, что может быть причиной большей вероятности развития функциональных приступов у детей с эпилепсией в данном возрасте. Можно отметить высокий процент «коммуникативных» ответов у детей старших групп. Это свидетельствует о высокой значимости социальной адаптации детей в подростковом возрасте.

Таблица 2.

Данные методики «Hand-тест» у детей различных возрастных групп.

Количество ответов различных категорий	6–11 лет (1)	12–15 лет (2)	16–18 лет (3)	Уровень значимости между группами по критерию Манна-Уитни
«агрессивные» ответы	3,6±0,8	7,06±1,3	7,6±2,0	1–2 $p<0,05$ 1–3 $p<0,05$
«напряженные» ответы	0,6±0,3	3,7±1,7	3,7±1,4	1–2 $p<0,01$ 1–3 $p<0,01$
«коммуникативные» ответы	2,6±0,9	4,2±1,8	8,8±1,3	1–3 $p<0,01$
«директивные» ответы	1,6±0,7	6,6±1,8	7,2±1,7	1–2 $p<0,01$ 1–3 $p<0,01$
«экспрессионистские» ответы	0,2±0,01	3,8±0,1	1,4±0,8	1–2 $p<0,01$
«аффективные» ответы	0,6±0,1	1,7±0,3	2,5±0,6	1–3 $p<0,05$
Индекс агрессивности	0,6±0,3	1,2±0,6	1,9±0,4	1–3 $p<0,05$

По опроснику Бека у детей 6–11 лет не было выявлено депрессивной симптоматики в структуре дисфорий, средний балл ответов составил $2,05\pm1,0$ балла; у детей более старшей группы 12–15 лет средний балл оценки по шкале увеличился до $7,2\pm1,7$ балла; и только в старшей группе 16–18 лет средний балл соответствовал наличию депрессии и составил $9,9\pm3,1$ балла ($p<0,01$). Достоверных различий при сравнении групп детей в возрасте от 12 до 15 лет и от 16 до 18 лет по данным психологических тестов получено не было.

По данным психологических методик было выявлено, что у детей, страдающих эпилепсией с дисфориями, с возрастом усиливается вероятность открытого проявления агрессии, в то же время возрастает роль социальной адаптации, вследствие чего повышается самоконтроль над аффективными реакциями. Также у детей 15 лет и старше усиливается вероятность возникновения депрессии, что и определяет более очерченное проявление дисфорий. Сформированные к 12 годам характерологические особенности в дальнейшем усиливаются по степени выраженности своих проявления, не расширяя спектра имеющихся психопатологических проявлений в структуре личности.

Приводим характерный клинический пример.

Больной Николай С., 17 лет. Жалобы при поступлении: приступы ярости и неуправляемой агрессии, неумение общаться со сверстниками. Наследственность неотягощена. Мальчик от 4 беременности, протекавшей с токсикозом, отеками и многоводием, вторых родов со стимуляцией на 41 неделе. Родился с весом 3700 г, длиной 50 см, оценка по Апгар 7/8 баллов, выписан в срок. Развивался с задержкой: сидит с 7 мес., ходит с 1 года, речь — отдельные слова после 4 лет. Перенес простудные заболевания, аденэктомию. В детском саду с 4 лет, адаптировался плохо. В школе с 7 лет, закончил четыре класса массовой школы, с 5 класса учится по коррекционной программе, успевает посредственно.

С 3 мес. короткие приступы подергивания головой, ежедневные, частые. В 3 года диагностирована эпилепсия, получал клоназепам. При самостоятельной отмене препарата наблюдался судорожный тонико-клонический приступ с потерей сознания, заведением глаз, длительностью 20–25 минут. Затем отмечались ежедневные отключения сознания с застыванием длительностью 2–3 секунды. Получал клоназепам в течение 10 лет. Движения головой сохранялись, «замирения» стали реже. В дальнейшем к лечению присоединен дифенин. Через несколько лет прекратились «замирения» и «движения головой», но резко ухудшилось поведение, стал злобным, агрессивным, раздражительным. Вспышки агрессии носили затяжной, нерегулируемый характер.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирован верно, негативистичен, враждебен, отказ от общения сопровождается вербальной агрессией. Настроение резко снижено. Вспышки агрессии без внешних раздражителей, сопровождаются «сужением» сознания, высказывает словесные угрозы в адрес персонала, предпринимает попытки разрушительных действий. Высказывает суицидальные мысли.

Соматический статус: благополучен. Магнитно-резонансная томография: арахноидальная ретроцеребеллярная киста. Психолог: общее интеллектуальное развитие соответствует пограничному уровню, имеются признаки социальной депривации. Электроэнцефалография: единичные разряды комплексов острая волна–медленная волна на фотостимуляцию. Логопед: лексико-грамматическое недоразвитие. При отмене клоназепама развился генерализованный тонико-клонический приступ во сне длительностью 30 минут. Были назначены депакин 900 мг/сут., дифенин 250 мг/сут., дегидратация, рисполепт 2 мг/сут. Настроение нормализовалось, стал доброжелательным в отношении детей и персонала. Контакт затруднялся речевой патологией. Вспышки агрессии отмечались единичные в лечебном отпуске, были кратковременными, проходили самостоятельно. Выписан в удовлетворительном состоянии. Диагноз: Эпилепсия, генерализованная форма с изменением личности и снижением познавательных способностей.

Дисфорические состояния также различаются по длительности протекания в различные возрастные периоды. Так, у детей младшей группы наиболее часто отмечались короткие дисфории, которые, как правило, регулировались внешним поощрением или наказанием или проходили самостоятельно при ремиссии основного заболевания. У детей 12–15 лет дисфории в ряде случаев носили затяжной характер, пациенты не могли самостоятельно справиться с

проявлениями агрессии, и редукции дисфории способствовало только применение нейролептиков. Психотические формы дисфорических состояний проявлялись преимущественно в подростковом возрасте (старшая возрастная группа). Длительность дисфорий достигала нескольких недель, агрессия чаще была недифференцированной. Надо отметить, что в последние годы значительно снизился удельный вес дисфорических психозов, в нашем исследовании дисфорические состояния психотического уровня были выявлены только у 5 подростков (7,1%), которые имели раннее начало заболевания эпилепсией, и в течение долгого времени у них не было достигнуто клинико-энцефалографической ремиссии приступов. В следующем клиническом примере представлен один из таких случаев.

Большая Екатерина Б., 15 лет. Жалобы при поступлении на судорожные приступы 2–3 раза в неделю и приступы снохождения, раздражительность, агрессивность. Наследственность не отягощена. Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом и пиелонефритом у матери, от первых срочных родов, со стимуляцией. Родилась с весом 2800 г, длиной 48 см, оценка по Апгар 6/7 баллов, выписана на 14 день (кровопотеря у матери). Развивалась с задержкой: голову держит с 3 мес., сидит с 8 мес., ходит с 1,5 лет, фразовая речь с 2 лет в детском саду. В детском саду с 2 лет, в школе с 8 лет, адаптация хорошая. На момент обследования училась во вспомогательной школе по программе 6 класса, с программой справлялась. В 2 года первый тонико-клонический судорожный приступ длительностью несколько минут, затем приступы повторялись с частотой 2–3 раза в неделю. Получала финлепсин и люминал, депакин и дифенин - как в монотерапии, так и в комбинации без клинического эффекта. При присоединении депакина появились снохождения. В дальнейшем получала комбинацию дифенина, бензонала и карбамазепина с сопутствующей дегидратирующей терапией. Приступов не отмечалось. Через 2 мес. была самостоятельно проведена замена карбамазепина на депакин. Приступы возобновились с прежней частотой, судорожные тонико-клонические, изменилось поведение - стала негативистична, агрессивна, отказывалась от приема лекарств и пищи. Потеряла в весе 35% массы тела. На этом фоне развилось психотическое состояние, была крайне возбуждена, недоступна контакту, съела птичий корм.

Психический статус: сознание периодически помрачено, негативистична, в контакт не вступает, проявляет физическую и вербальную агрессию. Отказывается от приема лекарств и пищи. Настроение резко снижено, воспринимает окружающих враждебно. Суицидальных мыслей и тенденций не проявляет.

Неврологический статус: рассеянная микроочаговая симптоматика. **Соматический статус:** крайне истощена, кожа и слизистые бледные, сухие. Частые рвоты, не связанные с приемом пищи. Тоны сердца ясные ритмичные, частота сердечных сокращений 67 в минуту, дыхание жесткое по всем отделам, живот мягкий, печень (+2 см), стула нет, мочеиспускание редко. В крови тромбоцитопения, лейкопения. Электроэнцефалография: множественные редуцированные комплексы острая волна–медленная волна в фоне и на гипервентиляцию. Магнитно-резонансная томография: расширение левого желудочка и субарахноидальных пространств по конвексу лобно-височных

областей. Психолог: общее интеллектуальное развитие соответствует легкой умственной отсталости. Логопед: системное недоразвитие речи легкой степени. Была проведена инфузионная терапия, отменен депакин, назначен рисполепт 2 мг/сут. в каплях и топамакс 4 мг/кг/сут. В течение месяца приступы не отмечались. Состояние девочки улучшилось: принимала пищу, улучшилось настроение, стала доброжелательной, разговаривала с персоналом, посещала школу, предыдущие события частично амнезировала. Выписана в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией систематического приема нейролептиков в течение 6 месяцев. Диагноз: Острое психотическое состояние. Эпилепсия, фокально-корковая форма со снижением интеллекта и изменением личности.

Заключение. Таким образом, у детей в различные возрастные периоды дисфорические состояния могут выявляться в виде следующих симптомо-комплексов:

- **дети от 6 до 11 лет:** гиперактивность, вспыльчивость, агрессия прямая вербальная нормативно-инструментальная, регулируемая внешним поощрением или наказанием, враждебность. Выявляются сопутствующие речевые нарушения в виде дизартрии и фонетико-фонематического недоразвития речи;
- **дети от 12 до 15 лет:** внутреннее напряжение, вспыльчивость, враждебность, конфликтность, агрессия физическая, целенаправленно-враждебная, преимущественно аутоагрессия. Сопутствующие нарушения отмечались в речевой и двигательной сферах в виде обеднения речевого запаса и моторной заторможенности;
- **дети старше 15 лет:** агрессия прямая вербальная и косвенная физическая, целенаправленно-враждебная, недифференцированная, враждебность, внутреннее напряжение, депрессия, психотические формы реагирования, уходы из дома, суицидальное поведение - психопатоподобные нарушения.

Изучение дисфорических состояний у детей и подростков, страдающих эпилепсией, в клинико-возрастном аспекте, несомненно, способствует улучшению диагностики и терапии данных состояний. Однако необходимо отметить, что это является только одной стороной отражения проблемы, связанной с онтогенезом развития мозговых структур и нуждается в дальнейшей доработке с дополнительным выявлением факторов, способствующих формированию дисфорий в различные возрастные периоды в зависимости от длительности основного заболевания, формы эпилепсии, тяжести течения и длительности ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А. Эпилептические психозы у детей и подростков. — Л. : Медицина, 1979. — 142 с.
2. Авдеенко А. А. Клиническая структура и динамика дисфорий при эпилепсии: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1983. — 20 с.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов (ред. — С. Н. Боков). — Воронеж: НПО «Модек», 1995. — С. 201.
4. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией. — М. : Медицина, 2000. — 384 с.
5. Висневская Л. Я. Особенности течения эпилепсии у детей школьного

возраста. // Ж. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1971. — Т. 71, № 10. — С. 1534-1559.

6. Иовчук Н. М. Эндогенные депрессии у детей. // Ж. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1983. — Т. 83, № 10. — С. 1518-1522.

7. Карлов В. А. Эпилепсия. — М. : Медицина, 1990. — 384 с.

8. МаксUTOва Э. Л. Психопатология при эпилепсии // РМЖ Современная психиатрия. Эпилепсия (спец. выпуск). — 1998. — С. 4-9.

9. Мнухин С. С. Об особенностях эпилептических и эпилептиформных проявлений у детей-олигофренов: Проблемы общего психического недоразвития. — Л., 1976. — С. 16-21.

10. Мухин К. Ю., Петрухин А. С. Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия. — М. : Арт-Бизнес-Центр, 2000. — 319 с.

11. Сухарева Г. Е. Клиника эпилепсии у детей и подростков: Проблемы теоретической и практической медицины. — М., 1938. — С. 234-261.

12. Темин П. А., Никанорова М. Ю. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. — М. : Можайск-Терра, 1997. — 656 с.

13. Тиганов А. С. Эпилепсия // Руководство по психиатрии. Т. 2. — М. : Медицина, 1983. — С. 3-48.

14. Филимоненко Ю. И., Тимофеев В. И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера. — СПб., 1994. — 94 с.

15. Шкала всесторонней оценки психического состояния: Методическое руководство. — СПб., 2003. — 60 с.

16. Aicardi J. Epilepsy in brain injured children. // Dev. Med. Child Neurol. — 1990. — V. 32. — P. 191-202.

17. Beck A. T., Ward C., Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). — Arch. Gen. Psychiatry. — 1964. — V. 4. — P. 561-571.

18. Blummer D, Altshuler L. L. Affective disorders // Epilepsia. — 1998. — V. 2. — P. 2083-2099.

19. Dunn D., Austin J., Huster G. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1999. — V. 38. — P. 1132-1138.

20. Kaminer Y., Apter A., Lerman P., et al. Psychopathology and temporal epilepsy in adolescents // Acta Psychiatry Scand. — 1988. — V. 77. — P. 640-664.

21. Mitchell W., Scheier L., Baker S. Psychosocial, behavioral, and medical outcome in children with epilepsy: a developmental risk factor model using longitudinal data // Pediatrics. — 1994. — V. 94. — P. 471-477.

22. Sterman M. B. Basic concepts and clinical finding in the treatment of seizure disorders with EEG operant conditing. Review // Clin. Electroencephalogr. — 2000. — Vol. 31. — P. 45-55.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАТЕРИНСКИХ ПРОБЛЕМ**Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

В процессе воспитания родители неизбежно сталкиваются с трудностями и проблемами, которые, в частности, находят свое выражение в жалобах, адресованных практическим психологам. Одной из проблем последних десятилетий является отчетливая тенденция к феминизации воспитания ребенка в семье. Обычно мать оказывается ближе к ребенку и его проблемам, в большей степени участвуя в них и страдая от них. В этой связи особую актуальность приобретает исследование *психологических трудностей самой матери*, их влияния на формирование родительско-детских отношений. Для реализации этой задачи было предпринято исследование проблем, с которыми сталкивается мать в процессе воспитания ребенка на разных этапах его развития.

При психологическом анализе материнских трудностей мы опирались на положение о том, что в родительском отношении неизбежно присутствует два противоположных начала: личностное, определяющее безусловное принятие ребенка и эмоциональную связь с ним, и предметное, предполагающее оценку его отдельных качеств и достижений [1]. Относительная выраженность и содержание этих начал задают структуру и индивидуальные варианты родительского отношения. В работе М. В. Соколовой [2] было показано, что характер этого отношения закономерно меняется с возрастом ребенка и определяет стиль поведения родителя с ребенком. Мы полагали, что психологические трудности матери связаны преимущественно с доминированием предметного начала в родительском отношении, которое препятствует ее чувствительности к состоянию ребенка и тесной эмоциональной связи с ним.

Первая задача работы состояла в систематизации и классификации **родительских трудностей**. В качестве метода для решения этой задачи был использован анализ карт детей, которые составлялись на основе интервью родителей, обратившихся за помощью к детскому психологу. Всего были проанализированы 300 карт детей от 5 до 11 лет - по 100 из каждой возрастной группы: дошкольный (5-6 лет), младший школьный (7-9 лет) и предпубертальный возраст (10-11 лет). Оказалось, что во всех возрастных группах 2/3 из них были мальчики. При анализе «жалоб» учитывались возраст и пол ребенка, характер и направленность «жалоб». Поскольку в каждом родительском интервью содержалось несколько жалоб, исследование строилось на количестве «жалоб», а не на количестве случаев. В качестве критерия для классификации материнских проблем была выбрана сфера их проявления. На основе этого критерия было выделено четыре основных блока «жалоб».

Первый блок составили жалобы на *внутриличностные проблемы ребенка* (от чего, по мнению родителя, страдает сам ребенок). Среди этих проблем были: «сенситивность ребенка», (т. е. его чрезмерная чувствительность, боязливость, обидчивость, страхи и пр.); «эмоциональная неуравновешенность»; «болезненные симптомы» (тики, нарушения сна, энурез, заикание); «слабость воли» («никуда не хочет ходить», не имеет устойчивых интересов); «неадекватное поведение».

Во второй блок вошли проблемы во *взаимодействии матери и ребенка*. («конфликтность в семье», возбудимость, вспыльчивость, раздражительность ребенка, а также его упрямство, неуправляемость, негативизм и пр.). В этот же блок вошли жалобы на «асоциальное поведение» (лживость, воровст-

во), «дефицит внимания в семье» (ревность, требование к себе повышенного внимания дома, эгоцентризм), а также жалобы на «изоляция в семейной ситуации» (замкнутость, отчужденность, необщительность ребенка дома);

Третий блок составили проблемы во *взаимодействии ребенка с другими людьми* – взрослыми и сверстниками. Например, «соперничество» («хочет быть первым»), «проявляет эгоцентризм с детьми», «конфликтует со сверстниками»), «изоляция в отношениях» (замкнутость, трудности в общении), «неуверенность в себе», стеснительность, агрессивность, «конфликтность» по отношению к сверстникам.

Четвертую группу составили *проблемы в учебной деятельности или подготовке к ней*. Сюда вошли «жалобы» матерей на «темповые» характеристики ребенка (невнимательность, неусидчивость, рассеянность, утомляемость, заторможенность); переживания родителей по поводу отсутствия воли и произвольности ребенка (нежелание заниматься, неорганизованность, несобранность, несамостоятельность); проблемы когнитивного развития («речевые проблемы», трудности в учебе, трудности с письмом, плохая память, родительские сомнения в готовности ребенка к школе).

Суммарный подсчет разных типов жалоб в разных возрастных группах показал, что доминирующее место занимают *«проблемы в учебной деятельности»* (32% от общего числа «жалоб») и «проблемы во взаимодействии матери и ребенка» (31%). На третьем месте находятся «внутриличностные проблемы ребенка» (22.3%) и, наконец, 14.7% приходится на «проблемы ребенка во взаимодействии с другими людьми». Однако, в разных возрастных группах выделенные типы жалоб представлены по-разному.

Так, в **дошкольном возрасте** на первом месте оказались проблемы, связанные с подготовкой к учебной деятельности, среди которых преобладали «нарушения внимания и темповых характеристик» (почти половина всех родительских «жалоб» этого возраста). Родителей больше всего беспокоят медлительность или излишняя активность ребенка, его невнимательность и неусидчивость, которые могут препятствовать и его адаптации к школьной ситуации. На втором месте у матерей дошкольников находятся «внутриличностные проблемы ребенка», среди которых наиболее выражена «сенситивность», особенно свойственная девочкам. Родителей беспокоят несамостоятельность и зависимость детей, они хотят разрешить эти проблемы, чтобы облегчить их адаптацию к учебному процессу. Мальчики опережают девочек по «эмоциональной неуравновешенности», а девочки – по «сенситивности», причем указанные половые различия максимальны именно в этот период.

В **младшем школьном возрасте** отмечается увеличение «проблем во взаимоотношениях матери и ребенка». При этом удельный вес «внутриличностных проблем» и «проблем во взаимодействии с другими людьми» снижается, а «проблемы в учебе» растут. С поступлением ребенка в школу родительские трудности во взаимоотношениях с ребенком связаны преимущественно с учебной деятельностью. В это время родителей беспокоят проявления психологической незрелости ребенка, регрессивные тенденции в поведении, что мешает учиться и проявлять ответственность. Можно сказать, что в 7-9 лет мы наблюдаем нивелирование половых различий. Проблемы девочек и мальчиков становятся сходными и по количеству, и по качеству. Кроме того, в возрасте 7-9 лет различия между общим количеством жалоб у родителей мальчиков и девочек минимальны по сравнению с другими возрастными группами. И для мальчиков, и для девочек более актуальными являются проблемы в учебе.

К младшему подростковому возрасту продолжается рост «проблем во взаимоотношениях матери и ребенка», которые здесь выходят на первое место. Параллельно с этим наблюдается очередной скачок «проблем во взаимодействии с другими людьми» с резким повышением «соперничества». Эти данные могут свидетельствовать о смещении интересов подростка на среду сверстников, что переживается матерью как изоляция его в семейной ситуации. Что касается самого подростка, то его больше начинает волновать то, насколько его ценят и любят. Особо значимыми становятся «дефицит внимания в семье», касающийся семейного статуса ребенка и «соперничество в отношениях», связанное с темой самоутверждения вне дома (среди сверстников, в школе, со значимыми другими). В этом возрасте наблюдается максимальный перевес «жалоб» в сторону мальчиков.

При сопоставлении трудностей родителей детей разных возрастных групп обращает на себя внимание **младший школьный возраст**, где основные переживания матерей сконцентрированы вокруг учебной деятельности ребенка и его успешности в ней. «Внутриличностные проблемы ребенка» и «проблемы во взаимодействии с другими людьми» в этом возрасте мало волнуют родителей. Повышенные требования к ребенку, постоянная оценка его успехов в учебе переносятся на семейные отношения, качественно меняя их и создавая ситуацию особой напряженности. Все это характеризует младший школьный возраст как наиболее напряженный период в отношениях и в семье, и за ее пределами.

В этой связи мы решили более подробно изучить специфику проблем детско-родительских отношений в этом возрасте и выявить их психологические причины. Исследование включало в себя два диагностических блока – наблюдение за реальным взаимодействием матери и ребенка и анкетирование матерей.

Первый блок состоял из комплекса оригинальных экспериментально-диагностических ситуаций, включающих два этапа. Первый этап представлял собой процедуру взаимодействия матери и ребенка в ситуации выполнения заданий. На втором этапе принимал участие один ребенок, который выполнял аналогичные задания самостоятельно. Данный прием позволил проследить, как меняется поведение ребенка в присутствии и в отсутствие матери и, следовательно, каковы действительные возможности самого ребенка и его сотрудничества с близким взрослым.

Всего предъявлялось три типа заданий: построение картинки из пазлов по образцу; выделение главного и второстепенного в списке слов и придумывание рассказов по картинкам (проективная методика). Задания отличались друг от друга несколькими критериями.

1. Диапазон возможных вариантов выполнения и вариантов правильных ответов (от единственно правильного ответа до творческого рассказа). Разный диапазон правильных решений позволял оценить степень авторитарности матери в отношениях с ребенком, гибкость и адекватность ее вмешательства.

2. Вид стимульного материала (наглядно-образный и вербальный). Анализируя содержание рассказов, их эмоциональную окраску, мы получали дополнительную информацию об особенностях семейных отношений.

3. Инструкция к выполнению, предполагающая разную степень и форму материнского участия. В одних случаях мама сама решала вопрос о необходимости своего участия («А вы можете помочь, если сочтете нужным.»), в других - инициатива передавалась ребенку («Если захочешь, то можешь по-

советоваться с мамой»).

4. Временной аспект. Первое задание предполагало ограничение во времени, в двух последующих заданиях время не регистрировалось.

После выполнения каждого задания вначале ребенку, а затем его маме было предложено поставить оценку ребенку и обосновать ее.

При обработке полученных данных оценивались следующие параметры взаимодействия матери с ребенком в ситуации деятельности:

1. Эмоциональный фон взаимодействия (позитивный, нейтральный или негативный).

2. Активность (показатель участия матери в выполнении задания).

3. Воздействие (показатель качественной оценки активности матери в направлении стимуляции ресурса ребенка)

4. Подстраивание (от стремления полностью управлять действиями ребенка до полного подчинения ему).

Каждый из параметров оценивался по специально разработанным шкалам.

Второй блок исследования составили опросники родительского отношения. Были использованы два опросника – Е. И. Захаровой и Е. О. Смирновой-М. В. Соколовой. Предпочтение данным методам было отдано потому, что они апробировались на выборке младших школьников и установили определенную «норму», характерную для родителей детей для данного возраста. Мы стремились сопоставить данные, полученные в процессе живого наблюдения, и результаты анкетирования.

В исследовании приняли участие 26 пар, включающих мать и ребенка 7-9 лет. Это были мамы, обратившиеся в ЦПМССДиП к детскому психологу с «жалобами», которые были отнесены нами к группе «проблемы в учебной деятельности ребенка». Среди всех обратившихся с этими проблемами мы отобрали детей с сохранными интеллектуальными возможностями.

При анализе результатов наблюдения для нас была важна сравнительная эффективность деятельности в присутствии матери и без нее. Эффективность мы оценивали по количеству затраченного времени и успешности выполненных заданий. По этому критерию были выделены две группы пар:

- **1 группа**, где результаты совместной деятельности были **ниже**, чем индивидуальной деятельности ребенка;

- **2 группа**, где участие матери **повышало** результат совместной деятельности.

Каждая группа включала в себя несколько подгрупп, отличающихся друг от друга описанными выше критериями поведения матери во взаимодействии с ребенком.

В **первую группу** вошли 4 подгруппы:

- **«чрезмерная тревожная активность матери»**. Пытаясь успокоить ребенка, мать транслировала ему еще большую тревогу. В результате дети боятся окружающего мира и, не доверяя себе, ждут, что родители их спасут;

- **«отвержение»**. Сами матери уверены в своем стремлении помочь ребенку. («Ну в кого ты такой, я же все делаю правильно», «Смотри, у меня все получается»). Но эмоциональное отвержение ребенка при фактически полном отсутствии ориентации на его внутреннее состояние перечеркивает все усилия матери. В результате активность ребенка блокируется, мама обвиняет ребенка в безуспешности своих усилий, а ребенок чувствует обиду и непонимание;

- **«соперничество»** с ребенком. Мама стремится обесценить как возможности ребенка, так и трудности задания («У тебя все равно не получится», «Без меня ты все равно не справишься»). В индивидуальной ситуации дети демонстрируют беспомощность и недоверие взрослому. В этой подгруппе оказались только мальчики;

- следующую группу **«низкий авторитет матери»**, напротив, составили только девочки. Высокая склонность к подчинению сочеталась у матери с отстраненностью от ребенка в ситуации совместной деятельности («Делай сама, как хочешь», «Я не могу тебе помочь»). Низкий авторитет матери вызывает агрессию у детей с реакциями протеста.

Рассмотрим особенности взаимодействия матери и ребенка во **второй группе**, где результативность повышается в ситуации взаимодействия. Эти мамы склонны к автономной активности и к подчинению. При этом отмечается чрезмерная склонность к оказанию эмоциональной поддержки. Остановимся на анализе качественно различных видов взаимодействия матери и ребенка в разных подгруппах. Как и в первой группе, их оказалось 4.

- **«доминирование матери»**. Высокий результат достигался за счет автономной активности матери;

- самой многочисленной оказалась подгруппа **«излишнее оберегание ребенка от трудностей»**. Активность матери резко возрастала при малейших трудностях, с которыми сталкивался ребенок. Она сразу начинала «спасать» его, не давая возможности справиться хоть с минимально трудной ситуацией самостоятельно. Понимая неспособность ребенка выполнить задания, она стремилась уберечь ребенка от этого понимания. Таким образом, ее чрезмерная ориентация на ребенка на деле является потаканием его слабостям. В итоге дети, манипулирующие своими родителями, имеют серьезный дефект волевой сферы. Они продемонстрировали самые низкие результаты в индивидуальной ситуации и самый низкий уровень мотивации к достижению;

- в отличие от этого, в следующей подгруппе **«уход от ответственности»** мамы не проявляли беспокойства за детей. Их переживания были связаны лишь с успешностью выполнения заданий. Выполнение задачи мама воспринимает как помощь ребенку, при этом личностное формирование ребенка не входит в зону ответственности матери. Его первая реакция на неудачу – огорчение и потеря интереса к работе.

- в подгруппе **«эмоциональная изоляция матери»** наблюдается резкое расхождение между высокой ориентацией на состояние ребенка и эмоциональным состоянием самой матери. Если старания матери, выражения сочувствия и поддержки ребенку не приводят к успеху, мама испытывает досаду, эмоционально отстраняясь от него. У обоих проявляются депрессивный фон и чувство вины. Несмотря на то что матери этого типа внешне демонстрируют наиболее «правильную» модель поведения, они не добиваются нужного результата: ребенок остается пассивным и растерянным. Чтобы избежать конфликта из-за нарастающего недовольства ребенком, мама переходит к автономной деятельности, т. е. решает задачи сама.

Обратимся к анализу сходства и различия характеристик первой и второй групп. Поведение матерей **первой группы** отличалось стремлением родителей стимулировать внутренний ресурс ребенка, управляя при этом его действиями. В своем стремлении достичь нужного результата матери оказывали на детей психологическое давление, будучи недостаточно чувствительными к их эмоциональному состоянию, и не учитывали их реальных потребностей. Подобно-

го рода «помощь» являлась препятствием к самореализации ребенка. Мамы не могут воздействовать на состояние ребенка, что сопровождается преобладанием «строгого» и «объяснительного» стилей ее поведения. В отсутствие матери ребенок демонстрировал большие возможности, оказываясь чувствительным к эмоциональной поддержке экспериментатора, которой ему, как правило, бывало вполне достаточно, чтобы решить поставленную задачу.

Суммарные показатели **второй группы** отражают несколько иную картину. Эти мамы, наоборот, склонны сами выполнять предлагаемые задания, подчиняясь в своих действиях ребенку. Они более чувствительны к состоянию ребенка. Однако чрезмерная склонность к оказанию эмоциональной поддержки сопровождается недостатком эмоционального принятия и доминированием предметного начала в отношении к ребенку. Матери данной группы чувствуют ответственность за результат деятельности ребенка, но не за его личностное становление. Мама позволяет ребенку манипулировать и управлять собой. В результате у детей не формируется навыков самостоятельной деятельности, что порождает серьезную проблему детей – отсутствие (или существенное снижение) мотивации деятельности.

Таким образом, полученные данные по обеим группам матерей свидетельствуют о преобладании активной позиции матери на негативном эмоциональном фоне взаимодействия. Анализ результатов опросников показал, что основной проблемой оказывается **недостаток эмоциональной чувствительности к ребенку**. Данные опросника Е. И. Захаровой показали, что для большинства мам было характерным снижение способности воспринимать состояние ребенка при чрезмерной склонности к оказанию эмоциональной поддержки. По результатам опросника Е. О. Смирновой-М. В. Соколовой в обеих группах было обнаружено резкое преобладание предметного начала (в 2-3 раза по сравнению с данными нормальной выборки) при доминировании объясняющего стиля.

Суммируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что, несмотря на разнообразие типов взаимодействия с ребенком, ключевые проблемы, определяющие родительские трудности, сосредоточены **в сфере родительского отношения**. Отчетливая ориентация на определенные качества и способности ребенка (т. е. преобладание предметного начала) мешает реальному восприятию ребенка, его эмоционального состояния, препятствует личностному отношению к нему. Преобладание рациональных установок в отношении к ребенку, стремление все делать «правильно» порождает доминирование объясняющего стиля материнского поведения, что затрудняет непосредственный эмоциональный контакт с ребенком. В результате усилия и старание, которые прикладывают мамы для достижения собственных целей, расценивается ими как эмоциональная поддержка детям. Но без учета реального состояния ребенка и его потребностей такое участие матери не может быть поддержкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнова Е. О., Соколова М. В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. - 2000, № 3.
2. Соколова М. В. Особенности родительского отношения на разных возрастных этапах развития ребенка / Автореферат канд. дисс. - М, 2002.
3. Кошкарлова Т. А. Психологический анализ трудностей матери в отношениях с ребенком / Автореферат канд. дисс. - М, 2005.

**ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: ВРЕМЕННЫЕ РЕСУРСЫ
И СТРУКТУРА СВОБОДНОГО ВРЕМЕНИ¹****Центр социологии образования РАО (Москва).**

Статья основана на материалах социологического опроса 2983 учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов московских общеобразовательных школ, который был посвящен изучению как девиантных форм поведения подростков, так и их ориентаций на поддержание здорового образа жизни [3, 4, 5, 6, 7, 8]. В ней мы рассмотрим ряд аспектов, касающихся режима дня, который, как правило, понимается педагогами, психологами, физиологами, медиками и другими специалистами в области детства как «распределение времени на различные виды деятельности и отдыха в течение суток с учетом возраста и состояния здоровья» [2]. При этом основное внимание мы уделим распределению временных ресурсов на разные компоненты режима дня: сон, учебная и досуговая деятельность.

Сон в режиме дня подростка. Для выявления продолжительности сна, мы просили респондентов указать то время, когда они обычно «ложатся спать» и когда «встают» в будние дни. Временной интервал, фиксируемый этими двумя ответами, и дает возможность установить продолжительность сна.

Полученные в ходе опроса данные показывают, что в среднем продолжительность ночного сна подростка составляет 8 часов. При этом девушки спят 7,9 часа, а юноши несколько больше — 8,1 часа ($p=.001$). Характерно, что с возрастом продолжительность сна учащихся заметно снижается. Так, если в 7-м классе подростки в среднем спят 8,4 часа, в 9-м классе 8,0 часа, то в 11-м лишь 7,4 часа. В этой связи следует обратить особое внимание на то, что, по данным Института возрастной физиологии РАО, возрастные нормативы («гигиенические требования») ночного сна в сутки в 7-м классе должны составлять 10,0 часов, в 9-м — 9,5 часа, в 11-м — от 9,0 до 8,5 часа. Таким образом, сравнение результатов опроса с физиолого-гигиеническими нормами показывает, что как в среднем, так и в старшем звене школы реальная продолжительность сна подростков оказывается гораздо ниже той, которая предусматривается нормативами: подростки в среднем недосыпают 1,5 часа.

Заметим, что при обсуждении режима дня особый интерес представляет не только продолжительность сна, но и то время, когда подростки ложатся спать. Именно время отхода ко сну является определяющим для организации правильного режима дня, соответствующего здоровому образу жизни. Обращаясь к существующим физиолого-гигиеническим требованиям относительно времени отхода ко сну в подростковом возрасте, отметим, что в соответствии с ними учащиеся должны ложиться спать в среднем в 22 часа.

Понятно, что с возрастом нормативы меняются: в 7-м классе это 21 час 30 минут, в 9-м — 22 часа, в 11-м классе — 23 часа. Между тем, полученные данные показывают, что лишь 7,7% семиклассников соблюдают эти требования. Среди девятиклассников таких больше — 21,5%, а в 11-м классе соблюдают норму отхода ко сну 48,7%. Представленные данные показывают, что именно в младшем подростковом возрасте (7-й класс) соблюдение режима

¹ Начало. Окончание в следующем выпуске журнала.

дня оказывается явно деформированным. В то же время нельзя обойти и вопрос о правомерности самих нормативов. Действительно, если возрастному нормативу ухода ко сну следуют всего 7,7% семиклассников, то возникает сомнение в том, что подобный норматив соответствует современным социокультурным реалиям (во всяком случае, для городского населения). Скажем более жестко: подобные нормативы, которым на практике следуют лишь единицы, вообще не имеют смысла.

Однако медик или физиолог будут отстаивать свою позицию, делая акцент на том, что дело в данном случае не в социокультурных реалиях и «образе жизни», а в соблюдении норм, удовлетворяющих потребности растущего организма. Их соблюдение и является условием, обеспечивающим полноценное развитие. Именно эти физиологические потребности организма определяют норму ночного сна, обеспечивая возможность восстановления сил и роста. Для того чтобы решить эту коллизию, попытаемся связать вопросы о длительности сна с тремя содержательными сюжетами: физическим самочувствием, школьной успеваемостью и девиацией поведения. В этой связи обратимся к соответствующим материалам нашего исследования.

Поскольку в ходе опроса мы задавали учащимся специальный вопрос, касающийся жалоб на физическое самочувствие (головная боль, расстройство пищеварения, боли в суставах, слабость, сонливость и др.), то мы можем сопоставить жалобы на физическое самочувствие с продолжительностью сна подростка. Наиболее показательны в этом отношении два вида жалоб: «слабость, сонливость» и «головная боль». В качестве примера приведем распределение ответов подростков, жалующихся на то, что они испытывают подобные недомогания «более 3-х раз в месяц», среди семиклассников из различных подвыборок, отличающихся продолжительностью ночного сна (см. рис. 1).

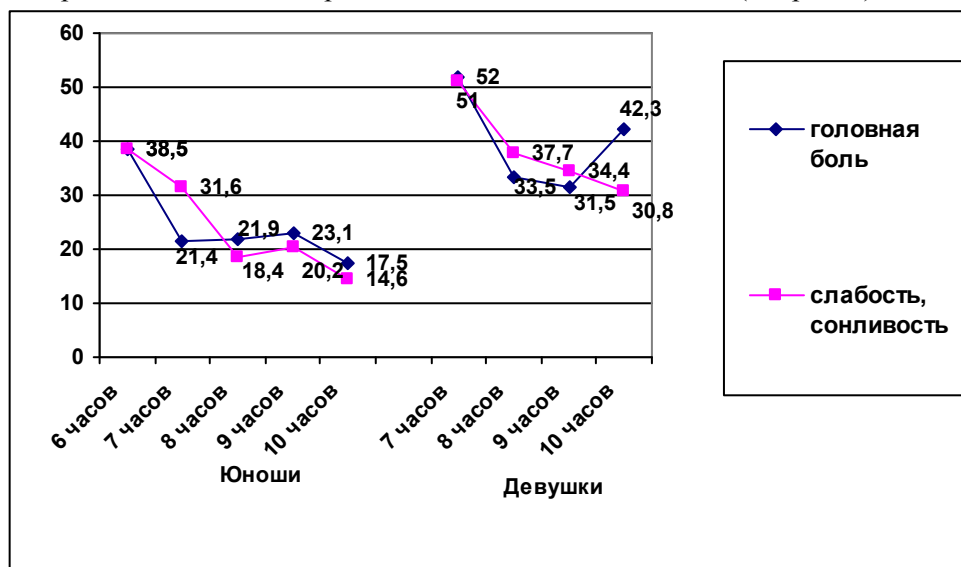


Рис. 1. Жалобы на «головную боль» и «слабость, сонливость» (более 3 раз в месяц) в группах семиклассников с различной продолжительностью ночного сна (%)

Как видно из рисунка, у мальчиков по мере увеличения продолжительности ночного сна существенно снижаются такие негативные проявления физических состояний, как «слабость, сонливость» и «головные боли». Характерно, что наиболее благополучной оказывается подвыборка тех подростков, у кого продолжительность ночного сна совпадает с возрастным нормативом — те, у кого ночной сон в среднем составляет 10 часов.

Среди девочек-семиклассниц падение жалоб на негативные состояния по мере увеличения продолжительности ночного сна достаточно отчетливо выражено относительно симптоматики «слабость, сонливость». Причем, так же как и у мальчиков, наиболее благополучной оказывается подвыборка тех девочек, у которых продолжительность ночного сна соответствует нормативу. В отношении же жалоб на «головные боли» картина противоречива. Здесь наиболее благополучна группа, где продолжительность ночного сна на один час ниже, чем это предусмотрено нормативом (9 часов). В этой связи, на наш взгляд, важно обратить внимание на необходимость разработки санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к подростку, с учетом гендерной специфики. Иными словами, необходима проработка не только социокультурных представлений о своеобразии мужской и женской подростковой субкультуры, но и о специфике тех физиологических норм, предъявляемых к юношам и девушкам, которые учитывают различия в проживании ими жизненных циклов (суточных, недельных, месячных, годовых и др.). Причем следует иметь в виду и тот факт, что жалобы на плохое физическое самочувствие среди девочек гораздо более распространены, чем среди мальчиков. Это, кстати, отчетливо видно на рис. 1.

Следует отметить, что динамика влияния продолжительности сна на проявление обоих перечисленных выше негативных симптомов («слабость, сонливость», «головная боль») отчетливо прослеживается лишь на подвыборке семиклассников. В более же старших возрастных когортах (9-й и 11-й классы) явно выраженной оказывается лишь связь продолжительности сна с таким негативным состоянием, как «сонливость, слабость». Данные о подростках, фиксирующих у себя частые проявления состояний «слабости, сонливости» (более 3-х раз в месяц), в различных возрастных когортах (7-й, 9-й, 11-й классы) в зависимости от продолжительности сна приведены на рис. 2.

Как мы видим, ежедневное недосыпание оказывает явное негативное влияние на физическое самочувствие и у юношей, и у девушек. По мере же приближения к суточной норме ночного сна (10 часов 7-й класс; 9,5 — 9-й класс; 9-8,5 часа 11-й класс) число школьников, часто испытывающих состояние усталости и сонливости, последовательно снижается. Помимо этого, приведенные на рисунке данные показывают, что с возрастом явно увеличивается число школьников, фиксирующих у себя частые состояния «слабости, сонливости». Причем наиболее выражено это среди тех, кто заметно отклоняется от предусмотренных нормативов ночного сна. В этой связи можно сделать вывод о том, что соблюдение возрастных гигиенических нормативов важно не только в младших возрастных когортах, но и, — подчеркнем это специально, — в старшем школьном возрасте.

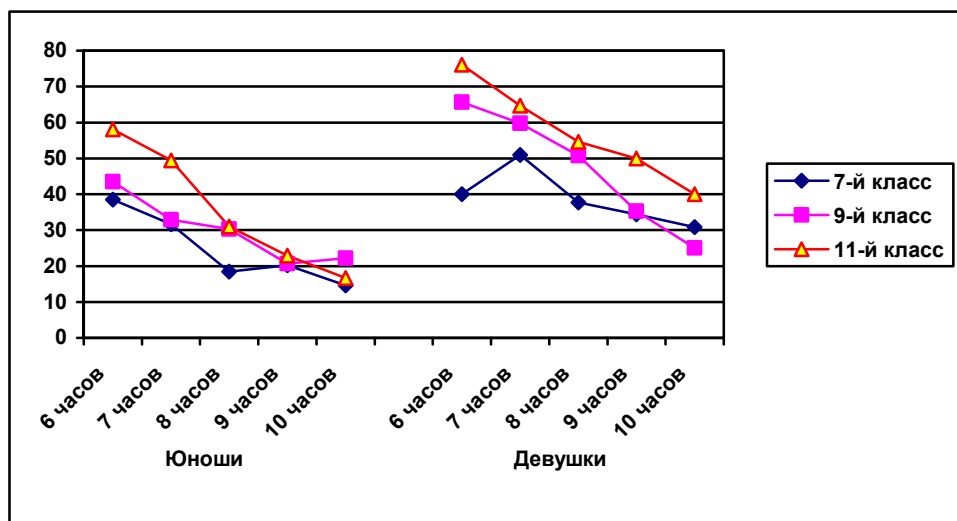


Рис. 2. Распределение жалующихся на «слабость, сонливость» (более 3-х раз в месяц) в группах с различной продолжительностью ночного сна среди учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов (%)

Обратимся теперь к материалам о влиянии продолжительности ночного сна школьника на его успеваемость. Анализ полученных данных показывает, что в отличие от жалоб на негативные физические состояния сама продолжительность ночного сна не оказывает какого-либо явного влияния на академическую успеваемость. Детальный анализ материалов опроса не выявил каких-либо статистически значимых различий в успеваемости школьников из групп с разной продолжительностью ночного сна. Причем эти различия в успеваемости не проявились ни в одной из обследованных нами возрастных параллелей — ни в 7-х, ни в 9-х, ни в 11-х классах; ни среди юношей, ни среди девушек.

В то же время продолжительность ночного сна явно дифференцирует подростков с девиантными формами поведения. Так, например, если у юношей-девятиклассников, употребляющих крепкие спиртные напитки, продолжительность ночного сна составляет 7,3 часа, у курильщиков 7,9 часа, то у тех, кто не склонен к подобным девиантным формам поведения, продолжительность ночного сна составляет 8,3 часа. Сходные тенденции прослеживаются и среди девушек.

Добавим, что подростки, проявляющие различные виды поведенческих девиаций, отличаются и по такому показателю соблюдения режима дня, как *время отхода ко сну* (см. табл. 1).

Таблица 1.

Среднее время отхода ко сну у подростков, склонных и не склонных к различным видам девиации (время суток).

	Не проявляющие девиации	Курящие	Употребляющие алкоголь	Употребляющие наркотики
Юноши	22 ч. 54 мин.	23 ч. 36 мин.	23 ч. 54 мин.	24 ч. 00 мин.
Девушки	23 ч. 00 мин.	23 ч. 30 мин.	23 ч. 54 мин.	24 ч. 00 мин.

Как видно из таблицы, подростки, склонные к поведенческим рискам, опасным для здоровья, ложатся спать существенно позже. Причем характерно, что чем «опаснее» девиация, тем более очевидна разница между нормой и реальным временем отхода ко сну. Заметим, что в таблице приведены данные, фиксирующие среднее время ухода ко сну по всем возрастным группам. В этой связи важно отметить, что отмеченная тенденция прослеживается и в каждой из обследованных нами возрастных параллелей. Об этом, в частности, свидетельствует и такой показатель, как процент школьников, соблюдающих норму ухода ко сну в соответствующей возрастной параллели. Так, например, среди юношей-одинадцатиклассников, не склонных к разного рода девиациям, связанным с рисками для здоровья, возрастной нормы отхода ко сну придерживаются 54,9%, среди курящих таких уже 40,6%, а среди употребляющих алкоголь лишь треть — 31,3%.

Время на приготовление домашних заданий. При обсуждении вопроса о структуре режима дня особое значение имеет то время, которое уделяют школьники приготовлению домашних заданий. При этом интерес представляют по меньшей мере четыре момента: время, которое отводится на приготовление домашних заданий в дневном цикле; влияние длительности приготовления домашних заданий на здоровье и физическое самочувствие подростка (проблема «перегрузок»); влияние длительности приготовления домашних заданий на школьную успеваемость; влияние склонности подростка к девиантным формам поведения на длительность выполнения домашних заданий.

Анализ полученных данных показывает, что в среднем подростки ежедневно тратят на приготовление домашних заданий 2,7 часа. При этом характерно, что время на приготовление домашних заданий у юношей последовательно снижается от 7-го к 11-му классу, соответственно: 2,6 и 2,4 часа ($p=0.02$). По сравнению с юношами девушки тратят на приготовление домашних заданий заметно больше времени (различия во всех возрастных параллелях по затратам времени на приготовление уроков статистически значимы). Причем наибольший пик затрат времени на приготовление домашних заданий приходится у девушек на 9-й класс — 3,2 часа (в 7-м классе 2,8 часа, в 11-м — 2,9 часа).

На наш взгляд, зафиксированная общая тенденция снижения затрат времени на приготовление школьных домашних заданий в выпускных классах школы может быть связана с тем, что значительная часть одинадцатиклассников готовится к поступлению в вузы и занимается дополнительно на различных подготовительных курсах или с репетиторами. Так, по данным настоящего опроса, в 7-х классах число занимающихся на подготовительных курсах или с репетиторами составляет 3,9%, в 9-х классах — 7,8%, а в 11-х это уже каждый шестой — 17,0%. Занятия и задания, которые здесь выполняются, респонденты не относят к собственно «школьным» домашним заданиям.

Обсуждая проблему времени, которое отводится учащимися на приготовление домашних заданий, следует отметить, что с возрастом само время начала подготовки домашних заданий сдвигается на более поздние часы. Так, если семиклассники в среднем садятся за уроки в 16.30, девятиклассники в 17.00, то одинадцатиклассники уже в 18.00. Подобные сдвиги начала выполнения заданий на более поздние часы связаны с увеличением учебной нагрузки в школе — учащиеся 11-х классов гораздо позже возвращаются из

школы, и понятно, что им необходимо определенное время на рекреацию, чтобы приступить к выполнению домашних заданий. В этой связи важно заметить, что сама временная структура дневного цикла существенно изменяется с переходом учащегося в старшее звено школы.

Время, которое тратится школьниками на приготовление домашних заданий, традиционно обсуждается в контексте проблем, связанных с перегрузкой учебного процесса и влиянием подобных перегрузок на здоровье учащихся. В этой связи отметим, что допустимые временные нормы на приготовление домашних заданий в 7-х классах не должны превышать 3-х, а в 9—11-х классах — 4-х часов. Как показывают полученные данные, учащиеся всех возрастных параллелей *в среднем* не выходят за рамки, рекомендуемые нормативами. В то же время имеет смысл сравнить две группы школьников: тех, кто укладывается во временной норматив выполнения домашних заданий, и тех, у кого затраты времени на подготовку домашних заданий его превышают. Так, например, сравнение *этих двух групп* относительно жалоб на плохое физическое самочувствие, показывает, что среди подростков, тратящих на выполнение домашних заданий времени больше, чем это предусмотрено нормативами, заметно выше и доля тех, кто фиксирует у себя различные негативные симптомы. Жалобы на частую «слабость и сонливость» в группе подростков, уделяющих приготовлению домашних заданий больше времени, чем это предусмотрено нормативами, отмечают 46,8%, а в группе укладывающихся во временные нормативы выполнения домашних заданий таких 36,5% ($p=.00001$). Число жалующихся на частые «головные боли» составляет соответственно 33,5% и 28,8% ($p=.05$). Помимо этого, среди школьников, выходящих за рамки временных нормативов, заметно чаще фиксируются и другие виды недомоганий (например, на частые расстройства пищеварения указывают 11%). Таким образом, приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что учебные перегрузки, связанные с увеличением времени на приготовление домашних заданий, явно негативно влияют на здоровье подростка. Причем это проявляется в самой разнообразной симптоматике: сонливость, слабость, головные боли, расстройство пищеварения и др.

Вместе с тем важно затронуть и другую сторону вопроса, которая, напротив, связана с сокращением времени на выполнение домашних заданий. Так, например, полученные данные показывают, что учащиеся, склонные к проявлению различного рода девиаций, уделяют выполнению домашних заданий гораздо меньше времени по сравнению с теми, кто не склонен к поведенческим рискам. Если те, кто курит, употребляет крепкие спиртные напитки или наркотики, отводят на приготовление домашних заданий ежедневно в среднем 2,1 часа, то учащиеся, не демонстрирующие подобных форм поведения, — 2,9 часа ($p=.00001$). При этом характерно, что курящие тратят на приготовление домашнего задания 2,4 часа, употребляющие алкоголь — 2,1 часа, употребляющие наркотики всего 1,8 часа ($p=.03$). Нетрудно заметить, что чем серьезнее девиация, тем меньше уделяется времени выполнению домашних заданий. Таким образом, мы видим, что склонность к девиантному поведению явно деформирует структуру учебной деятельности подростка. Этот момент важно подчеркнуть, поскольку само приготовление домашнего задания («самоподготовка») является одним из существенных компонентов в организации общей структуры всей учебной деятельно-

сти. В этой связи заметим, что склонность к девиации не просто снижает «временные ресурсы» учебной деятельности, но и деформирует общую структуру жизненного уклада ученика, существенной частью которого и является самостоятельная реализация учебной деятельности.

И, наконец, завершая данный раздел, коснемся вопроса о затратах времени на приготовление домашних заданий и академической успешности подростка. На рис. 3 приведены данные об академической успешности в зависимости от времени, уделяемого учащимися приготовлению домашних заданий.

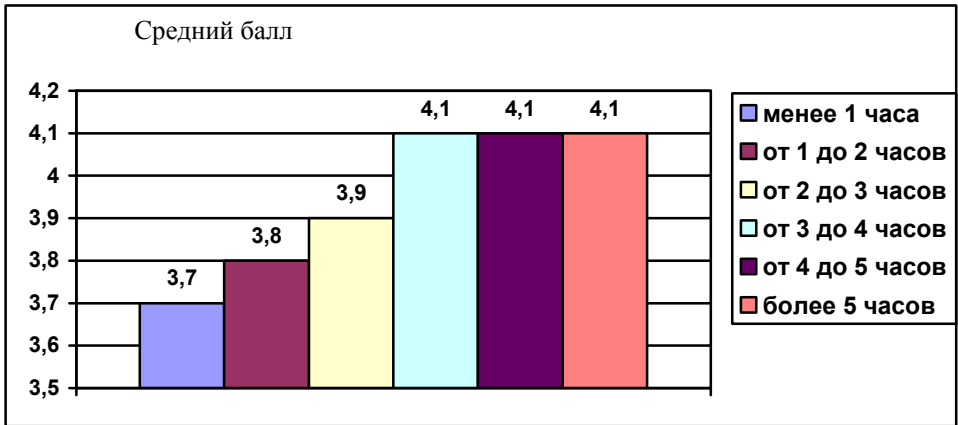


Рис. 3. Академическая успешность учащихся в зависимости от времени, уделяемого ими ежедневному выполнению домашних заданий (средняя оценка успеваемости — баллы).

Приведенные на рисунке данные очевидны. По мере увеличения времени, которое отводится подростком на приготовление домашних заданий, явно возрастает и академическая успешность (академическая успеваемость определяется как средний балл, вычисленный по основным предметам за последнюю четверть или полугодие). Причем мы видим, что наиболее высокая успешность (в среднем 4,1 балла) достигается именно в группе тех, кто отводит на выполнение домашнего задания время, предусмотренное нормативами — от 3-х до 4-х часов. Вместе с тем показательно, что дальнейшее увеличение времени (сверх норматива) не ведет к повышению академической успешности.

В этой связи действительно важно определить необходимый *оптимум* временных затрат на приготовление домашних заданий. Подчеркнем, что подобный оптимум должен учитывать тот возможный временной ресурс, который необходим для успешной реализации учебной деятельности, и в то же время этот ресурс не должен деформировать общий уклад жизни подростка, когда учебная деятельность становится фактором, негативно влияющим как на его здоровье, так и на общую структуру его жизненных интересов.

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

Г. В. Козловская, М. А. Калинина
ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
РИСПЕРИДОНОМ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Терапия рано начавшейся шизофрении и тяжелых форм аутизма в настоящее время остается актуальной проблемой детской психиатрии. Попытки использовать классические нейролептики для лечения этих расстройств часто оказываются несостоятельными. Определенное объяснение этому факту дает нейрохимическая теория развития шизофрении, в соответствии с которой основным механизмом развития болезни является нарушение обмена дофамина: повышение активности дофамина в мезолимбических (эмоциональных) цепях и снижение его активности в мезокортикальных (мыслительных) дофаминергических цепях. При шизофрении также могут наблюдаться нарушения систем серотонина, глутамата, норадреналина, ацетилхолина, гамма-аминомасляной кислоты, опиатов и других медиаторов [16]. Атипичные нейролептики, или нейролептики второго поколения, являются D2-5HT2A антагонистами, т. е. действуют как на дофаминергическую, так и на серотонинергическую системы. В то же время они слабее, чем обычные нейролептики, связываются и быстрее диссоциируют из связи с D2-рецепторами и потому не вызывают экстрапирамидных эффектов [14, 15]. Некоторые исследователи считают, что именно D2-антагонизм в сочетании с 5HT2A-антагонизмом отвечает за атипичность нейролептиков. Другие утверждают, что быстрая диссоциация лигандов D2-рецепторов ускоряет передачу сигналов в ЦНС собственным, физиологически секретируемым дофамином. Связывание с 5HT2A-рецепторами также обуславливает антидепрессивную и анксиолитическую активность препаратов.

Рisperидон, введенный в практику около 10 лет назад, обладает уникальной активностью, воздействуя как на D2-дофаминовые, так и 5HT2A-серотониновые рецепторы. По отношению к α_1 -адренергическим, H2-гистаминовым и M1-мускариновым рецепторам он обладает меньшим сродством, чем традиционные нейролептики, однако и при его применении возможно появление ряда побочных эффектов, таких как тошнота, повышение аппетита, избыток веса, галакторея и т. п. В настоящее время рisperидон с успехом применяется в лечении острых и хронических форм шизофрении у взрослых больных. Особенно настойчиво подчеркивается эффективность рisperидона в лечении негативных симптомов шизофрении и форм, резистентных к традиционной терапии [3, 4, 7-11].

Анализ современных публикаций показывает, что рisperидон до настоящего времени еще мало используется в отечественной детской психиатрии. Вместе с тем, зарубежные психиатры используют этот препарат у детей с целью лечения гиперактивности, импульсивности, агрессии, стереотипного поведения, обсессивно-компульсивных расстройств. Ряд зарубежных психи-

атров предполагает, что атипичные нейролептики, в частности рисперидон, могут сыграть важную роль в лечении тяжелых аутистических расстройств [11, 17-20]. Относительная безопасность рисперидона (отсутствие токсического и мутагенного воздействия в эксперименте, отсутствие осложнений при приеме средних суточных доз лицами среднего возраста), а также отмеченные факты преодоления терапевтической резистентности в лечении тяжелых форм эндогенных заболеваний у взрослых [4, 19] делают рисперидон привлекательным для его применения в детской практике.

С целью изучения клинической эффективности рисперидона в лечении малокурабельных рано начавшихся форм детской шизофрении проводилась терапия рисперидоном детей в возрасте 3-12 лет (средний возраст $6,4 \pm 2,3$ г.), находившихся в 1999-2006 гг. под наблюдением в отделе раннего детского возраста НЦ психического здоровья РАМН. Настоящее сообщение посвящено катамнезу этих результатов. Критериями включения в группу наблюдения были выраженные негативные и позитивные психические расстройства, длительность заболевания более года, резистентность к ранее проводимой терапии. Случаи с психоорганическим синдромом, умственной отсталостью, судорожными приступами, тяжелыми соматическими заболеваниями в исследование не включались. До начала лечения все дети были обследованы психиатром, невропатологом, педиатром, а также психологом. Были проведены ЭЭГ, ЭКГ, клинические анализы крови, мочи и др. Кроме того, в динамике регулярно назначались контрольные обследования соматического состояния больных, контроль биохимических показателей и ЭКГ.

На применение рисперидона у детей было получено информированное согласие родителей с условием регулярного посещения врача, а также фиксацией родителями по определенной схеме, психического и физического состояния ребенка. Кроме того, на применение рисперидона у детей было получено разрешение этического комитета НЦ психического здоровья РАМН.

Для оценки эффективности рисперидона использовались адаптированные к детскому возрасту стандартизованные шкалы: позитивных и негативных симптомов (PANSS), общего клинического впечатления (CGI). В них отмечались тяжесть клинических проявлений, их динамика, а также степень улучшения или ухудшения состояния по семибальной системе [5]. Возможные осложнения и побочные эффекты терапии фиксировались по шкале UKU [5, 6]. Действие препарата считалось эффективным при уменьшении суммарного показателя психического состояния по шкале PANSS на 20% и выше.

Для избегания возможных побочных реакций рисперидона при использовании его у детей нами был рассчитан безопасный интервал дозировок препарата, основывающийся на теоретических разработках так называемого терапевтического «эффекта малых доз», известного в медицине. Вызываемый «малыми дозами» феномен специфических каскадных ответных реакций в организме позволяет добиться такого же результата в лечении, что и при приеме стандартной макродозы, и одновременно помогает избежать ненужных осложнений [7]. Детям в возрасте 3-4 лет назначали 1/20 средней дозы для взрослых, детям 4-5 лет – 1/10 дозы. Учитывая скорость выведения рисперидона из организма (36 и более часов), в ряде случаев применялась методика дробного (через день) приема препарата. В отдельных случаях макси-

мальная доза рисперидона не превышала 0,5-0,6 мг/сутки, что соответствовало рекомендациям ведущих зарубежных детских психиатров [1, 11, 20, 21].

Лечение больных не ограничивалось монотерапией рисперидоном, а сочеталось в ряде случаев с приемом других нейролептиков – этаперазина, неупелтила и галоперидола в малых дозах - (1/5 -1/4 средней лечебной дозы в сутки). Указанные препараты применялись в период обострения психотической симптоматики на короткий промежуток времени в одну–полторы недели.

В нескольких случаях на ЭЭГ была выявлена медленно-волновая пикоподобная пароксизмальная активность, которая клинически выражалась дисфорическими вспышками, повышенной импульсивностью и агрессивностью. Для смягчения данных нарушений к основной терапии рисперидоном эпизодически добавлялся в малых дозах депакин (50-150 мг в сутки). Кроме того, базисное лечение рисперидоном сочеталось с приемом биотиков – церебролизина, церебрамина, кортексина, биолана, дельтарана и др.

Первое клиническое наблюдение эффективности рисперидона было проведено с 1999 по 2002 гг.; второй этап изучения эффективности рисперидона проводился с 2002 по 2006 гг. у 49 детей в возрасте 4-12 лет (38 мальчиков и 11 девочек) также с рано начавшейся шизофренией. Диагноз заболевания и в той, и в другой группе квалифицировался по МКБ-10 и DSM-4 как недифференцированная форма шизофрении, детский тип. Средний возраст детей в обеих группах был $5,5 \pm 1,2$ лет, средняя продолжительность заболевания $4,5 \pm 1,7$ года. При отборе больных на лечение рисперидоном их состояние определялось выраженными психическими нарушениями в рамках злокачественной детской шизофрении, или соответственно по МКБ 10 – F20.8xx3.

Клиническая характеристика случаев, вошедших в когорту наблюдения, определялась кататонно-регрессивными приступами, сопровождавшимися приостановкой психического развития, выраженными аутистическими проявлениями, ундулирующей психотической симптоматикой, мутизмом с последующим формированием специфического олигофреноподобного дефекта. На этом фоне отмечались повторные эксацербации заболевания в форме усиления аффективных, кататонических нарушений, рудиментов бреда и галлюцинаций. По шкале PANSS уровень нарушений определялся в диапазоне 102-165 баллов (в среднем – 132 балла). По шкале CGI тяжесть заболевания оценивалась в 6-7 баллов.

С первых двух месяцев лечения у всех наблюдаемых детей отмечался отчетливый положительный эффект со значительно редукцией продуктивной и негативной симптоматики. Из продуктивных симптомов ушло импульсивное кататоническое возбуждение, уменьшилась острота бредовых и галлюцинаторных симптомов. К концу первого года особенно заметным было сглаживание негативных проявлений болезни. В то же время позитивная симптоматика в ряде случаев сохранялась, но была слабо выраженной и носила транзиторный характер. На этом фоне наблюдались сезонные эксацербации заболевания, которые, однако, не достигали по тяжести проявлений первичных эпизодов.

У больных заметно редуцировалась аутистическая симптоматика. Значительно улучшилось их взаимодействие с окружающими детьми и взрослыми. При общении появлялся зрительный контакт, уменьшились негативизм, проявления псевдоглухоты и псевдослепоты. Социальное поведение становилось

также более адекватным. Особенно позитивным был эмоциональный контакт с близкими и знакомыми людьми. В поведении детей появились элементы сопереживания, чувства такта, юмора, т. е. эмоционального резонанса адекватно настроению окружающих. Наметилось продвижение в когнитивном развитии – прежде всего увеличение словарного запаса в импрессивной речи, а также в ряде случаев экспрессивной в виде отдельных слов и словосочетаний, которые дети использовали в коммуникативных целях для выражения своих чувств и обмена впечатлениями с близкими. У нескольких детей расширились познавательные интересы (игровые, бытовые). Во всех случаях выявилось улучшение настроения и соматовегетативного статуса – нормализовались тургор и цвет кожи, появлялись блеск глаз, волос.

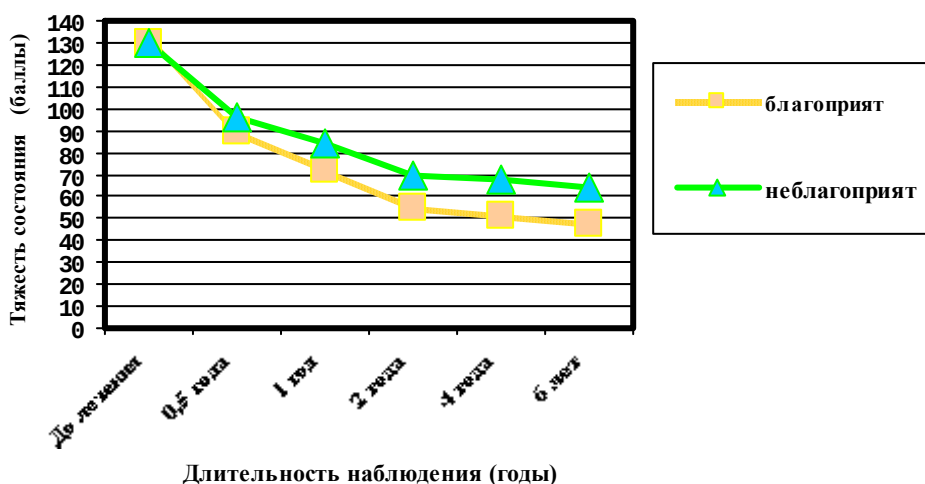
Однако дальнейшая динамика заболевания в когорте больных оказалась различной, и по эффективности терапии rispеридоном когорты разделилась на две группы.

У 17 (35%) больных, отнесенных в группу злокачественной шизофрении, психическое состояние в катмнезе оставалось относительно тяжелым, в связи с которым они вовремя не поступили в общеобразовательные учреждения и не обучались систематически на дому. Но в то же время дети были адаптированы в микросоциальных условиях семьи, овладели основными гигиеническими навыками самообслуживания, несложной элементарной фразовой речью. Некоторые из них смогли обучаться чтению и письму на компьютере, делали попытки сочинять простые рассказы бытового содержания, вели дневник, выполняли некоторые обучающие программы, хотя в целом познавательная деятельность оставалась диссоциированной, сохранялись специфические нарушения мышления (разноплановость, соскальзывания, обрывы), а уровень отставания в интеллектуальном развитии достигал выраженной умственной отсталости.

У других 32 больных (65%), также перенесших кататонно-регрессивные приступы в раннем детстве, динамика в процессе длительной терапии rispеридоном оказалась иной. У детей заметно изменилась прогрессиентность заболевания и стала меньшей. На фоне проводимой терапии rispеридоном у детей сформировалась достаточно развитая речь. В 7-8-летнем возрасте эти дети смогли поступить в коррекционные школы, где обучались по массовой программе, но в щадящих условиях; 6 пациентов, находясь на лечении, поступили в вузы. В психическом состоянии этих больных до настоящего времени сохраняются легкие аутистические, аффективные и кататонические проявления в речи, моторике, поведении, а также отдельные шизотипальные стигмы на уровне эмоций, вегетативной нервной системы, отдельных моторных нарушений. Состояние 9 детей и подростков в настоящее время определяют неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика, эпизодические, нередко сезонные, аффективные колебания, на фоне которых отмечается фрагментарная продуктивная симптоматика. В то же время, на лечении rispеридоном у всех этих детей отмечаются достаточно высокая работоспособность, концентрация внимания, мышления и критика к состоянию. У некоторых из этих детей появились новые интересы, хобби – у одного к музыке, у другого – к организации бизнеса и заработку денег, появилась тенденция к развитию и обогащению личности, расширению круга возрастных интересов.

По шкале PANSS спустя год от начала терапии отмечалось снижение среднего по группе суммарного балла с 132 до 84 баллов (в интервале от 90 до 42 баллов), спустя 6 лет – до 64 баллов в подгруппе с неблагоприятным и до 48 баллов в подгруппе с благоприятным течением. На диаграмме представлена динамика снижения среднего суммарного балла шкалы PANSS, отражающего уменьшение тяжести психического состояния больных за время лечения ($p < 0,005$). Средний процент улучшения по группе за время наблюдения с 1999 по 2006 гг. составил 52%. Тяжесть состояния по шкале CGI снизилась до 4 баллов. По шкале UKU тяжесть осложнений не превышала 1-2 баллов.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ШКАЛЕ PANSS



За время лечения рисперидоном некоторые из больных по инициативе родителей сделали длительный, до 3-6 месяцев, перерыв в приеме препарата. С периода перерыва в 4-5 месяцев у них наблюдался возврат прежней психотической симптоматики в меньшей степени, чем до лечения, однако больные утратили прежнюю работоспособность и активность, прервали учебный процесс в школе и институте. Возобновление лечения рисперидоном вновь улучшило их психическое состояние. Эти факты заставили сделать вывод о невозможности прерывать лечение рисперидоном.

Но в связи с необходимостью длительного приема препарата были приняты и определенные меры профилактики терапевтического привыкания непосредственно к рисперидону. С этой целью в лечении делались перерывы на 1-2 летних месяца или назначался прерывистый курс лечения в виде 0,1-0,2 мг 2-3 раза в неделю, что было фармакокинетически оправдано, т. к. в крови больного в течение 2-3 дней сохранялась циркуляция до 75% препарата и его дериватов.

В заключение следует добавить, что за время проведенной длительной терапии рисперидоном не было зафиксировано серьезных побочных, четко связанных с приемом препарата эффектов. По шкале UKU отмечены только незначительные, преимущественно в начале терапии вегетативные отклонения (субфебрилитет, нарушения сна, головные боли, неприятные ощущения в

области эпигастрия), в единичных случаях отмечены аллергические проявления в виде кожной сыпи, небольшая прибавка в весе, которые ликвидировались самостоятельно и не повлекли отмены препарата.

Таким образом, подводя итоги многолетней терапии рисперидоном, можно сделать вывод о том, что лечение малыми дозами препарата эффективно и безопасно в детском возрасте. Именно после годового срока лечения становились заметными улучшения когнитивных функций, внимания, работоспособности, мышления, речи, социального поведения.

Лечение рисперидоном, по-видимому, не только облегчало текущее состояние больных, но оказывало влияние на патогенез заболевания в целом. Эта гипотеза подтверждается тем, что к настоящему времени у подавляющего числа больных заболевание приобрело регрессирующее течение, независимо от их исходного состояния. Поскольку редукция психопатологических проявлений достигалась в процессе комплексного лечения, целесообразно рекомендовать сочетание рисперидона с малыми дозами других нейролептиков и курсами биотиков. Наблюдение показывает, что щадящий режим терапии и индивидуальный подход к выбору лечебных дозировок, отказ от форсирования максимальных суточных дозировок позволяет применять рисперидон длительно без риска осложнений для физического здоровья детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арена Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. - М.: БИНОМ, 2004. – С. 61-63.
2. Безнос С. А., Шапошников Н. Н., Рязанова Е. А. Опыт применения препарата «рисполепт» по материалам детского отделения МУЗ «Психиатрическая больница г. Краснодара» / Материалы Второй научно-практической конференции психиатров и наркологов Южного Федерального округа 21-23 июня 2006 года, Ростов-на-Дону. – С. 29-32.
3. Вовин Р. Я., Мазо Г. Э., Иванов М. В., Костерин Д. Н. Применение рисполепта для купирования обострений шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Прил. № 2. – С. 6–8.
4. Калинин В. В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999, № 1. – С. 97-105.
5. Козловская Г. В., Калинина М. А., Горюнова А. В., Проселкова М. Е. Опыт применения рисполепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Прил. № 2. – С. 10–12.
6. Козловская Г. В., Калинина М. А. Эффективность рисполепта у детей в пролонгированном (в течение 2 лет) лечении шизофрении и раннего детского аутизма // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Прил. № 1. – С. 10–13.
7. Козловская Г. В. Калинина М. А. Горюнова и др. Психофармакология в микропсихиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006, № 5, т. 7. – С. 256-259.
8. Колюцкая Е. В., Дороженков И. Ю., Ильина Н. А. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998, № 4. – С. 88-91.
9. Д. Н. Костерин, Г. Э. Мазо, М. В. Иванов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000, № 1. – С. 46-47.
10. Мосолов С. Н., Калинин В. В., Еремин А. В. и др. Сравнительное

рандомизированное исследование эффективности и толерантности рисперидона и галоперидола при купировании острых состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. – Прил. № 2. – С. 3–6.

11. Шинаев Н. Н., Акжигинов Р. Г., Волкова Н. П. Применение атипичного нейролептика рисполепт в клинике пограничных психических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Прил. № 2. – С. 8–10.

12. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: Пер. с англ. / Под ред. К. С. Робсона. - М. : Медицина, 1999. – С. 227-255.

13. Armenteros J. L., Whitaker A. H., Welikson M., et al., Risperidon in adolescents with schizophrenia: an open pilot study // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 5, 694-700, May, 1997.

14. Carlsson A., Waters N., Carlsson M. L., Neurotransmitter interactions in schizophrenia- therapeutic implications // Biol. Psychiatry. - 1999; 46: 1388-1395.

15. Crismon M. L, Dorson P. G. Schizophrenia in: Dipiro JT, Talbert RL, and Yee GC eds. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. New York, NY: McGraw-Hil/Appleton and Lange; 1999.

16. Falkai P., Wobrock T., et al. Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 1 // World J Biological Psychiatry 6(3), 132-144, 2005.

17. Findling R. L., Maxwell K., Wiznizer M. An open clinical trial of risperidon monotherapy in young children with autistic disorders // Psychopharmacol Bull 33: 1, 155-9, 1997.

18. Kapur S., Zipursky R. B., Remington G. Clinical and theoretical implications of 5-HT₂ and D₂receptor occupancy of clozapine, risperidon and olanzapine in schizophrenia // Am J Psychiatry 158:286-293, 1999.

19. Kerwin R. W. Role of atypical antipsychotic in schizophrenia // Scizophr Bull: 25; 281-282, 2001.

20. Posey DJ, Walsh KH, Wilson GA, et al. Risperidon in the treatment of two very young children with autism // J Child Adolesc Psychopharmacol, 1999, 9, 273-276.

21. Stahl S. M. Psychopharmacology of Antipsychotics, 1999, M Dunits, London Reprinted, 2000, USA. - 77, 109-119.

22. Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. Psychiatry, Second Ed, v. 1, Jwilly a Sons, LTD, 2004: 770-773.

А. Л. Венгер, Е. И. Морозова, В. А. Морозов
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ
(НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ
ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ)¹

**Международный университет «Дубна» (Дубна Московской обл.),
 Российская медицинская академия последиplomного образования МЗСР
 РФ, Агентство социально-психологического развития «Путь» (Москва).**

Вероятно, нет необходимости напоминать о том, что в сентябре 2004 г. в Беслане произошел беспрецедентный по своей жестокости и бесчеловечности террористический акт. В настоящей статье представлена попытка проанализировать и обобщить наш опыт оказания психологической помощи пострадавшим детям и подросткам. Приводится характеристика их психологического состояния, описываются задачи, организация и основные этапы психокоррекционной работы. Мы не пытаемся представить панораму всей психологической работы, проводившейся разными специалистами в Беслане, а описываем только ту ее часть, в которой непосредственно участвовали.

На основе опыта оказания психологической помощи жертвам теракта в московском театре «Норд-ост» мы уже высказывали свои соображения о необходимости создания специализированной структуры экстренной помощи детям и подросткам [2, 3]. Работая в Беслане, мы дополнительно убедились в необходимости такой структуры, которая до сих пор не создана. Что заставило нас вновь вернуться к этой острой теме.

Мы хотим выразить глубокую признательность тем, кто помогал и продолжает помогать нам в психокоррекционной работе: главврачу ЦРКБ г. Беслана В. П. Каргинову, зам. главврача В. Ч. Баскаеву, психотерапевту И. Э. Марзаеву; главному психиатру РСО–Алания Т. Н. Рыжовой; директору ОУ «Радуга» Е. П. Цгоевой; психологам Ф. В. Багаевой, Л. М. Каллаговой, М. Т. Кануковой, М. М. Сосрановой, А. В. Бородинной и др.; Институту гармоничного развития и адаптации – «ИГРА» (Москва); благотворительной организации Charities Aid Foundation, российским и зарубежным спонсорам.

Проблема оказания помощи жертвам чрезвычайных ситуаций становится в последние годы все более актуальной. Кроме неизбежных природных катаклизмов (наводнений, землетрясений, ураганов и т. п.), все чаще возникают техногенные катастрофы, региональные конфликты и войны. Дополнительным источником экстремальных ситуаций в России и в других странах становится терроризм. В связи с этим приобретает большое значение оказание психологической и психотерапевтической помощи пострадавшим и их родственникам. Одна из наиболее уязвимых категорий населения – дети и подростки, у которых психическая травма, вызванная чрезвычайной ситуацией, может существенно нарушить весь последующий ход психического развития. Вместе с тем, как в изучении последствий психотравмы, так и в практической работе по их преодолению детям и подросткам уделяется значительно меньше внимания, чем взрослым.

¹ Начало. Окончание см. в следующем выпуске журнала.

Состояние пострадавших детей и подростков

В обзоре У. Юла и Р. М. Уильямса [7] представлен детальный анализ исследований, посвященных последствиям психотравм, возникающих у детей и подростков в результате катастроф и масштабных несчастных случаев. В качестве наиболее распространенных симптомов они называют:

- нарушения сна;
- нарушения общения со сверстниками и с родителями, трудности сепарации (стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними и т. п.);
- снижение способности к концентрации, трудности в сосредоточении на школьной работе, временное снижение памяти, утрату некоторых навыков, имевшихся ранее;
- навязчивые мысли;
- повышенную настороженность и подозрительность;
- утрату жизненных перспектив;
- страхи;
- раздражительность;
- чувство вины;
- депрессию;
- повышение уровня тревожности вплоть до приступов паники.

Особенно выраженные проявления психической травмы наблюдаются в случаях массовых катастроф, *затрагивающих целый город или регион*. В подобных случаях происходит взаимное заражение отрицательными переживаниями, создающее *вторичную травматизацию*.

Оказывая психологическую помощь жертвам террористического акта в Беслане, начиная с 13 сентября 2004 г.², мы столкнулись с тем, что практически весь город оказался вовлеченным в травматическую ситуацию [4]. В течение длительного периода, вплоть до ноября 2004 г., город пребывал в глубоком трауре. Продолжалось опознание погибших. Почти ежедневно проходили чьи-либо похороны (либо тело раньше не было опознано, либо человек только теперь скончался от ран в больнице). В соответствие с местными обычаями до истечения 40 дней после похорон еженедельно совершались поминки по погибшему. Практически все население города носило траур.

Клановость и тесные связи между соседями, характерные для Северной Осетии, как и вообще для кавказских микрокультур, играли двоякую роль. С одной стороны, они создавали возможность эмоциональной и материальной взаимоподдержки. Так, никто из детей, лишившихся родителей, не был отдан в детский дом, все они были взяты на воспитание родственниками. С другой стороны, повышалась степень взаимного заражения отрицательными переживаниями. Элементы общинного образа жизни способствовали широкому распространению вторичной травматизации. В результате острое состояние наблюдалось и у многих людей, непосредственно не пострадавших и не потерявших никого из ближайших родственников.

У детей наиболее распространенными были жалобы на *страхи, наруше-*

² Работа проводилась в составе группы психиатров и психологов под общим руководством З. И. Кекелидзе.

ния сна, ночные кошмары. Родители описывали такие проявления, как *отказ от еды, нарушения поведения, боязнь оставаться в одиночестве, боязнь громких звуков* и т. п. Многие подростки жаловались на преследующие их картины, воспроизводящие отдельные пережитые эпизоды (*флэшбэк*). Некоторые родители отмечали у своих детей появление повышенной *агрессивности* (в частности, во взаимоотношениях братьев/сестер).

Данные наблюдений и экспресс-диагностики свидетельствовали о резко повышенном уровне *тревоги, избегании контактов с окружающими*, о наличии у многих детей, пострадавших в результате террористического акта, *заторможенности* (вплоть до ступора и тотального мутизма), *депрессивного состояния*, наиболее выраженного в случаях гибели кого-либо из родных и близких. У многих детей отмечалось *хаотическое, нецеленаправленное поведение*. У значительного числа подростков имелось острое *чувство вины* (за то, что не смог спасти кого-то из близких или друзей, за то, что выжил, а они погибли и т. п.). *Агрессивность* в некоторых случаях была выраженной и явной, а чаще – подавленной и скрытой (особенно у девочек). Подавленная агрессия проявлялась в форме *высокой напряженности, аутоагрессии (самообвинения, отказа от еды* и т. п.).

Наряду с этой симптоматикой, специфичной для последствий психической травмы, наблюдалось *обострение психологических проблем, имевшихся у ребенка и ранее*. Существенно усиливались такие преморбидные особенности детей, как ригидность или, напротив, лабильность, сенситивность, капризность, негативизм и т. п.

В нашем опыте не нашло подтверждения впечатление А. Я. Варги и Е. С. Жорняк о том, что непосредственные участники трагедии внешне выглядели более благополучными, чем те, кто непосредственно не пострадал от теракта, что дети-заложники «...на первый взгляд, не демонстрируют особых симптомов и вообще выглядят радостными и довольными..., весело играют..., очень много смеются...» [1, с. 126]. По нашим наблюдениям, они, напротив, были наиболее заторможены и депрессивны (хотя у отдельных детей-заложников имелась определенная агитация, повышенное возбуждение). Возможно, это расхождение вызвано тем, что многие из детей-заложников, наблюдавшихся А. Я. Варгой и Е. С. Жорняк, к тому времени уже прошли месячный курс первичной психологической реабилитации³ (указанные авторы проводили работу в октябре, примерно через неделю после нашего отъезда).

Родители находились в глубокой депрессии или апатии, причем это состояние у многих из них продолжалось весьма долго. Так, даже *год спустя после теракта* родители детей-заложников по-прежнему пребывали в подавленном состоянии. В разговорах между собой и с психологами они постоянно возвращались к воспоминаниям о трагедии. У многих из них наблюдались внешние проявления *депрессии*: амимичное маскообразное лицо, мало интонированная монотонная речь. Нарушение нормального функционирования родителей существенно препятствовало восстановлению психологического состояния ребенка. Частым явлением было возникновение *симбиотической*

³ Одной из основных задач первого этапа психокоррекции являлось именно повышение сниженного уровня активности (см. об этом ниже).

связи между родителями и детьми. Она была особенно выражена в семьях, в которых один из родителей погиб. Родители боялись даже ненадолго отпустить куда-либо детей, и сами дети старались все время находиться около родителей. Круг общения ребенка резко сужался, в результате существенно искажался нормальный ход его психического развития.

У детей, ставших жертвами террористического акта в школе № 1, оказалось резко нарушено отношение к школе и учебе. Особенно остро проблема встала по отношению к первоклассникам, которые пришли на праздник вместе с родными. В итоге многие из детей потеряли одного или обоих родителей (в Беслане таких семей более 100; 17 детей осталось круглыми сиротами, среди них много первоклассников). Первое столкновение первоклассников со школой оказалось особо трагическим. Это окрасило все, что связано со школой и учебой, вызывая у них страх и отторжение. Многие дети отказывались прикасаться к любым предметам, которые были хоть как-то связаны с обучением, – тетрадям, книгам и т. п., хотя до этого с удовольствием занимались в подготовительных к школе группах.

Более 30 первоклассников в течение всего 2004/2005 учебного года не посещало никаких учебных учреждений. У некоторых имеются пограничные психические расстройства. Многие дети были записаны в ту или иную бесланскую школу, но фактически ее не посещали. Отдельные дети учились на дому, что лишало их общения со сверстниками и возможности нормальной социальной адаптации.

Психическое состояние первоклассников-заложников, не получавших психологической помощи, остается стабильно тяжелым. Эти дети нуждаются в серьезной и длительной реабилитационной помощи. Психическое состояние детей-заложников, с которыми работали психологи в реабилитационном центре при поликлинике⁴, улучшается, но еще далеко от устойчиво стабильного. Мировой опыт работы с детьми, пережившими посттравматический стресс, указывает на достаточно длительный период реабилитации (не менее двух-трех лет). Приведем некоторые примеры⁵.

У **Давида**, 7 лет, согласно записи в медицинской карте, наблюдались *острая психическая реакция, астеноневротический синдром*. Ребенок был на нескольких занятиях в школе, но в дальнейшем категорически отказался туда ходить. В период посещения школы учиться не мог: озирался на малейшие звуки, вздрагивал, начинал плакать из-за любого пустяка. В итоге посещать школу перестал. Мама отмечает у ребенка повышенную нервозность, беспокойство, нарушение сна. В ответ на предложение продолжить обучение в школе Давид сказал маме: «Потерпите, я же не могу сразу все забыть...». Запрещал говорить про школу, сам высказывался следующим образом: «Вы на войну меня повели, а не в школу...».

У **Амины**, шести с половиной лет, погибли отец и старший брат. Мать получила тяжелые ранения, долгое время находилась в критическом состоянии, лежала в больнице сначала в Беслане, потом в Москве. Согласно записи в медицинской карте, у Амины наблюдались *посттравматическое стрессовое*

⁴ Подробное описание работы реабилитационного центра см. ниже.

⁵ Имена детей изменены.

расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды. Девочка неоднократно посещалась психологами на дому и получала разнообразные виды психологической помощи. Затем она ходила в реабилитационный центр при поликлинике. Весь год Амина упорно отказывалась ходить в школу и заниматься дома чем-либо, связанным с учебой. В настоящее время состояние девочки существенно улучшилось, однако по-прежнему имеются нарушения сна. Даже после летнего отдыха на курорте отказалась в сентябре 2005 г. ходить в школу, при этом продолжала посещать реабилитационный центр в поликлинике.

В качестве типичного примера неустойчивого психического состояния при положительной общей динамике приведем более подробную характеристику **Дианы**, 7 лет.

В заложниках была вся семья. Погибла любимая бабушка. Папа выпрыгнул из окна, когда по распоряжению террористов выбрасывал тела расстрелянных мужчин, и какое-то время о нем ничего не было известно. Маму с младшей дочерью (полтора лет) вывели на второй день, и Диана осталась в школе одна. В сентябре девочка довольно регулярно приходила вместе с младшей сестренкой в реабилитационный центр при поликлинике. В тот период у Дианы отмечались острая невротическая реакция, нарушение сна и контактности, панический страх при малейшем изменении ситуации, симбиотическая связь с мамой. Так, например, после двух недель посещения Центра, когда девочки попривыкли к психологам и чувствовали себя довольно комфортно, мама с разрешения сестренок ненадолго отошла отнести передачу родственнице-заложнице, которая лежала в больнице в том же самом здании. После ухода мамы девочки спокойно играли вдвоем около 5 минут, вдруг Диана схватила сестренку на руки, прижала ее крепко к себе, громко расплакалась и запричитала: «Мамочка, мамочка, где ты?!». Никакие уговоры и объяснения психолога, что мама рядом, вот-вот придет и прочее, не успокаивали ее. Малышка с недоумением смотрела на сестренку, а Диана продолжала еще крепче прижимать ее к себе, еще громче плача и причитая, в глазах у нее появился ужас. Она стала терять контроль над своими эмоциями, у нее началась паническая реакция. Пришлось вывести девочек в коридор и отправиться на поиски мамы, которая, к счастью, уже шла им навстречу. В дальнейшем с мамой договорились, что, даже получив от детей согласие, она пока не будет оставлять их одних.

В течение года Диана не посещала школу, ходила с мамой к репетитору и проходила с ним программу первого класса. Со слов мамы, страх школы и невозможность находиться в большом скоплении детей отмечаются до сих пор, хотя уже к концу апреля 2005 г. она стала спокойно оставаться без мамы в привычной для нее обстановке реабилитационного центра, играя с небольшим количеством детей (3-4).

Задачи психологической помощи

Задачи психологической реабилитации детей и подростков, переживших тяжелую психическую травму, принципиально различны непосредственно после нее и несколько месяцев спустя. На первом этапе реабилитационная работа в целом может быть охарактеризована как медико-психологическая, на втором – как психолого-педагогическая. Этим определяется и подбор спе-

циалистов, осуществляющих такую работу.

Сразу после психотравмы основной задачей психологической помощи пострадавшим детям и подросткам является *экспресс-коррекция наиболее острой симптоматики*, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- восстановление нормального сна и питания (что создает благоприятные условия для восстановления ЦНС);
- обеспечение нормального уровня общей активности и ее упорядочение;
- преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбэк-эффектов;
- коррекция грубых нарушений общения.

Снятие этих симптомов способствует дальнейшей нормализации психологического состояния, активизирует использование ребенком имеющихся у него стратегий преодоления (coping strategies) и защитных механизмов психики. Подобные задачи типичны для краткосрочной психотерапии, которая, в отличие от ее продолжительных форм, направлена не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний, дискомфорта или депрессии» [5, с. 24]. Согласно имеющимся данным, существенное повышение уровня субъективного благополучия вполне может быть достигнуто уже за один-два психотерапевтических сеанса [9]. Преодоление или снижение эмоционального дискомфорта представлялось нам важным не только само по себе, но и как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у 70% детей и подростков, переживших тяжелую психотравму [10].

Основной задачей работы с *отсроченными последствиями психотравмы* становится *восстановление нормального социального и внутрисемейного функционирования* детей. Очень важно обеспечить регулярное посещение школы (детского сада). Требуется специальная работа по преодолению нарушений общения с родителями и сиблингами, возникших вследствие психотравмы. Для восстановления нормального состояния и функционирования детей необходима специальная работа с ближайшим окружением ребенка – в первую очередь, с родителями и педагогами.

Организация коррекционной работы

Психокоррекционная работа с пострадавшими была начата нами на добровольных началах через 10 дней после освобождения заложников. В предшествующем периоде психологическая помощь пострадавшим оказывалась сотрудниками лаборатории детского и подросткового возраста ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского под руководством Е. Г. Дозорцевой. Как уже отмечалось, во время нашей работы ситуация в городе определялась массовым горем, всеобщим трауром, непрекращающимися похоронами, еженедельными поминальными обрядами (в соответствии с национальной культурной традицией). В противовес этому, организуя психологическую реабилитацию детей, мы задались целью создать игровую комнату, которая стала бы островком *нормальной детской жизни* и помогала бы пре-

одолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями.

Работа проводилась на базе поликлиники при Центральной клинической больнице г. Беслана. В первые же дни работы по нашей инициативе был организован Центр психологической реабилитации детей и подростков. Для этой цели администрация больницы предоставила зал лечебной физкультуры и небольшую дополнительную комнату (ординаторскую кардиохирургов). Оснащая Центр, мы старались создать отдельные зоны, каждая из которых была бы снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности:

- зона *сюжетно-ролевой игры* («кукольный домик» с куклами, игрушечной мебелью и посудой; «гараж» с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; мягкие игрушки);
- зона *конструктивной деятельности* (наборы самоделок, строительного материала и «конструкторов» разного типа);
- зона *спортивных занятий* (тренажеры; шведская стенка; матрасы, использовавшиеся в качестве матов; сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас, использовавшийся как батут);
- зона *отреагирования агрессии* (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);
- зона *художественной деятельности* (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага);
- зона *игр с водой* (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки);
- зона *релаксации* (искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки; мелкие «магические» аксессуары – слоники, колокольчики, «уловители снов» и т. п.).

Пространство было организовано таким образом, чтобы наполняющие его предметы сами побуждали детей к соответствующей активности. Игрушки и материалы не были спрятаны в шкафах, а были развешаны на стенах, разложены на полу, как бы оставленные посередине уже начатой деятельности.

Время пребывания каждого ребенка в Центре составляло около двух часов в день. Некоторые родители по рекомендации психолога, а также по настоянию самих детей приводили их в Центр практически на весь день, а иногда два раза в день. Одни дети посещали Центр ежедневно, другие – всего один или два раза в неделю. За день Центр посещали от 20 до 40 детей. Одновременно в нем обычно находились 8–20 детей разного возраста (начиная с раннего и кончая подростковым). В течение сентября Центр работал ежедневно с 9 утра до 8 вечера. После этого, в вечерние часы, проводились **выезды на дом** к детям, находившимся в особо тяжелом психологическом состоянии (согласно информации, полученной от участковых врачей, а также по запросам, поступившим по телефонной «горячей линии»).

Организовав Центр, мы получили возможность охватить коррекционной работой большое количество детей и подростков при существенном недостатке персонала. Центр позволял также осуществлять эффективный мониторинг состояния детей и родителей, отслеживая его динамику как в течение дня, так и ото дня ко дню.

Глубина расстройств у многих детей была такова, что чисто психологи-

ческих средств оказывалось недостаточно. Поэтому было важно, что наша работа проводилась в поликлинике *в тесном контакте с детскими психиатрами*. При необходимости мы приглашали их в игровую комнату, чтобы они могли понаблюдать за детьми, оценить тяжесть расстройств и в случае необходимости предложить родителям лечение. В некоторых случаях мы предварительно обсуждали состояние ребенка с врачами и затем приводили семью на прием. Это обеспечивало возможность гибкого сочетания психокоррекционных и медикаментозных воздействий.

В работе нам помогали *местные психологи-волонтеры*, однако в первоначальный период их помощь была нерегулярной и малоэффективной. Они нуждались в постоянной поддержке и рекомендациях, боялись работать самостоятельно и не имели достаточной для этого квалификации. В основном работать нам приходилось вдвоем, причем параллельно с психокоррекционной работой проводились обучающие семинары для ассистировавших нам местных психологов. Это позволило им после нашего отъезда из Беслана в октябре 2004 г. продолжить работу в Центре самостоятельно (под нашей супервизией). В дальнейшем для них было организовано несколько дополнительных краткосрочных курсов повышения квалификации. В настоящее время четыре местных психолога, работающих в Центре, взяты в штат поликлиники. Супервизия их деятельности осуществляется как дистантно (по телефону раз в неделю), так и непосредственно – в периоды наших командировок в Беслан (в среднем один раз в полтора месяца)⁶.

На последующих этапах работы был реализован ряд специализированных проектов, направленных на восстановление социального, школьного и внутрисемейного функционирования детей разного возраста. Каждый из этих проектов был направлен на решение проблемы, специфичной для той или иной категории пострадавших.

Значительную часть детей, проходивших реабилитацию в Центре при поликлинике, составляли первоклассники, не готовые к посещению массовой школы. Для них в апреле 2005 г. по нашей инициативе была создана игровая комната в школе-детском саду «Радуга» (руководитель программы Г. А. Цукерман). В игровой комнате работают психологи и социальный педагог. «Радуга» призвана способствовать школьной и социальной адаптации первоклассников-жертв террористического акта.

Спустя полгода после трагедии под руководством А. А. Тагиева и В. А. Морозова началась программа социально-психологической реабилитации подростков «Новое Завтра». В феврале–марте 2005 г. одновременно по всем средним учебным заведениям Беслана прошел ее первый этап, организованный в форме группового тренинга в реабилитационно-диагностическом санатории «Тамиск». Он был направлен на преодоление нарушений в общении (в первую очередь, между подростками-заложниками и незаложниками), на восстановление жизненных перспектив и социальной активности.

В июле 2005 г. под руководством Е. И. Морозовой и Е. Г. Дозорцевой была осуществлена выездная программа семейной реабилитации жертв те-

⁶ Проект поддержан британской благотворительной организацией Charities Aid Foundation (грант BL003).

ракта «Каникулы для детей Беслана»⁷. Задачи программы состояли в улучшении эмоционального состояния и самоощущения участников, преодолении дисфункциональных взаимоотношений детей и взрослых, восстановлении внутрисемейных отношений.

Формы работы

Наш опыт показал, что при коррекции психической травмы, в отличие от других видов терапевтической работы, диагностику не требуется выделять в самостоятельный этап работы с ребенком. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также необходимостью экстренной помощи. Оценка состояния ребенка осуществлялась на основе наблюдений, беседы, жалоб родителей, анализа реакций на психокоррекционные воздействия и т. п. Только в отдельных случаях нами использовались специальные диагностические приемы (в частности, ребенку могли быть предложены некоторые рисуночные пробы).

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

Каждое занятие строилось по принципу «волны»: сначала происходило постепенное включение детей в деятельность, ее интенсивность повышалась, доходила до некоторого максимума, определявшегося психологическим состоянием детей, а затем снижалась. Занятие заканчивалось спокойной деятельностью (например, рисованием) или сеансом релаксации.

Уходя домой, каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая служила напоминанием о деятельности в Центре и тем самым способствовала закреплению результатов психокоррекции. Дети получали также материалы для художественной деятельности; им давались «домашние задания» (на выполнении которых мы, однако, отнюдь не настаивали): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Многие из них действительно охотно приносили свои рисунки и поделки, которые вывешивались на стенах Центра и в коридоре поликлиники, так же как и рисунки, выполненные в процессе психокоррекционных занятий. Эта импровизированная выставка способствовала улучшению эмоционального состояния детей, родителей, других пациентов поликлиники и работающего там медперсонала.

В работе с детьми нами практически не использовались вербальные методы. В работе с подростками они использовались, но в малой степени. Мы постоянно демонстрировали готовность выслушать рассказ ребенка (подростка) о его пребывании в качестве заложника, но никогда не стимулировали актуализацию травмирующих переживаний, если ребенок не хотел о них рассказывать. Это было вызвано опасением нарушить работу защитных меха-

⁷ Программа осуществлялась при поддержке E.ON Energie и E.ON Ruhrgas (Германия).

низмов психики и тем самым усилить патогенное воздействие психотравмы [2]. Как справедливо отмечают Дж. Кори и др., «...нападать на защитные системы без понимания их важности для поддержания баланса – значит подвергать клиентов риску психологического ущерба» [6, с. 17].

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

Ознакомление ребенка с новой обстановкой

Впервые пришедшего в Центр ребенка сначала *знакомили с помещением*. Ласково обняв за плечи, психолог подводил его к искусственному аквариуму (зона релаксации) и показывал, как плывут рыбки: «Видишь, красивые рыбки плывут все вместе, в одну сторону...» Постояв у аквариума, психолог подводил ребенка к следующей зоне: «Тут у нас гараж. Здесь много разных машин... А тут – куклы и все, что нужно, чтобы с ними играть: посуда, мебель. Еще можно играть в парикмахерскую, или в магазин, или в больницу».

Подведя ребенка к спортивной зоне, психолог объяснял: «Тут ребята прыгают с лесенки в бассейн. Это очень весело. А вот тренажер. Те, кто на нем занимаются, становятся самыми сильными и смелыми. Они потом никого и ничего не боятся и даже могут прыгнуть в бассейн с самой верхней ступеньки».

Если ребенок опасался отойти от мамы, то мы просили ее (или другого родственника, приведшего ребенка в Центр) сопровождать нас. С особо замкнутыми и заторможенными маленькими детьми психолог общался при посредстве куклы бибабо. Надев ее на руку, он от ее имени обращался к ребенку, что облегчало вхождение в контакт. Познакомив ребенка с помещением, психолог предлагал ему выбрать какое-нибудь занятие и на некоторое время оставлял его, предоставляя ему возможность освоиться в новой обстановке.

Некоторые наиболее апатичные дети отказывались осматривать Центр. Такой ребенок мог сесть на ковер у входа в игровую и долго сидеть, ничем не занимаясь. В этих случаях психолог подсаживался к ребенку и предлагал ему различные занятия: приносил бумагу и краски, подавал воздушный шарик и т. п. Все это делалось очень неторопливо и ненавязчиво.

Уже этот предварительный этап имел существенное психокоррекционное значение. Сама *адаптация в новом помещении*, заполненном детьми и взрослыми, способствовала преодолению проблем общения, фобий, возникших в результате психотравмы. В частности, для десенсибилизации оказалось полезным наличие в Центре шведской стенки, напоминавшей детям о спортивном зале, где их держали в качестве заложников. Чтобы это напоминание не было слишком пугающим, мы украшали шведскую стенку воздушными шарами и игрушками, что подчеркивало ее безопасность и привлекательность.

Восстановление физиологических функций и активности

На первом этапе работы особое внимание уделялось преодолению нарушений сна, что позволяло обеспечить благоприятные условия для восстановления центральной нервной системы. Восстановлению сна способствовали различные формы *релаксации* и *контроля за ритмом дыхания*. Одним из вариантов такого контроля является задание на подстройку дыхания к ритму, непосредственно задаваемому психологом (психолог неторопливо считает, а ребенок делает вдох на каждый счет). Можно задавать ритм, взяв ручки ребенка в свои и медленно, равномерно поднимая (вдох) и опуская их (выдох), подобно тому, как это делается при искусственном дыхании, но не так резко. Еще один вариант контроля – это сосредоточение внимания ребенка на дыхании («Прислушайся к тому, как ты дышишь, но не старайся ничего делать со своим дыханием, не старайся управлять им»). Благодаря этому дыхание становится ровнее и глубже.

Мы проводили подобные занятия с детьми сами, а также обучали родителей проведению таких занятий. Это способствовало не только восстановлению нормального сна, но и *снижению общей напряженности*, помогало преодолеть состояние острой тревоги, типичное для человека, пережившего тяжелую психотравму.

Еще одна важнейшая задача первого этапа работы – *восстановление общего уровня активности*. Формы, в которых оно проводилось, зависели от степени исходной заторможенности ребенка. Так, при особо выраженной пассивности психолог предлагал различные простые задания на выбор: рисование, собирание пазлов или простейшей модели из конструктора, игру в куклы и т.п. Он сам активно участвовал в деятельности, поощряя малейшие проявления детской инициативы. В случае отказа ребенка от всех этих видов деятельности психолог начинал сам играть или рисовать на глазах у ребенка, периодически побуждая его принять в этом участие. Приведем пример подобной работы с **Ингой**, 8 лет.

Инга была заложницей в бесланской школе. У нее на глазах погибли старшие брат и сестра. На момент обращения (спустя 12 дней после освобождения) наблюдались ярко выраженные признаки депрессивного состояния: глубокая общая заторможенность, маскообразное лицо, тотальный мутизм (полный отказ от использования речи). В ответ на все предложения психолога Инга только отрицательно качала головой. Психолог на некоторое время оставила ее посидеть в одиночестве, чтобы девочка привыкла к обстановке. Затем ей снова были предложены бумага и различные материалы для рисования. На этот раз она молча согласилась рисовать и исчеркала весь лист красным и оранжевым фломастерами. После этого психолог дала ей воздушный шарик и предложила нарисовать что-нибудь на нем. Инга нарисовала на шарике лицо, затем по собственной инициативе взяла еще несколько шариков и на них тоже нарисовала устрашающие лица. Психолог предложила ей сделать с шариками, что она захочет. Инга взяла один из шариков с нарисованным лицом и проткнула его острым концом карандаша. Затем она так же проткнула все остальные шарики, кроме последнего. Последний она вместе с карандашом передала психологу, жестом попросив ее проткнуть и этот шарик. Когда психолог выполнила ее молчаливую просьбу,

Инга сказала: «Хорошо, что ты его убила». После этого она начала периодически использовать в общении отдельные слова. Далее она приняла активное участие в уборке и украшении игровой комнаты, помогла развесить на стенах рисунки и воздушные шары, разложить на ковре и на подоконниках игрушки и т. п. Для украшения комнаты она согласилась нарисовать еще один рисунок. В отличие от первого, он оказался сюжетным: Инга нарисовала красками на большом листе бумаги дерево, траву и солнце.

При менее выраженной заторможенности ребенка мы стимулировали его двигательную активность, побуждая его упражняться на тренажере, лазить по шведской стенке, прыгать с нее в сухой бассейн, заполненный мягкими игрушками. Детям, у которых исходный уровень активности был глубоко снижен, но в ходе коррекционной работы уже начал восстанавливаться, предлагались те же занятия.

Количество правил и ограничений на этом этапе было минимальным: запрещалось драться, обижать других детей, бросать игрушками и другими вещами друг в друга и в окно. Какие-либо специфические психотерапевтические или психокоррекционные техники использовались мало. В основном организовывались свободная игра, двигательная и художественная активность.

Мы старались организовать какую-либо *совместную деятельность* детей, хотя бы на уровне так называемой «игры рядом». Хотя в норме такое общение типично для раннего (приблизительно двухлетнего) возраста, при выраженной психотравме оно нередко является единственной доступной формой коммуникации и для значительно более взрослых детей, вплоть до подросткового возраста.

Большую роль в восстановлении общей активности играла *арттерапия*. Дети рисовали гуашью на листе обоев, расстеленном на полу. Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашался рисовать губкой, смоченной в краске (прием «промакивания»). Использовались также краски для рисования руками. Поначалу рисование, как и другие виды деятельности, организовывалось по принципу «игры рядом»: каждый из детей рисовал что-то свое на своем участке обоев. Увидев, что у детей появилась готовность к более содержательному общению, психолог начинал задавать какой-либо общий сюжет, и дети распределяли между собой работу по его воплощению. В дальнейшем придумывание сюжетов тоже начинало осуществляться коллективно самими детьми.

ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Проблема преодоления резистентности к терапии у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) привела к использованию ряда препаратов самых разнообразных фармакологических групп: психостимуляторов, антидепрессантов, нейролептиков, ноотропных средств, витаминотерапии, а также немедикаментозных способов коррекции. Труднообозримый поток информации, касающийся данного расстройства, ставит практического врача перед непростым выбором адекватного метода лечения, тем более что достаточно часто каждый из предлагаемых методов представляется на страницах мировой литературы самым эффективным и самым безопасным. В связи с этим анализ наиболее распространенных методов терапии СДВГ представляет несомненный интерес.

За рубежом в терапии СДВГ широкое применение получили **стимуляторы центральной нервной системы**: метилфенидата гидрохлорид (риталин, центедрин, мередил), декстроамфетамина сульфат (декседрин), пемолин (цилерт) и другие. Психостимуляторы стали применяться для лечения двигательной расторможенности и нарушений внимания с 1937 г. Препаратом первого выбора в терапии СДВГ является метилфенидат, на фоне лечения которым достоверный регресс симптомов СДВГ отмечался у 70–80% детей [41]. Препарат назначается однократно утром в дозе 10 мг (1 таблетка), суточная доза может достигать 6 мг/кг, а терапевтический эффект наступает в течение первых дней приема [8]. Уже в первые дни лечения у больных улучшается внимание и снижается гиперактивность. Однако прием стимуляторов ЦНС часто сопровождается грубыми побочными эффектами даже при назначении препаратов в дозах, соответствующих терапевтическому коридору: снижается аппетит, усиливается раздражительность, нарушается цикл сна-бодрствования. У некоторых больных наблюдается снижение веса, в ряде случаев появляются диспепсические расстройства. В связи с этим некоторые психостимуляторы из-за высокой токсичности (пемолин) выведены из товарооборота многих стран и доступны лишь через Специальную Программу Доступа (Special Access Program).

В Европе и США по мере накопления катамнестического опыта появляются сообщения о большой вероятности развития различного рода зависимостей у той категории пациентов с СДВГ, которые проходили лечение психостимуляторами. Подобную вероятность нельзя исключать, учитывая тот факт, что механизм действия данного класса веществ неизвестен, а при детальном изучении биологических свойств обнаруживается, что, например, риталин относится к тому же классу соединений, что и кокаин.

Антидепрессанты традиционно назначаются в том случае, если терапия психостимуляторами не приводит к успеху или проявляются их побочные действия. Для лечения СДВГ применяются такие антидепрессанты, как имипрамин, дезипрамин, амитриптилин, нортриптилин, бупропион, сертра-

лин, пароксетин и флуоксетин.

Наиболее распространенным антидепрессантом, применяемым в нашей стране, является **амитриптилин**, относящийся к группе трициклических антидепрессантов (ТЦА). Amitриптилин служит ингибитором обратного захвата медиаторных аминов с холинолитической активностью. Тимоаналептическое действие данного препарата сочетается с выраженным седативным эффектом. Amitриптилин назначают детям до 7 лет в дозе 25 мг/сут, детям старше 7 лет - в дозе 25-50 мг/сут; начальная доза препарата составляет 1/4 таблетки и увеличивается постепенно в течение 7-10 дней; эффективность амитриптилина при лечении детей с СДВГ составляет 60% [6].

Однако известно, что ТЦА вызывают ряд побочных эффектов. Одним из неблагоприятных действий ТЦА является их седативный эффект, сопровождающийся вялостью, повышенной сонливостью, снижением концентрации внимания и работоспособности. Кроме того, ТЦА обладают разной степенью выраженности альфа-адреноблокирующей активности и могут вызывать ортостатическую гипотонию, проявляющуюся слабостью, головокружением и обморочными состояниями. ТЦА, назначаемые в высоких дозах, могут оказывать кардиотоксическое действие, вызывая нарушение сердечной проводимости и снижение сократительной способности миокарда у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Наиболее часто при длительном приеме ТЦА наблюдается увеличение массы тела. Из неврологических побочных эффектов при лечении ТЦА наиболее часто отмечается тремор, реже атаксия, миоклонические подергивания и парестезии.

Поиск препаратов для лечения СДВГ, по активности не уступающих стимуляторам ЦНС и, одновременно, безопасных, привел к созданию нового препарата – атомоксетина гидрохлорида.

Атомоксетина гидрохлорид (бензопропаламин) является селективным ингибитором обратного захвата норадреналина, обладающим низким сродством к переносчикам и рецепторам других нейротрансмиттеров [42]. Известны публикации, отражающие опыт успешного применения данного препарата в детской и подростковой практике [46]. Хотя ТЦА и психостимуляторы вполне эффективны в лечении СДВГ, атомоксетин, как специфический норадренергический ТЦА, имеет ряд преимуществ. В отличие от психостимуляторов он не вызывает склонности к злоупотреблениям; а в отличие от ТЦА не вызывает нарушений со стороны сердечной деятельности и не связан с гистаминергическими и холинергическими эффектами. Терапевтический эффект сохраняется до вечера при однократном утреннем приеме у детей младшего школьного возраста и подростков.

Нейролептики до недавнего времени занимали одно из ведущих мест, поскольку в клинике СДВГ наиболее дизадаптирующим симптомом является гиперактивность. Традиционно применялись **сонапакс** (меллерил, ридазин, малорил и торидазин) и **неулептил**. Антипсихотическое действие сонапакса сочетается с успокаивающим эффектом без выраженной заторможенности, вялости и эмоциональной отстраненности. Кроме того, он оказывает умеренно стимулирующее действие и умеренный тимолептический эффект.

В последнее время стали использовать (рисперидон). Рисполепт является блокатором D2-дофаминовых и 5HT₂-серотониновых рецепторов, обеспечи-

вающим выраженный антипсихотический, антибредовой и антигаллюцинационный эффект, и в последнее время получил широкое применение. Рисполепт имеет преимущество перед классическими нейролептиками из-за низкой встречаемости побочных реакций и его эффективности в малых дозах (эффект может наступать при назначении малых доз 1-2 мг/сут.). У детей с СДВГ наблюдалось резкое уменьшение агрессии и гиперактивности уже на 4-5 сутки после начала терапии, однако надо отметить, что нарушение внимания в этих случаях подвергается коррекции незначительно, но тревога, гиперактивность и агрессивность детей снижаются значимо [17].

Для лечения СДВГ широко применяется комбинированный нейрометаболический препарат **инстенон**, включающий в свой состав гексобендин, активирующий анаэробный гликолиз и пентозофосфатные циклы, этамиван, стимулирующий восходящие отделы ретикулярной формации, улучшающий функциональное состояние мозга, и этофиллин, увеличивающий минутный объем сердца, что через повышение перфузионного давления в зоне ишемии и гипоксии улучшает микроциркуляцию и питание нейрона. Н. Н. Заваденко и соавт. [7] наблюдали положительный эффект инстенона у 59% больных. Инстенон назначали в дозе 1,5 таблетки в день детям в возрасте 7-10 лет в течение 1 мес. Отмечалось улучшение характеристик поведения, моторики, внимания и памяти.

Широкое распространение в детской практике получил **ноотропил** (пир-ацетам). По химическому составу он является циклическим производным ГАМК. Ноотропил изменяет частоту и характер спонтанной активности нейронов гиппокампа и соматосенсорной коры мозга, стимулируя холинергическую, норадренергическую и дофаминергическую передачи [31]. Доказано, что ноотропил улучшает внимание и память. Эти данные получены путем экспериментальных исследований животных [34] и в плацебо-контролируемых слепых методах у школьников [30]. V. Yonchev et al. [48] с успехом применяли ноотропил у детей со школьной неуспеваемостью и нарушением поведения, где находили стабилизацию настроения и улучшение адаптации в коллективе сверстников, сочетающуюся с повышением эффективности усвоения нового материала. Ноотропил широко используется в терапии СДВГ. Н. Н. Заваденко с соавт. [8] при использовании данного препарата получили дозозависимый эффект: в дозе 70 мг/кг общее улучшение состояния было достигнуто у 60% детей, тогда как в дозе 40 мг/кг – у 43%. Успех терапии ноотропилом выражался в улучшении показателей поведения, моторики и внимания.

В терапии детей с СДВГ с успехом применялся **церебролизин**. Церебролизин улучшает синаптическую передачу посредством биологически активных аминокислот и пептидов, регулирует внутриклеточный обмен, увеличивает эффективность аэробного энергетического метаболизма и улучшает внутриклеточный синтез белка, уменьшая негативное влияние лактатацидоза, что особенно актуально учитывая часто отмечающееся резидуально-органическое поражение ЦНС у ребенка с СДВГ. Пептидная фракция церебролизина проявляет нейронспецифическую нейротрофическую активность [36]. В литературе описывается положительный эффект церебролизина в виде улучшения характеристик поведения, уменьшения проявлений статико-

локомоторной недостаточности, улучшения поддерживаемого, направленного и распределенного внимания у 60% детей с СДВГ [9].

Применение **поливитаминов** для лечения детей с СДВГ – довольно распространенное явление в отечественной и зарубежной практике. Существуют многочисленные исследования, доказывающие их эффективность. В клиническом исследовании Л. С. Чутко с соавт. [21], в котором принимали участие 42 ребенка с СДВГ в возрасте от 6 до 14 лет, применение нейромультивита привело к улучшению внимания, памяти, а также к улучшению поведения и незначительному снижению уровня гиперактивности у 59,5% пациентов. Снижение уровня импульсивности не наблюдалось.

В другом исследовании [5] отмечалась положительная клиническая динамика у 20 из 30 детей с СДВГ, принимавших алвитил. Клиническое улучшение выражалось в виде нормализации сна и аппетита, мышечного тонуса, снижения утомляемости и нормализации поведения. Результаты полученной динамики сопровождалась коррекцией обнаруженного у детей с СДВГ дефицита витаминов А, С и Е, относящихся к традиционным антиоксидантам. Полученные результаты не противоречат многочисленным исследованиям, опубликованным на страницах зарубежной прессы [27, 29, 35]. Н. Н. Заваденко с соавт. [7], оценивая эффективность различных методов фармакотерапии детей с СДВГ, использовали поливитамины в контрольной группе, где обнаружили положительную клиническую динамику у 10% пациентов. Авторы объясняют успех витаминотерапии у пациентов группы сравнения собственными клинике СДВГ колебаниями выраженности симптоматики, другими словами - случайностью. Дискуссия, посвященная эффективности витаминных препаратов в улучшении когнитивных функций у детей, продолжается начиная с конца 80-х годов прошлого века. Так, в исследовании проведенном в Уэльсе в 1988 г., ученые пришли к выводу о свойстве поливитаминов улучшать способности к логическому мышлению [26]. Результаты исследования, проводившееся в это же время в Лондоне, напротив, опровергали какие-либо улучшения интеллектуальных показателей у детей на фоне применения витаминных препаратов [43].

В терапии СДВГ в последнее время широкое применение получил **кортексин**. Кортиксин представляет собой комплекс полипептидных биорегуляторов, выделенных из коры головного мозга телят или поросят. Принято считать, что данный препарат оказывает церебропротекторное и ноотропное действие. Препарат регулирует уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМКергическое действие и обладает антиоксидантной активностью [15]. Рекомендуется применять кортексин в виде внутримышечных инъекций в дозе 0,5 мг/кг детям с массой тела до 20 кг и 10 мг - с массой тела более 20 кг, ежедневно однократно в течение 10 дней или через день в течение 20 дней [4]. При необходимости курс повторяют через 3-6 месяцев [15].

Л. С. Чутко и др. [23] изучали действие кортексина у 96 детей с СДВГ в возрасте от 5 до 15 лет. Авторы наблюдали улучшение у всех пациентов с преобладанием нарушения внимания (22 чел.), у пациентов с преобладанием гиперактивности/импульсивности (26 чел.) – в 35% случаев и у детей со смешанным типом СДВГ (62 чел.) – в 75% случаев.

В последнее время в медикаментозной терапии СДВГ широкое распро-

странение получил **глиатилин** (холина альфосцерат), обладающий высокой метаболической и нейропротективной активностью. Основной терапевтической мишенью данного препарата служат холинергические структуры (таламус, базальные ганглии, хвостатое ядро, ядра моста, передние рога боковых желудочков, серое вещество полушарий), то есть те структуры головного мозга, которые ответственны за внимание, память, контроль за импульсами, двигательную активность.

Глиатилин обладает выраженным «пробуждающим» действием [13] и с успехом применяется в детской реаниматологии. Так, О. С. Исхаков с соавт. [10], используя данный препарат для лечения детей с тяжелыми черепно-мозговыми травмами в остром и подостром периоде после травмы в состоянии комы от 1 до 10 суток, наблюдали сокращения сроков восстановления сознания и более выраженный регресс эмоционально-личностных и поведенческих нарушений, чем у пациентов не получавших глиатилин. Д. А. Вшивков с соавт. [3], сравнивая эффективность глиатилина в интенсивной терапии коматозных состояний с эффективностью традиционных препаратов, отметили положительную динамику неврологического статуса уже через сутки после назначения препарата. В условиях повреждения глиатилин снижает энергоемкость медиаторной функции нейронов, снижая степень ишемического процесса на 30% и более [13]. М. В. Фридман и Е. Н. Кукушкина [16] отмечали уменьшение признаков ишемии у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС при внутримышечном введении глиатилина в дозе 0,3 мл в сутки в течение 10 дней на 45%. Н. Д. Бажанова с соавт. [1] наблюдали эффективность глиатилина у детей в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы. Отмечались регресс неврологической симптоматики, улучшение памяти, снижение показателей асимметрии кровотока (до 75%) и улучшение кровообращения в мозговых артериях (до 50%) при внутривенном введении препарата в дозе 4 мл/сут. (1000 мг) в течение 6 дней у детей в возрасте 9-14 лет. У детей в возрасте 5-14 лет с неврозоподобными расстройствами глиатилин (400–1200 мг/сут. перорально в течение 1 мес.) оказал выраженное действие на познавательные функции, внимание, память, купирование жалоб на потливость, головные боли и боли в области сердца. Кроме того, наблюдалось улучшение мышечного тонуса и увеличение двигательной активности у детей в возрасте 6 мес.-12 лет, страдающих нейромышечной дистонией и детским церебральным параличом (30 мг/кг/сут. в/м № 15, затем перорально 200-800 мг/сут. 1-2 мес.). Относительно низкий молекулярный вес и высокая степень сродства к ацетилхолину определяют такие свойства глиатилина, как высокая избирательность действия и способность проникать через гематоэнцефалический барьер [13]. Эти качества обеспечивают его превосходство по клиническому эффекту перед ноотропными препаратами широкого спектра действия (ноотропил, церебролизин). У пациентов, страдающих ММД и дисциркуляторной энцефалопатией, на фоне приема глиатилина отмечаются улучшение мнестических функций, регресс двигательных нарушений, уменьшение выраженности экстрапирамидных и координаторных расстройств.

Сочетание высокой клинической эффективности и безопасности данного препарата определило широкое применение глиатилина в лечении детей и подростков, страдающих СДВГ. Ряд проведенных исследований с участием

большого количества пациентов показали значительное снижение невнимательности и умеренную редукцию гиперактивности в сочетании с регрессом сопутствующей неврологической симптоматики. Л. С. Чутко с соавт. [19, 24] в исследовании с участием более ста пациентов в возрасте от 8 до 16 лет отмечали улучшение поведения в школе и дома, снижение уровня невнимательности и гиперактивности в 75%. Авторы подчеркивают положительное влияние глиатилина на функционирование корковых структур: ЭЭГ-исследование на фоне приема довольно малых доз глиатилина (200 мг/сут. перорально в течение 30 дней), проведенное в начале и в конце курса терапии, обнаруживает уменьшение мощности низкочастотных колебаний на 16% и увеличение мощности бета-колебаний в лобных отведениях на 13%.

Среди нелекарственных методов терапии синдрома нарушения внимания с гиперактивностью большую популярность приобрел **метод биологической обратной связи (БОС)**. Идея метода заключается в том, что сложный «рисунок» биоэлектрической активности головного мозга представляет собой результат влияния многочисленных регуляторных систем, и способность человека управлять этим процессом позволяет произвольно вмешиваться в процесс управления собственным организмом [28]. Информация о работе органов и систем поступает с помощью регистрирующей аппаратуры (ЭЭГ, ЭМГ и др.) и предъявляется пациенту [37]. Визуализируется непрерывный мониторинг электрофизиологических показателей в виде доступных для восприятия пациента символов (мультимедийные, игровые и другие приемы) для обучения произвольной регуляции собственного физиологического состояния. Программа лечения разбивается на несколько этапов [18]. На первом этапе больные проходят курс аутогенной тренировки (длительность курса около месяца с частотой 2-3 раза в нед.), а затем следуют сеансы БОС, когда пациент обучается произвольно модифицировать характер ритмической активности мозга в соответствие с задачами терапии. Клиническое применение БОС–ЭЭГ–терапии отталкивается от представлений о том, что отдельные ритмы ЭЭГ в частности и ритмическая ЭЭГ-активность в целом отражают различные процессы, происходящие в организме человека: дельта-ритм связан с низким уровнем активации во время бодрствования, и его преобладание свидетельствует о нарушении внимания и других когнитивных дисфункций; высокий индекс тета-ритма наблюдается при сотрясениях мозга и помраченном сознании; депрессия альфа-ритма частотой 8-12 Гц встречается регистрируется при переживаниях стресса, наличии тревоги или гнева; редуцированный альфа-ритм частотой 12-14 Гц встречается при СДВГ, аффективных расстройствах; бета-ритм частотой 14-20 Гц также связан с нарушением внимания [39].

Усиление высокочастотного ритма (бета-диапазона) и ослабление низкочастотного (тета-ритма) лежит в основе лечения СДВГ [38, 47]. Так, Р. М. Ramirez et al. [44] отмечают улучшения когнитивных процессов и поведения школьников после проведенного тета/бета БОС-тренинга, Ю. Д. Кропотов с соавт. [11] сообщают о высокой эффективности данного метода у 33 из 43 пациентов с СДВГ.

Методы БОС-терапии, как это следует из многочисленных исследований, эффективны не во всех случаях и по количеству излеченных больных примерно соответствуют другим методам лекарственной и нелекарственной

терапии СДВГ. Возможно, это связано с тем, что, как писали J. H. Satterfield и A. M. Schell [45], опираясь на лонгитюдное исследование у детей 6—12 лет, существуют диагностически неотличимые формы СДВГ, отличающиеся только по показателям ЭЭГ, одни из которых успешно излечиваются, тогда как другие приводят в подростковом возрасте к развитию асоциальных форм поведения. Однако некоторые исследователи [40] видят роль психофизиологических методов коррекции, основанные на принципах БОС, лишь в способности вызывать «раскованность», развивать творческий характер мышления и навыки преодоления психологических конфликтов.

Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) – метод, основанный на воздействии на головной мозг постоянным током небольшой силы. ТКМП изначально использовалась для исследования механизмов памяти [2], а затем, учитывая возможность воздействия не только на корковые, но и на глубокие подкорковые структуры через кортикофугальные пути [25], стала применяться в лечении тиков, судорожных синдромов [25] и ДЦП [14].

ТКМП с успехом используется в лечении СДВГ. Л.С. Чутко с соавт. [20], проведя курс транскраниальной микрополяризации у 57 пациентов с СДВГ, получили выраженное снижение импульсивности, гиперактивности и повышение уровня внимания. Положительная динамика отмечалась в 77,2% случаев и регистрировалась начиная с 3–4 сеансов. Результаты лечения детей с СДВГ методом ТКМП оказались достоверно более эффективными по сравнению с методами традиционной фармакотерапии (содержание которой авторы не раскрывают), применяемой у детей с СДВГ группы сравнения. В том же году появилась статья тех же авторов, в которой на более широком материале (107 пациентов) были представлены результаты ТКМП-терапии у детей, страдающих синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, с учетом коморбидной патологии [22]. В данном исследовании подчеркивалось, что устойчивость клинического эффекта достигает шести месяцев. Подобные же результаты были получены С. П. Нечипоренко с соавт. [12]. Метод был использован в лечении более 700 пациентов с СДВГ. Клиническое улучшение получено в 80% случаев и не уступало эффективности ноотропной терапии. Авторы так же, как предыдущем исследовании, не раскрывают содержание терапии, применяемой в группе сравнения.

Таким образом, анализ литературных источников наряду с разнообразием средств лекарственной и нелекарственной терапии СДВГ обнаруживает разную эффективность, безопасность методов терапевтического вмешательства. Возможно, во многих случаях целесообразно использовать политерапевтические подходы, учитывая преобладание той или иной симптоматики у пациента, страдающего СДВГ, где наиболее перспективными станут комбинации медикаментозных и нелекарственных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бажанова Н. Д., Гаврилина Д. Н., Фальковский И. В. и др. Опыт применения глиатилина в детской неврологической практике // Глиатилин: опыт применения в детской практике. – М., 2003. – С. 14 – 16.
2. Вартамян Г. А., Гамдинов Г. В., Акимов И. М. Организация и модуляция памяти. Л. : Медицина. - 1981. - 208 с.
3. Вшивков Д. А., Кузнецова И. В., Вшивкова М. А. Раннее применение

глиатилина в интенсивной терапии коматозных состояний у детей травмами // Глиатилин: опыт применения в детской практике. – М., 2003. – С. 3.

4. Гринь-Яценко Т. А., Пономарев В. А., Лебедев В. П. и др. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей / Методическое пособие / Под редакцией Т. А. Лазебник, Л. С. Чутко, Ю. А. Кропотова, А. С. Иова. – СПб, 2002. – 48 с.

5. Громова О. А., Красных Л. М., Лиманова О. А. и др. Коррекция витаминного статуса при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Вопр. совр. педиатр. – 2003. – № 2. – С. 33 – 39.

6. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М. : Школа-Пресс, 2000. – 112 с.

7. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Семенов П. А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии // Московский мед. журн. – 1998. – С. 19 - 23.

8. Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю., Суворинова Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журн. неврол. и психиатр. — 1997. — № 1. — С. 57—61.

9. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Медведев М. И. и др. Диагностика и лечение когнитивных нарушений при гиперактивности с дефицитом внимания и посткоммоционном синдроме у детей. Использование церебролизина в неврологической и психиатрической практике: сборник статей. – Унтерах, 1998. – 129 с.

10. Исхаков О. С., Басенцян Ю. Г., Шишлова В. М. Эффективность глиатилина в лечении детей с тяжелыми черепно-мозговыми травмами // Глиатилин: опыт применения в детской практике. – М., 2003. – С. 2.

11. Кропотов Ю. Д., Гринь-Яценко В. А., Чутко Л. С., Е. А. и др. Лечение детей с синдромом нарушения внимания с гиперактивностью при помощи метода ЭЭГ-биологической обратной связи // Рос. вест. перинат. педиатр. – 2002. – № 3. – С. 37—40.

12. Нечипоренко С. П., Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д. и др. Немедикаментозная коррекция нарушения внимания и гиперактивности у детей с носительством тяжелых металлов (свинца) методом транскраниальной микрополяризации. - СПб. – 2003. - 8 с.

13. Одинак М. М., Вознюк И. А. Новое в терапии при острой и хронической патологии нервной системы (нейрометаболическая терапия при патологии системы). – СПб. : ВМедА, 2001. – 63 с.

14. Пинчук Д. Ю. Клинико-физиологическое исследование направленных транскраниальных поляризаций у детей с дизонтогенетической патологией ЦНС. Автореферат докт. дисс. - СПб, 1997. - 41 с.

15. Рыжак Г. А., Платонова Т. Н. Применение кортексина при заболеваниях центральной нервной системы у детей // Методические рекомендации. – СПб, 2003. - 48 с.

16. Фридман М. В., Кукушкина Е. Н. Опыт применения глиатилина на базе отделения патологии новорожденных травмами // Глиатилин: опыт применения в детской практике. – М., 2003. – С. 10 –12.

17. Харитонов Р. А., Гасанов Р. Ф., Яковлева Ю. А. Клинический опыт применения рисполепта у детей с психическими расстройствами // Мат-лы

Всероссийской научно-практич. конфер. с международным участием, посвященной 300-летию Санкт-Петербурга «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии» 27-28 ноября 2003 г. - СПб, 2003. - С. 304-305.

18. Черниговская Н. В. Адаптивное биоуправление в неврологии. - Л. : Наука, 1978. - 134 с.

19. Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Яковенко Е. А. и др. Применение глиатилина в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей // Сборник тезисов научной конференции с международным участием «Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе». - СПб, 2001. - С. 109.

20. Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Лебедев В. П. и др. Применение транскраниальной микрополяризации в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 2002. - № 5. - С. 26-28.

21. Чутко А. С., Кропотов Ю. А., Яковенко Е. А. и др. Нейромультивит при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью у детей // Ж. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 2002. - № 5. - С. 56-58.

22. Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Яковенко Е. А. и др. Транскраниальная микрополяризация при лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. // Рос. вест. педиатр. - 2002. - № 4. - С. 35-38.

23. Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Рыжак Г. А. и др. Применение кортексина в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Методические рекомендации. - СПб, 2003. - 40 с.

24. Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Яковенко Е. А. и др. Применение глиатилина в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков // Глиатилин: опыт применения в детской практике. - М., 2003. - С. 4-9.

25. Шелякин А. М., Преображенская И. Г. и др. Влияние транскраниальной микрополяризации лобной коры на состояние моторных и когнитивных функций экстрапирамидной патологии // Рос. физиол. журн. - 1997. - Т. 83, № 4. - С. 127 - 130.

26. Benton, D., Roberts, G. Effect of vitamin and mineral supplementation on intelligence of a sample of schoolchildren // Lancet. - 1988. - P. 140-143.

27. Biederman J., Spencer T. Attention deficit/hyperactivity disorder [ADHD] as noradrenergic disorder // Biol. Psychiat. - 1999. - № 9. - P. 1234-1242.

28. Blanchard E. B. Biofeedback treatments of essential hypertension // Biofeedback and Selfregulation. - 1990. - Vol. 15, №3. - P. 209-228.

29. Botto L. D., Mulinare J., Erickson J. D. Occurrence of congenital heart defects in relation to maternal multivitamin use // Am. J. of Epidemiology. - 2000. - P. 878-884.

30. Charles G. et al. // Eur. Psychiatry. - 1991. - Vol. 6, № 4. - P. 195 - 200.

31. Conners C. K. Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children // Child Dev. - 1970. - Vol. 41. - P. 667-682.

32. Farid N. A., Bergstrom R. F., Ziege F. A. et al. Single-dose and steady-state pharmacokinetics of atomoxetine in normal subjects // J. Clin. Pharmacol. - 1985. - Vol. 25. - P. 296 - 301.

33. Goodman G. The pharmacological Basis of Therapeutics, Eight Edition, - 2002. - Vol. 2. - 1236 p.
34. Herrmann W. M., Stephan K. // Int. Psychogeriatr. - 1992. - Vol. 4, № 1. - P. 25-44.
35. Hort A., Brand H. Periconceptional multivitamin administration result in reduction of congenital abnormalities: adequate evidence for formulating national recommendations for Germany // Gesundheitswesen. - 1997. - P. 248-251.
36. Hutter-Paier B., Eggenreich U., Windisch M. Effects of two protein-free peptide derivatives on passive avoidance behaviour of 24-month-old rats // Arzneimittelforsch. — 1996. — Bd. 46, № 3. - S. 237-241.
37. Kamiya J. Conscious control of brain wave // Psychol. Today. — 1968. - Vol. 1. - P. 56-60.
38. Lubar J. F., Lubar J. O. Neurofeedback assessment and treatment for attention deficit/hyperactivity disorders. // Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback / Eds. : Evans J. R. & Abarbanel A. - 1999. — P. 103-143.
39. Laibow R. Medical applications of neurobiofeedback // Introduction to quantitative EEG and Neurofeedback / Eds. : Evans J. R. & Abarbanel A. — 1999. - P. 83-102.
40. Magnina C. A. Psychophysiology in education // Int. J. Psychophysiol. - 1984. - Vol. 2., № 3. - P. 207—208.
41. Matochik J. A., Liebenauer L. L., King A. C. et al. Effects of methylphenidate on regional brain glucose metabolism in humans relationship to dopamine receptors // Am. J. Psychiatry. — 1997. — Vol. 154, № 18. — P. 50-55.
42. Michelson D., Adler L., Spencer T. et al. Atomoxetine in adult with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies // Biol. Psychiatry. — 2003. — Vol. 53. — P. 112-120.
43. Naismith, D. J., Nelson, M. et al. Can children's intelligence be increased by vitamin and mineral supplementation? // Lancet. — 1988. — P. 335.
44. Ramirez P. M., Desantis D., Opler L. A. EEG Biofeedback Treatment of ADD. A Viable Alternative to Traditional Medical Intervention? // Ann. N. Y. Acad. Sci. — 2001. — Vol. 931. — P. 342-358.
45. Satterfield J. H., Schell A. M. Childhood brain function differences in delinquent and non-delinquent hyperactive boys // EEG & Clin. Neurophysiol. - 1984. - Vol. 57, № 3. - P. 199—207.
46. Spencer T., Heiligenstein J., Biederman J. et al. Results from two proof-of concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with ADHD // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63. — P. 1140-1147.
47. Stermann M. B. EEG biofeedback in the treatment of epilepsy: An overview circa 1980 // Clinical Biofeedback: Efficacy and Mechanism / Eds. : L. White, B. Tursky. — N. Y., 1982. - P. 330-331.
48. Yonchev V., Mashonova T., Mashonov N. et al. // Folia Med. - 1991. - Vol. 33, № 2. - P. 8-13.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

КЛАРА САМОЙЛОВНА ЛЕБЕДИНСКАЯ (К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

К. С. Лебединская, выдающийся ученый, замечательный детский психиатр и педагог, ближайшая ученица основателя отечественной детской психиатрии Груни Ефимовны Сухаревой, родилась в 1925 году в Харькове, но уже в 1926 ее семья переехала в Москву. На долю Клары Самойловны в полной мере выпали тяготы ее поколения. В 1941 году она заканчивает 9 классов школы и с началом Великой Отечественной войны, в эвакуации, потеряв отца, начинает работать на авиационном заводе контролером, а потом мастером отдела технического контроля. За работу на оборонном заводе в 1945 г. она награждена медалью «За победу над фашистской Германией».

После окончания войны Клара Самойловна сдает экстерном экзамены за десятилетку и в 1946 году поступает в 1-й Московский медицинский институт, заканчивает его в 1952 году по специальности «лечебное дело» и три года работает ординатором в Яхромской психиатрической больнице. С 1955 по 1957 годы она обучается в клинической ординатуре МНИИ психиатрии МЗ РСФСР на кафедре психозов детского возраста, а потом работает старшим детским психоневрологом районного психоневрологического диспансера.

С 1958 года начинается ее активная и многообразная научная деятельность. Первый цикл ее работ и завершившая их кандидатская диссертация положили начало новому направлению в науке – детской психозендокринологии. Эти исследования были обобщены в вышедшей в 1969 году монографии «Нарушения психического развития при патологии темпа полового созревания», которая и сегодня относится к наиболее читаемой и цитируемой. В это же время она проявляет себя как талантливый педагог, ее студенты в Центральном институте усовершенствования врачей, где она работает с 1961 по 1973 годы, надолго сохранили впечатление от ее блестящих лекций.

С 1973 года Клара Самойловна возглавляет сектор клинико-генетического изучения аномальных детей НИИ дефектологии АПН СССР (ныне Институт коррекционной педагогики РАО). Она ведет консультативные приемы, клинико-психологические разборы, руководит многими научными работами. Ее собственные научные интересы сосредоточены в это время на изучении патологии развития эмоциональной сферы детей и подростков, страдающих олигофренией (умственной отсталостью), и психопатологии задержки психического развития. Она изучает клинико-психологическую структуру этих нарушений, описывает различные варианты патологии подростковых кризов, разрабатывает новые принципы классификации и медикаментозной терапии, критерии дифференциальной диагностики.

В конце 70-х-начале 80-х годов Клара Самойловна все более сосредоточивается на проблеме детского аутизма. В 1978 году она создает при НИИ дефектологии первую в нашей стране группу специалистов, осуществляющую ком-

плексную медико-психолого-педагогическую помощь детям с аутизмом. Под ее руководством начинаются научные разработки проблемы, создается оригинальная концепция понимания закономерностей этой аномалии развития, подходы к ее коррекции. Публикуются научные статьи, методические разработки, монографии, привлекая внимание к проблеме детского аутизма и научных кругов, и широкой общественности. Последней монографией Клары Самойловны стала «Диагностика раннего детского аутизма» (1991 г.).

В последние годы Клара Самойловна подошла к новому пониманию принципов взаимодействия психолога и врача, соотношения психолого-педагогических воздействий и психофармакотерапии в процессе коррекции аномалий психического развития. Учет возрастных особенностей, выявление механизмов и функций компенсаторных психических образований позволил поставить задачи разработки принципов медикаментозной терапии, позволяющей более избирательно воздействовать на симптоматику, максимально поддерживая возможности развития ребенка.

Огромную научную работу (изданы 4 монографии, 10 методических руководств, свыше 100 статей и тезисов) Клара Самойловна успешно сочетала с педагогической и организаторской деятельностью. На протяжении 12 лет ее работы на кафедре Центрального института усовершенствования врачей сотням врачей посчастливилось быть слушателями ее блестящих лекций, не прекращалась ее педагогическая деятельность и в последующем. Она воспитала столько учеников, что можно с полным правом говорить о научной школе К. С. Лебединской.

За 20 лет работы в НИИ дефектологии она возглавляла сектор клинико-генетического изучения аномальных детей, экспериментальную группу по комплексной медико-психолого-педагогической коррекции детского аутизма, лабораторию содержания и методов обучения детей с эмоциональными нарушениями. Причем в двух последних случаях Клара Самойловна была не только руководителем, но и создателем, терпеливым и заботливым воспитателем научного коллектива. Глубокий ум, исключительная научная честность, стремление разрабатывать проблему, не обходя острые углы, создавали для всех, работавших с ней, атмосферу требовательности к себе. В то же время, как истинно талантливый человек Клара Самойловна умела радоваться успехам других, ободрять, помогать, рядом с ней все становились более способными.

Неся на себе весь этот груз научной, организаторской, педагогической деятельности, Клара Самойловна никогда не прекращала практическую работу, консультирование и лечение детей. Ее чуткость и внимание к своим пациентам и их родителям были беспримерны, за что и те, и другие платили ей признательностью, преданностью и любовью.

Клара Самойловна умерла 9 апреля 1993 года после тяжелой болезни, которая настигла ее неожиданно, полной сил и творческих замыслов. Еще не прошло года, как она блестяще защитила докторскую диссертацию «Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема», она создавала новую лабораторию, только что вернулась из длительной командировки в США, где ее работу ценили, и где она нашла настоящих друзей. Эта потеря до сих пор свежа и невосполнима для ее пациентов, учеников, близких и, конечно, для развития детской психиатрии и специальной психологии.

О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг

**ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ
И ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.
ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И СИСТЕМАТИКИ
ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ¹**

Клиническое изучение ЗПР представляет определенные сложности, так как в этих случаях речь идет о структурных признаках и закономерностях динамики не болезненного состояния, а аномалии развития - нарушениях психического онтогенеза.

Если болезнь является бесспорной компетенцией клинициста, то аномалия психического развития в значительной степени представляет собой область специальной психологии, изучающей деформацию нормальных психических функций и психического развития в условиях патологии. Тем не менее тесная связь психопатологических болезненных симптомов с отклонениями психического развития способствует тому, что различные аномалии психического развития всегда были объектом изучения не только психологов и педагогов, но и психиатров.

Особое значение проблема соотношения динамики болезненных расстройств и аномалии развития имеет, естественно, в детском возрасте, так как из-за незрелости мозга практически любое более или менее длительное патогенное воздействие приводит к отклонениям психического развития. В зависимости от характера, локализации, степени распространенности процесса, времени воздействия вредности, условий воспитания и обучения эта аномалия развития имеет свою модальность (различные типы нарушений развития интеллекта, эмоциональной сферы, моторики, зрения, слуха и т. д.), а также ту или иную степень выраженности.

В случаях раннего воздействия вредности тяжесть аномалии развития может перекрывать выраженность связанных с болезнью энцефалопатических расстройств, как это имеет место при олигофрении, ранней детской шизофрении. В. В. Ковалев (1979) при систематике резидуальных нервно-психических расстройств в детском возрасте выделяет «преимущественно дизонтогенетические формы» (аномалии развития, по терминологии отечественной дефектологии), «преимущественно энцефалопатические», при которых преобладает симптоматика болезни, а не нарушения развития, и «смешанные - дизонтогенетически-энцефалопатические».

Аномалия развития, квалифицируемая как задержка психического развития, встречается значительно чаще других, более грубых нарушений психического онтогенеза.

Проблема ЗПР является одной из актуальных не только в дефектологии, но и в общей педагогике, так как теснейшим образом связана с проблемой школьной неуспеваемости. Количество учеников начальных классов, испытывающих стойкие затруднения в обучении, составляет от 5 до 11% (R. L.

¹ Глава из коллективной монографии "Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей" / под ред. К. С. Лебединской. - М.: Педагогика, 1982.
©2000-2006 Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО.

Masland, 1969; М. С. Певзнер, 1972; В. И. Лубовский, 1972 и др.). Эти дети стали объектом изучения дефектологов, психологов, педагогов, врачей.

Исследования, проведенные в 1972—1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР в ряде городов и сельских местностей СССР (Москва, Иркутская область, Литва, Армения), выявили среди 5076 учащихся начальных классов массовых школ 589 (11,6%) детей, испытывающих трудности в обучении. Как показали результаты комплексного (клинического, психологического, логопедического и сурдологического) исследования, менее 1/3 из них (30,6%) страдали легкой степенью олигофрении. 19% составила сборная группа, куда вошли дети с первичными нарушениями речи, зрительной и слуховой афферентации, опорно-двигательного аппарата, а также дети, у которых трудности обучения были связаны с расстройствами поведения.

У 50,4% неуспевающих учеников (или 5,8% всех учащихся младших классов) была диагностирована ЗПР, так как по ряду параметров их интеллектуальной сферы и эмоционально-волевых особенностей (недостаточности общего запаса знаний об окружающем, ограниченности представлений, необходимых для усвоения школьных предметов, незрелости мышления, несформированности учебных интересов и преобладании игровых) они находились на более ранней возрастной ступени развития. При этом достаточная сообразительность в пределах имеющихся знаний и способность к принятию помощи свидетельствовали против олигофренической структуры дефекта.

Внимание клиницистов прежде всего было обращено на инфантильные черты психики многих из этих детей: их эмоциональную незрелость, слабость мотивации поведения, игровой характер интересов, неспособность к волевому усилию.

Специальные исследования показали клиническое разнообразие вариантов психического инфантилизма, наблюдаемого у этих детей. М. С. Певзнер (1972) была предложена классификация этих состояний, в которых инфантилизм выступал как в чистом виде («неосложненный психофизический и психический инфантилизм») так и в виде вариантов, осложненных недоразвитием познавательной деятельности, речи. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер (1973) была выделена «вторичная» ЗПР, обусловленная нарушением познавательной деятельности и работоспособности в связи со стойкой церебрастенией — повышенной истощаемостью психических функций. Этиологическими факторами чаще являлись негрубые церебральные вредности, обменно-трофические расстройства, действующие на ранних этапах онтогенеза. В патогенезе инфантилизма ведущая роль отводилась замедлению темпа созревания лобных и лобно-диэнцефальных систем мозга, в норме обеспечивающих как уровень развития личности, так и формирование целенаправленной деятельности.

В классификации, предложенной М. С. Певзнер и Т. А. Власовой: 1) ЗПР, связанная с психическим и психофизическим инфантилизмом; 2) ЗПР, обусловленная длительной церебрастенией, — заложены основные принципы клинического подхода к пониманию механизмов формирования ЗПР: возможность ее возникновения как за счет замедления созревания эмоционально-волевой сферы, так и за счет нейродинамических расстройств, тормозящих развитие познавательной деятельности.

Разность патогенетических механизмов обуславливала и различие прогноза. ЗПР в виде неосложненного психического инфантилизма расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. При преобладании же выраженных нейродинамических, в первую очередь стойких церебрастенических расстройств, ЗПР оказывалась более стойкой и нередко нуждающейся не только в психолого-педагогической коррекции, но и лечебных мероприятиях.

Как указывалось выше, результаты проведенных исследований явились стимулом для организации специальных классов и школ для детей с задержкой психического развития.

Опыт этих школ показал, что при специальных формах и методах обучения, некотором увеличении сроков прохождения программы, щадящем режиме, поддерживающей медикаментозной терапии общеукрепляющими, успокаивающими и стимулирующими препаратами примерно половина этих детей после обучения в начальных классах специальной школы может быть переведена в IV класс массовой школы. Остальная же часть учащихся должна продолжать обучение в специальных условиях данных школ.

Обобщение данных, полученных в течение последних лет в клинической лаборатории НИИ дефектологии при комплексном клинико-психолого-педагогическом исследовании учащихся этих школ, а также и других детей, не успевающих в младших классах массовой школы, позволило уточнить клинико-психологическую структуру различных типов ЗПР, ряд вопросов ее клинической систематики, критерии отграничения от олигофрении, соотносительную роль биологических и социальных факторов в формировании ее различных типов.

Клиническая систематика задержки психического развития

Основные клинические типы ЗПР дифференцированы нами по этиопатогенетическому принципу.

1. ЗПР конституционального происхождения.
2. ЗПР соматогенного происхождения.
3. ЗПР психогенного происхождения.
4. ЗПР церебрально-органического происхождения.

Каждый из этих типов ЗПР имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, нередко осложнен рядом болезненных признаков - соматических, энцефалопатических, неврологических. Во многих случаях эти болезненные признаки нельзя расценивать только как осложняющие, так как они играют существенную патогенетическую роль в формировании самой ЗПР.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств. В замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации и произвольности, а с нейродинамическими расстройствами - тонус и подвижность психических процессов.

1. ЗПР конституционального происхождения. Речь идет о так называемом

гармоническом инфантилизме (неосложненном психическом и психофизическом инфантилизме, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, М. С. Певзнер и Т. А. Власова связывают с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов.

Гармонический инфантилизм является как бы ядерной формой психического инфантилизма, в котором черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения.

Такая гармоничность психофизического облика, нередкость семейных случаев, непатологичность психических особенностей позволяют предположить преимущественно врожденно-конституциональную этиологию этого типа инфантилизма (А. Ф. Мельникова, 1936; Г. Е. Сухарева, 1965). Однако нередко происхождение гармонического инфантилизма может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробными либо первых лет жизни. В этих случаях речь идет об экзогенной фенкопии конституционального инфантилизма генетического происхождения. В этом отношении представляют интерес данные Г. П. Бертынь (1970) об относительной частоте гармонического инфантилизма у близнецов и предположение о патогенетической роли гипотрофических явлений, связанных с фактором многоплодия.

2. ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца (В. В. Ковалев, 1979).

В замедлении темпа психического развития этих детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко имеет место и задержка эмоционального развития - соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений - неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда индуцированными и режимом определенных ограничений и запретов, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок.

3. ЗПР психогенного происхождения. Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка.

Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в

первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, а ограниченных дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается прежде всего при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959; В. В. Ковалев, 1979 и др.), чаще всего обусловленном явлениями гипоопеки - условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития личности по типу кумира семьи обусловлен, наоборот, гиперопекой - неправильным изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

4. ЗПР церебрально-органического происхождения. Этот тип ЗПР занимает основное место в данной полиморфной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.

Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще - резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-, АВО- и др. факторам), недоношенность, асфиксию и травму в родах, постнатальные нейроинфекции, токсико-дистрофирующие заболевания первых лет жизни.

По данным Ю. Дауленскене (1973), на долю патологии беременности, родов, заболеваний первого года жизни приходится 67,32% из них. По предположению Г. Гроссмана и В. Шмитца (G. Grossman, W. Schmitz, 1969), 70% падает на внутриутробную патологию и лишь 30% - раннюю постнатальную. Л. Тарнополь (L. Tarnopol, 1971) отмечает инфекционную этиологию в 39% случаев, последствия родовых и постнатальных травм - в 33%. Задержка ин-

теллектуального развития описана и при генетических пороках развития (М. Райская, 1968).

Анамнестические данные указывают и на частое замедление смены возрастных фаз развития: запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности (В. В. Лебединский, Н. Л. Белопольская, 1976).

В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития (недоразвитие роста, мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса) нередко наблюдается общая гипотрофия, что не позволяет исключить патогенетической роли нарушений вегетативной регуляции трофических и иммунологических функций (М. Г. Рейдибойм, 1978); могут наблюдаться и различные виды диспластичности телосложения.

В неврологическом состоянии часто встречаются гидроцефальные, а иногда и гипертензионные стигмы, стертый гемисиндром, нарушения черепно-мозговой иннервации, пирамидные знаки, явления вегетативно-сосудистой дистонии (Е. С. Иванов, 1968; С. С. Мнухин, 1968; Ю. Дауленскене, 1973; И. Ф. Марковская, 1977 и др.).

По данным электроэнцефалографии, нарушения электрической активности мозга при задержке психического развития встречаются достаточно часто: от 30%, по Д. Г. Саттерфильду; М. Е. Даусону (J. H. Sutterfield, M. E. Dauson, 1971), до 50-55% (Н. Н. Зислина, Э. С. Ополинский, М. Г. Рейдибойм, 1972 и др.) Отмечается отсутствие альфа-ритма, преобладание либо генерализованных медленных волн тета- и дельта-диапазона, либо высокочастотной активности; пароксизмальные вспышки высокоамплитудных дельта-волн, иногда - веретенообразные вспышки бета-волн в лобных отделах. Преобладание билатерально-синхронных разрядов высокоамплитудных тета- и дельта-волн в передних отделах мозга указывает на дисфункцию диэнцефальных и верхнестебельных структур (Ю. Г. Демьянов, 1970 и др.). Достаточно часто встречается снижение порога судорожной готовности, субклиническая эпилептическая активность (G. Grossmann, W. Schmitz, 1969 и др.) Наблюдаются и очаговые корковые нарушения, чаще в теменных отделах коры (Д. Н. Исаев, К. Д. Ефремов, С. М. Пукшанская, 1974 и др.). Н. Л. Горбачевская и Н. Л. Новинская (1976) отмечают преобладание пароксизмальной активности в левом полушарии.

Исследование зрительных вызванных потенциалов (М. Н. Фишман, 1979) выявляет незрелость коры головного мозга, наиболее выраженную в ее лобных отделах, и особенно левого полушария; имеются указания на несформированность, незрелость системы сенсорного анализа высших интегративных центров. Таким образом, изменения ЭЭГ свидетельствуют о незрелости мозга, в первую очередь его корковых отделов, нередко сочетающейся с признаками локального поражения мозговых структур.

В отношении патогенеза ЗПР церебрально-органического генеза имеется определенная аналогия с принятыми за рубежом терминами: «минимальное повреждение мозга» (A. Strauss, L. Lehtinen, 1947), «минимальная мозговая дисфункция - ММД» (P. Paine, 1962). Акцент на понятии «дисфункция» позволяет включить в данную группу и самые легкие, функциональные расстройства ЦНС. Следует, однако, отметить, что термин «минимальная мозго-

вая дисфункция», констатирующий в основном лишь количественный фактор - легкую степень церебральной недостаточности, на современном этапе не обладает достаточной клинической информативностью, так как не содержит дифференциации по этиологии и патогенезу. Общие клинические критерии ММД также неполны и недостаточно четки.

В психическом статусе также обращает на себя внимание ряд признаков недостаточности нервной системы.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР - как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом (И. А. Юркова, 1959; Г. Е. Сухарева, 1959). При этом инфантилизме у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Больные дети характеризуются слабой заинтересованностью в оценке, низким уровнем притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризуют бедность воображения и творчества, определенные монотонность и однообразие, преобладание компонента двигательной расторможенности. Само стремление к игре нередко выглядит скорее как способ ухода от затруднений в занятиях, чем первичная потребность: желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков (Н. Л. Белопольская, 1976; И. Ф. Марковская, 1977).

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма. 1. Неустойчивый - с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью, имитирующими детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерны малая способность к волевому усилию и систематической деятельности, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости. 2. Тормозимый - с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, безынициативностью, часто боязливостью.

Вышеописанная клиническая картина органического инфантилизма имеет свои добавочные особенности, обусловленные спецификой патогенеза и локализации церебральной недостаточности. Так, одной из разновидностей органического инфантилизма тормозимого вида является церебрально-эндокринный инфантилизм, клиническая картина которого включает ряд эндокринных дисфункций, вторично обусловленных недостаточностью подкорковых эндокринно-вегетативных центров, регулирующих деятельность желез внутренней секреции. Сюда относится инфантилизм при церебральном гипогенитализме (М. Я. Серейский, Е. И. Крылова, 1933; К. С. Лебединская, 1969), субнанизме, а также аберрациях в системе половых хромосом - синдромах Шерешевского-Тернера, Кляйнфельтера и др. (М. М. Райская, 1968). Здесь инфантильность своеобразно сочетается со склонностью к рассуждательству, сентенциям, карикатурной «взрослостью» оборотов речи и внешней манеры поведения.

Разновидность тормозимого вида органического инфантилизма наблю-

дается и у детей, страдающих невропатией - врожденной, а чаще рано приобретенной (вследствие инфекций, интоксикаций, обменно-трофических расстройств) функциональной недостаточностью вегетативной нервной системы. Нарушения сна, аппетита, диспептические явления, сосудистая лабильность вызывают астенические расстройства, снижение работоспособности в связи с незначительными соматогенными, метеорологическими, а также психогенными факторами. Неустойчивость вегетативного тонуса способствует и эмоциональной хрупкости. Психический инфантилизм, тесно связанный с астеническими и неврозоподобными особенностями этих детей, ощущением физической слабости, робостью, пугливостью, проявляется в неумении постоять за себя, несамостоятельности, чрезмерной зависимости от близких.

Таковы основные, наиболее часто встречающиеся виды органического; инфантилизма. Важно еще раз подчеркнуть, что эта незрелость эмоционально-волевой сферы является фактором, тормозящим развитие познавательной деятельности не только из-за недостаточности мотивационной сферы, инфантильной иерархии интересов, но и малой целенаправленности, слабости контроля, повышенной импульсивности.

В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит и нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также дефицитностью отдельных корковых функций. Психолого-педагогические исследования, проведенные в течение ряда лет в НИИ дефектологии АПН СССР Н. А. Никашиной, В. И. Лубовским, Т. В. Егоровой, М. В. Ипполитовой, Р. Д. Тригер, Н. А. Цыпиной, Г. И. Жаренковой, Л. И. Переслени и П. Б. Шошиным, С. Г. Шевченко, Г. М. Капустиной и др. и обобщенные в монографии «Обучение детей с задержкой психического развития» (1981), а также исследования Л. Бенда (L. Benda, 1949), Л. Тарнополя (L. Tarnopol, 1971), А. Д. Кошелевой (1973), В. В. Лебединского и А. Д. Кошелевой (1975), Л. В. Яссман (1976), И. Ф. Марковской (1977), З. М. Дунаевой (1980) констатируют у этих детей неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживаются плохая ориентировка в «правом - левом», явления зеркальности в письме, затруднения в дифференцировке сходных графем.

При этом отмечается определенная парциальность, мозаичность нарушений отдельных корковых функций. Очевидно, в связи с этим одни из этих детей испытывают преимущественные трудности в овладении чтением, другие - письмом, третьи - счетом, четвертые обнаруживают наибольшую недостаточность двигательной координации, пятые - памяти и т. д. Х. Спионек (1972) подчеркивает, что такой ребенок не располагает достаточным количеством предпосылок, на которых строится логическое мышление. Специальное исследование высших корковых функций у этих детей позволило некоторым исследователям предположить связь подобных нарушений с локальной недостаточностью определенных корковых зон.

По мнению Ю. Дауленскене, патологическая заинтересованность височных зон коры наблюдается в 36,13% случаев, теменно-затылочных - в 23%, височно-затылочных - в 30%, диссеминированная корковая патология - в 10,78%. Системный анализ высших корковых функций (Ю. Г. Демьянов, 1971; И. Ф. Марковская, В. В. Лебединский, О. С. Никольская, 1977) показал действительное наличие дефицитарности отдельных корковых функций в тяжелых случаях; при негрубой же степени органической недостаточности ЦНС, особенно применительно к детскому возрасту, следует осторожно адресоваться к узкой локализации дефекта, больше иметь в виду неустойчивость функциональной структуры². У детей с ЗПР церебрально-органического генеза, как правило, наблюдается ряд энцефалопатических расстройств.

1) Церебрастенические явления встречаются наиболее часто и проявляются в ряде феноменов, отражающих нейродинамические расстройства, в первую очередь повышенную истощаемость ЦНС. К ним относятся нарушения интеллектуальной работоспособности с падением по мере утомления способности к запоминанию, концентрации внимания, нарастание психической медлительности; эмоциональные расстройства с феноменом «раздражительной слабости»: ранимостью, тормозимостью, слезливостью (чаще у девочек), либо раздражительностью, возбудимостью (чаще у мальчиков), склонностью к немотивированному понижению настроения дистимического характера - со слабодушием, ощущением физического дискомфорта; двигательные расстройства: моторная расторможенность либо, наоборот, гиподинамия; явления вегетативной дистонии: повышенная чувствительность к шуму, яркому свету, жаре, духоте, нарушения аппетита и сна, склонность к сосудистой гипотонии, неприятным ощущениям в различных частях тела, функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта и т. п. Головные боли тесно связаны с нарушениями вегетативно-сосудистой регуляции.

2) Неврозоподобные явления, патогенетически связанные с церебрастенической почвой: тревожность, боязливость, склонность к страхам темноты, одиночества, ипохондрическим (за здоровье свое и близких); тикозные гиперкинезы — навязчивые движения, большей частью в мышцах нижней половины лица, шеи, плеч, связанные с мышечной дистонией; неврозоподобное заикание; неврозоподобный энурез.

3) Синдром психомоторной возбудимости, чаще наблюдаемый у мальчиков: аффективная и общая двигательная расторможенность, отвлекаемость, суетливость.

² Это, естественно, не относится к нарушениям психического развития при тех поражениях ЦНС, где часто имеется первичная грубая локальная патология корковых зон мозга, например детскому церебральному параличу. Работами ряда зарубежных и отечественных исследователей показано, что при спастической диплегии, связанной с преимущественной теменно-затылочной локализацией поражения, нарушаются восприятие, зрительно-пространственный гнозис, праксис, функции счета и письма, при гиперкинетической форме, обусловленной патологической заинтересованностью височных и заднебоковых отделов коры, недостаточностью подкорковых зон, наблюдаются слухоречевые расстройства с подкорковой дизартрией, при правосторонней гемипаретической форме - пальцевая агнозия, элементы аграфии, акалькулии и т. д.

4) Аффективные нарушения проявляются в немотивированных колебаниях настроения церебрально-органического регистра: дисфорическом состоянии - пониженном настроении со злобностью, недоверчивостью, склонностью к агрессивным разрядам; эйфорическом состоянии - повышенном настроении с элементами дурашливости, назойливости, бесцельной суетливости.

5) Психопатоподобные нарушения: сочетание двигательной расторможенности, аффективной неустойчивости, снижения интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учебе, иногда - расторможенности влечений (склонности к побегам, воровству, лживости, онанизму и т. д.).

6) Эпилептиформные нарушения - различные виды судорожных припадков и других нервно-психических пароксизмов.

7) Апатико-адинамические расстройства - снижение инициативы и побуждений в интеллектуальной деятельности, выраженные эмоциональная вялость и двигательная заторможенность.

Вопрос о роли этих энцефалопатических расстройств в формировании стойких нарушений психического развития сложен. Несомненно, выраженные церебральная астения, аффективная и двигательная возбудимость, психопатоподобное поведение, снижая интеллектуальную работоспособность и целенаправленность, усугубляют недостаточность познавательной деятельности. Т. А. Власова и М. С. Певзнер (1967), Е. С. Иванов (1971) и другие исследователи отводят церебральной астении патогенетическую роль в возникновении стойких форм неуспеваемости и ЗПР. И по данным нейропсихологического исследования (И. Ф. Марковская, 1977), у значительной части детей с более легкими формами ЗПР церебрально-органического генеза недостаточность ряда высших корковых функций в большой мере обусловлена именно слабостью психического тонуса, дефицитарностью «энергетического» блока, что имеет прямое отношение к клиническим проявлениям церебрастении.

В развитии более стойких церебрально-органических форм ЗПР играют роль как более грубые нейродинамические расстройства - инертность психических процессов, их медлительность, недостаточная переключаемость, так и более выраженные энцефалопатические нарушения (психопатоподобные, эпилептиформные, апатико-адинамические расстройства). Описанные энцефалопатические расстройства можно было бы по отношению к ЗПР квалифицировать как осложняющие. Однако приведенные выше данные говорят об их более интимной связи с механизмом формирования ЗПР, их роли в патогенезе этой аномалии развития.

Вся вышеописанная структура нарушений познавательной деятельности - мозаичность и преимущественная недостаточность памяти, внимания, темпа психических процессов, дефицитарность отдельных корковых функций, наличие энцефалопатических расстройств и локальных знаков на ЭЭГ - с традиционно- клинической точки зрения более свидетельствует о повреждении ЦНС на ранних этапах онтогенеза, чем о ее первичном недоразвитии, как это имеет место при олигофрении (Г. Е. Сухарева, 1965). В связи с этим у клиницистов-практиков иногда возникает вопрос, насколько целесообразно применение к вышеописанным нарушениям познавательной деятельности церебрально-органического генеза принятого в отечественной дефектологии обо-

значения «задержка психического развития», терминологически подразумевающего именно явления недоразвития. Не случайно существуют упорные попытки замены понятия «задержка психического развития» понятием «пограничная умственная отсталость».

Однако термин «задержка психического развития» оправдан как с теоретических позиций, так и с точки зрения практики. Когда речь идет о детском возрасте и раннем времени поражения, клиническая картина психического дизонтогенеза не может быть ограничена только симптомами повреждения. И в самой дефектной функции повреждение будет снижать темп ее дальнейшего развития. Но для понимания механизма «задержки» гораздо более важны два других фактора. С одной стороны, поврежденные функции будут замедлять темп общего развития, очевидно, через недоразвитие ряда других, промежуточных механизмов. С другой - замедление общего темпа развития мозга связано и непосредственно с самим действием раннего органического повреждения. Системное клинико-нейропсихологическое исследование высших корковых функций (И. Ф. Марковская, 1977) подтвердило мнение М. С. Певзнер о роли запаздывания созревания лобных структур в формировании самого компонента ЗПР. С недоразвитием лобных структур связана и незрелость процессов мышления - недостаточные целенаправленность и произвольность, слабость контроля и критики, характерные для детей с ЗПР.

Поэтому независимо от этиологии, патогенеза органического поражения мозга в структуре недостаточности не только эмоционально-волевой сферы, но и познавательной деятельности присутствуют компоненты именно задержки психического развития: дефицит общего запаса знаний и навыков, а также запаздывание формирования мышления в целом - способности к обобщению, абстрагированию, логическим построениям.

Таковы клинические особенности ЗПР церебрально-органического генеза. В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта: 1) органический инфантилизм; 2) задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности. Как правило, различные виды органического инфантилизма представляют собой более легкую форму ЗПР церебрально-органического генеза, при котором функциональные нарушения познавательной деятельности обусловлены эмоционально-волевой незрелостью и негрубыми церебрастеническими расстройствами. ЗПР с преобладанием энцефалопатических расстройств, дефицитностью отдельных корковых и подкорковых функций представляет более тяжелую форму данной аномалии развития.

Выраженность функциональных нарушений познавательной деятельности, наблюдаемая при этом, втором варианте задержки психического развития, нередко требует отграничения от олигофрении, которое необходимо еще и потому, что ЗПР церебрально-органического генеза, как указывалось, естественно, проявляется и в несовершенстве функций обобщения: затруднениях при самостоятельном установлении взаимосвязи между предметами, при операциях анализа, синтеза, сравнения, при решении задач, требующих словесно-логического мышления, а также недостаточном умении планировать

свои действия, контролировать их, руководствоваться в интеллектуальной деятельности конечной целью.

Однако, если клиническая картина олигофренического слабоумия, по Г. Е. Сухаревой (1965), определяется, с одной стороны, тотальностью недоразвития всех психических функций, а с другой - иерархичностью их недостаточности в виде наибольшего страдания высших форм познавательных процессов — способности к абстрагированию, обобщению, отвлечению, то при ЗПР, как указывалось, наблюдается не тотальность, а чаще парциальность, мозаичность нарушений различных компонентов познавательной деятельности. Эти нарушения познавательной деятельности в основном носят вторичный характер и наиболее часто тесно связаны с психической истощаемостью. В то же время потенциальные возможности высших форм мыслительной деятельности - обобщения, абстрагирования, у детей с ЗПР значительно выше, чем при олигофрении. В связи с этим гораздо лучше и способность использования помощи.

Ю. Г. Демьянов (1971) указывает, что недостаточность отдельных высших корковых функций находится в своеобразной дисгармонии с более развитыми абстрактно-логическими формами мышления.

Значительное отличие структуры даже более стойких форм ЗПР церебрально-органического генеза от интеллектуального дефекта при олигофрении, иные принципы и методы педагогической коррекции, лучшая благоприятность прогноза указывают на ошибочность отнесения этой аномалии к так называемой пограничной умственной отсталости. Как известно, под этим термином нередко объединяются различные формы негрубого недоразвития познавательной деятельности независимо от их происхождения, клинко-психологической структуры, прогноза. Не обладая клиническим содержанием и самостоятельностью, этот термин приносит определенный вред в ситуациях отбора детей в специальные школы, так как сосредоточение внимания лишь на количественной стороне отставания в развитии, а не на качественной структуре дефекта не дает ориентиров для выбора типа школы, в которой должен обучаться такой ребенок.

Роль средового фактора в формировании задержки психического развития

В клинических и психологических исследованиях, посвященных вопросам школьной неуспеваемости, ЗПР и так называемой пограничной умственной отсталости, почти всегда обсуждается роль социального фактора в замедлении темпа психического развития ребенка.

Согласно некоторым зарубежным концепциям, трудности в обучении детей являются прежде всего результатом социальной депривации - неблагоприятных условий жизни и воспитания. Поэтому ЗПР ребенка связывается в первую очередь с недостатком общения и информации, приводящим к ограничению его сенсорного, интеллектуального и эмоционального опыта.

Известное положение Л. С. Выготского о сенситивных периодах развития психических функций позволяет предположить особое значение фактора стимуляции восприятия, памяти, речи, моторики и т. д. на определенных, наиболее значимых для каждой из данных функций возрастных этапах. Исходя из этого обратная ситуация - длительный недостаток информации, являе-

ния социально- педагогической запущенности в преддошкольном и дошкольном возрасте - может снизить потенциальные возможности обучаемости. Факторы гипо- и гиперопеки, отрицательно влияющие на развитие, могут быть причиной и искусственной инфантилизации. Выше был описан тип ЗПР психогенного происхождения, при котором тяжелые условия воспитания формировали патологическое развитие личности ребенка.

Тем не менее повседневная клиническая и педагогическая практика показывает, что дети с явлениями социально-педагогической запущенности и даже патологического развития личности могут восполнить пробелы в своих знаниях в условиях массовой школы при наличии адекватного индивидуального подхода в обучении. Гораздо пагубнее роль отрицательного средового фактора для детей с органической недостаточностью нервной системы или соматической неполноценностью. Эти дети нуждаются в более активной стимуляции познавательной деятельности, чем их здоровые сверстники. В семье, уделяющей ребенку должное внимание, ЗПР конституционального, соматогенного и даже в ряде случаев церебрально-органического генеза может быть полностью либо в значительной мере компенсирована направленной активизацией различных сторон его интеллектуальной и эмоциональной сферы. В неблагополучных семьях психическое развитие таких детей еще более замедляется.

Этому способствует и типичное для неполноценных условий воспитания наложение психических отклонений, обусловленных ситуационно (невротических образований, нарушений поведения). Более того, те же неблагоприятные семейные факторы, которые вызывают педагогическую запущенность, нередко способствуют и возникновению самой неполноценности мозга ребенка (вследствие влияния на плод алкоголизма матери, большей частоты соматических и церебральных инфекций и травм, отсутствия своевременного обращения к врачу и регулярного лечения и т. д.). Поэтому относительно более высокий процент детей с ЗПР в неблагополучных семьях иногда приводит к ошибочному мнению о социальной причине их психической незрелости. Результаты же клинических и нейрофизиологических исследований детей со стойкой неуспеваемостью в большинстве случаев обнаруживают у них явления той или иной патологической «почвы» со стороны ЦНС или соматической сферы.

Помимо неблагоприятных условий воспитания заслуживает внимания и другой отрицательный средовой фактор, присоединяющийся позже. Речь идет о психотравмирующей для ребенка ситуации связанной с его несостоятельностью в условиях массовой школы (Г. Е. Сухарева, 1959; R. Corboz, 1967; P. Hartocollis, 1967; Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1973; Т. А. Власова, К. С. Лебединская, 1975; Н. Л. Белопольская, 1976 и др.). Большей частью это различные невротические расстройства, патологические реакции протеста, оппозиции, отказа (М. Е. Laufer, E. Denhoft, 1960; P. H. Wender, 1971). В. В. Ковалев (1979) пишет о вторичных астенических явлениях в результате психического перенапряжения, Р. Н. Wender – об ослаблении самоуважения.

Н. Л. Белопольская (1976) в специальном экспериментально-психологическом исследовании показала, что это чувство собственной неполноценности связано не только с объективными затруднениями, но и с не-

благоприятной эмоциональной атмосферой, создающейся в классе вокруг неуспевающих детей. Низкая оценка сверстниками интеллектуальных возможностей этих детей неправомерно распространяется и на их внешность, моральные качества. Длительная психотравмирующая ситуация, приводящая к невротическим образованиям, вызывает у детей с ЗПР различного генеза отрицательное отношение к школе, нередко толкает на ложные пути самоутверждения и способствует формированию ряда асоциальных форм поведения в подростковом возрасте (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1973; К. С. Лебединская и др., 1980).

Таким образом, задержка психического развития представляет собой аномалию развития, обладающую значительным полиморфизмом клинко-онтогенетической структуры, степени тяжести и прогноза. Знание этого клинического полиморфизма должно служить целям дифференциации не только медикаментозной терапии, но и психолого-педагогической коррекции. Для дефектологии наибольшее значение имеет ЗПР церебрально-органического генеза, при которой нарушения темпа психического созревания, как эмоционального, так и интеллектуального, наиболее стойки и усугублены рядом энцефалопатических расстройств, еще более снижающих возможности познавательной деятельности таких детей.

С точки зрения психолого-педагогической эти дети обладают значительной общностью структуры психического дефекта, проявляющейся именно в феномене задержки развития знаний, навыков, эмоциональной сферы, активности. На ликвидацию этой общей недостаточности и направлена вся современная система психолого-педагогической коррекции. Но эта общность, как нам хотелось показать, является конечным результатом различных клинических проявлений дефицитарности нервно-психической сферы ребенка. Поэтому наряду с общими методами коррекции ЗПР целесообразна и индивидуализация, обусловленная вышеописанными особенностями клинической структуры различных вариантов ЗПР церебрально-органического генеза. И здесь клинический полиморфизм должен явиться фактором поиска дифференцированных форм психолого-педагогической коррекции. Подход к обучению и воспитанию ребенка с ЗПР церебрально-органического генеза, очевидно, должен все же быть различным в зависимости от того, идет ли речь об органическом инфантилизме или о нарушении интеллектуальной работоспособности вследствие выраженной астении, психической инертности, недостаточности отдельных корковых либо подкорковых функций. Естественно, также дифференцирован должен быть и лечебный подход, направленный прежде всего на ликвидацию энцефалопатических расстройств. От адекватности этой лечебно-педагогической дифференциации в большей мере зависит прогноз обучения и последующей социальной адаптации ребенка.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

С. А. Игумнов

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО АНТЕНАТАЛЬНОМУ ОБЛУЧЕНИЮ: ЭВОЛЮТИВНАЯ ДИНАМИКА

Белорусский государственный медицинский университет (Минск).

Проведено проспективное исследование динамики психического развития, распространенности психических и поведенческих расстройств у 250 лиц в возрасте от 6 до 15-16 лет, подвергшихся антенатальному облучению. Для проведения исследования были сформированы две группы детей: основная и контрольная. В состав основной группы включены 250 детей, рожденных в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., матери которых в период беременности проживали в населенных пунктах с плотностью выпадений Cs^{137} от 555 до 18500 $кБк \cdot м^{-2}$. На первом этапе формирования обследуемой когорты проведен компьютеризированный поиск детей группы риска по антенатальному воздействию радионуклидов в базах данных Белорусского Центра медицинских технологий ("Государственный регистр лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС") и Республиканского диспансера радиационной медицины и отобраны 2465 детей, рожденных в период с 26.04.1986 г. по февраль 1987 г. На втором этапе методом случайного отбора каждого десятого ребенка из базы данных сформирована группа антенатально облученных детей (основная группа).

Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки и состояла из 250 детей, рожденных в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., матери которых в момент аварии на Чернобыльской АЭС и по настоящее время проживают в "чистых" или слабо загрязненных районах Беларуси (плотность выпадений Cs^{137} от 2 до 200 $кБк \cdot м^{-2}$). Контрольные районы, как и районы проживания детей основной группы, относятся к зоне зобной эндемии и близки по доаварийным экологическим и социально-демографическим показателям. Следует отметить, что родители детей контрольной группы не имели также профессионального контакта с источниками ионизирующих излучений [1, 2].

За 10-летний период наблюдения (1993-2003 гг.) вследствие миграционных процессов 5 человек покинули когорту наблюдения, и основная группа лиц в возрасте 15-16 лет составляла 245 человек. За тот же период наблюдения 11 человек покинули контрольную когорту, и контрольная группа лиц в возрасте 15-16 лет составляла 239 человек.

Методы исследования

Ведущим методом психиатрического исследования был клинико-психопатологический, дополнявшийся комплексной оценкой соматоневрологического статуса. Синдромологическая структура выявленных нарушений и нозологическая принадлежность синдромов определялась с помощью Меж-

дународной классификации болезней 10-го пересмотра [3, 4].

В детском возрасте (от 6-7 до 10-12 лет) основными формами проявлений психических и поведенческих расстройств в обеих группах были: эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (рубрика МКБ-10 F93) - 45 случаев (18,0%) и 19 случаев (7,6%), $P < 0,01$; специфические расстройства развития речи (F80) - 20 случаев (8,0%) и 21 случай (8,4%), $P = 0,87$ и школьных навыков (F81) - 18 случаев (7,2%) и 13 случаев (5,2%), $P = 0,35$; гиперкинетические расстройства (F90) - 12 случаев (4,8%) и 11 случаев (4,4%), $P = 0,83$; расстройства социального функционирования (F94) - 12 случаев (4,8%) и 9 случаев (3,6%), $P = 0,50$; и умственная отсталость (F70.9) 5 случаев (2,0%) и 5 случаев (2,0%), $P = 1,0$ [1, 2].

Результаты исследований были использованы для оценки относительно риска заболевания психическими и поведенческими расстройствами детей контрольной и основной группы. В данном исследовании мерой относительного риска являлось отношение шансов (*odds ratio* – OR) [5]. Достоверные различия по частоте психических нарушений между основной и контрольной группами выявлены только по частоте эмоциональных расстройств с достоверным преобладанием последних в основной группе ($P < 0,01$; OR=2,67) [6].

Достоверных различий в частоте психических нарушений между подгруппами детей, различающимися по срокам гестации на момент Чернобыльской аварии, выявлено не было. Клинически выраженная умственная отсталость как в основной, так и в контрольной группе, отмечалась в 5 случаях (2,0 %). Оба эти результата не имеют достоверных отличий от частоты умственной отсталости среди детей, полученных в ходе эпидемиологических исследований, проведенных в странах Европы и Северной Америки [7, 8].

В подростковом возрасте (15-16 лет) отмечалась тенденция к трансформации эмоциональных расстройств, специфических для детского возраста, в клинически оформленные тревожные расстройства (рубрики МКБ-10 F40, F41): 31 случай (12,7%) в основной группе из 245 чел. и 16 случаев (6,9%) в контрольной группе из 239 чел., $P < 0,05$. К ним относились преимущественно специфические (изолированные) фобии (F40.2). Это фобии, ограниченные строго определенными ситуациями, такими как нахождение в непосредственной близости от животных; пребывание на высоких местах, в темноте, в замкнутом пространстве; боязнь грозы, полетов в самолете; мочеиспускания или дефекации в общественных туалетах; употребления в пищу некоторых продуктов; стоматологического лечения; вида крови или ран; страх заболеть специфическими болезнями. Хотя пусковая ситуация являлась изолированной, контакт с объектом страха вызывал состояние резкой тревоги. В качестве специфического объекта этих фобий в основной группе отмечалась лучевая болезнь и другие радиационные поражения (6 наблюдений; в контрольной группе подобных объектов фобии не было).

В основной группе достоверно чаще, в сравнении с контрольной, встречалось также ипохондрическое расстройство (F45.2): 11 случаев (4,5%) и 2 случая (0,9%) соответственно, $P < 0,05$, для которого характерны были опасения, направленные в большей степени на существование основного прогрессирующего тяжелого заболевания и его возможные инвалидизирующие последствия. Подростки, страдавшие ипохондрическим расстройством, настаи-

вали на углубленном, зачастую клинически неоправданном обследовании для выявления или подтверждения характера заболевания, лежащего в основе симптомов. Для них характерны были боязнь лекарств и их побочных действий и стремление к частым посещениям различных врачей.

В обеих группах со значительной частотой встречалась соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3): 30 случаев (12,2%) и 22 случая (9,2%), $P>0,1$. Обычно подростки предъявляли симптомы двух типов, ни один из которых не указывал на соматическое расстройство соответствующего органа или системы. К первому типу относились жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного возбуждения (таких, как сердцебиение, потливость, покраснение лица и тремор). Второй тип характеризовался более индивидуальными, субъективными и неспецифическими симптомами, такими, как кратковременные боли, ощущения жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения, которые пациент приписывает тому или иному конкретному органу или системе (к которым относятся и вегетативные симптомы). Характерную клиническую картину составляло сочетание отчетливой вегетативной дисфункции, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок на определенный орган или систему в качестве источника расстройства.

Эволютивная динамика гиперкинетических расстройств характеризовалась их трансформацией в подростковом возрасте в расстройства поведения (F91), встречавшиеся в основной и контрольной группах с одинаковой частотой: 11 случаев из 245 (4,5%) и 11 случаев из 239 (4,6%), $P>0,9$. Расстройства этой группы характеризовались повторяющимися и стойкими моделями диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Для данных индивидуумов были свойственны грубые нарушения соответственных возрасту социальных ожиданий, то есть его проявления были гораздо более серьезными, чем обычное ребяческое озорство или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные поступки или правонарушения сами по себе не являлись основанием для постановки данного диагноза, подразумевавшего наличие устойчивой модели отклоняющегося поведения. Расстройство поведения часто было связано с неблагоприятным психосоциальным окружением, включавшим неудовлетворительные семейные отношения и трудности в учебе (у 9 из 11 подростков в основной и у 8 из 9 в контрольной группе). Оно чаще встречалось у мальчиков (10 из 11 лиц с расстройством поведения в основной и 9 из 11 в контрольной группе; в целом по обоим когортам 19 из 22 лиц с расстройством поведения (86%) составляли лица мужского пола).

Расстройство поведения в подростковом возрасте (15–16 лет) тесно коррелировало с наличием гиперкинетических расстройств (коэффициент корреляции $r=0,72$; уровень значимости $P<0,01$), расстройств формирования школьных навыков (коэффициент корреляции $r=0,67$; уровень значимости $P<0,01$) и «пограничным уровнем интеллектуального функционирования» (коэффициент корреляции $r=0,56$; уровень значимости $P<0,05$) у тех же лиц в возрасте 10–12 лет.

Таким образом, гиперкинетические расстройства, расстройства формирования школьных навыков и «пограничный уровень интеллектуального функционирования» в младшем школьном возрасте можно рассматривать как прогностически значимые предикторы стойких расстройств поведения в под-

ростковом возрасте.

На основании данных, полученных в ходе исследования, разработана и внедрена в практику реабилитационной работы с детьми/подростками, подвергшимися воздействию патогенных радиозкологических и психосоциальных факторов, обусловленных аварией на ЧАЭС, система психопрофилактики и психотерапии расстройств поведения и эмоций.

Полученные данные отражают социально-психологические и клиничко-психопатологические характеристики данной группы детей и подростков, пострадавших от последствий Чернобыльской катастрофы. Они позволяют дифференцированно планировать организационные, профилактические и лечебно-диагностические мероприятия, как в области здравоохранения, так и в социальной сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исследование особенностей психического развития детей Беларуси, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в пренатальном периоде вследствие аварии на ЧАЭС: Отчет / БелМАПО; № ГР 20003041; Рук. С. А. Игумнов. – Минск, 2002. – 90 с.
2. Игумнов С. А., Дроздович В. В. Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты. Монография. Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: РАДЭКОН, 2003. – 208 с.
3. МКБ–10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – Женева: ВОЗ, 1994. – 208 с.
4. МКБ–10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Женева: ВОЗ, 1994. – 304 с.
5. Ahlbom A., Norrell S. Introduction to Modern Epidemiology. Second Edition. Epidemiology Resources Inc.–1990.
6. Igumnov S. A., Drozdovitch V. V. Antenatal exposure of persons from Belarus following the Chernobyl accident: Neuropsychiatric aspects// 11th International Congress of the International Radiation Protection Association. 23–28 May 2004, Madrid, Spain. Abstracts.– Madrid: IRPA, 2004. – P. 43
7. Offord D., Boyle M., Szatmari P. et al. Ontario child health study II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization // Archives of General Psychiatry. – 1987.– Vol. 44. – P. 832–836.
8. Rutter M. Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology // J. Amer. Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1980. – Vol. 28. – P. 633–653.

М. Н. Журавлева

ФЕНОМЕН УНИЖЕНИЯ В ШКОЛЕ

КДЦ № 85, Центр восстановительного лечения детей (Санкт-Петербург).

Из поколения в поколение системы воспитания и образования выполняют функцию «ретранслятора» человеческой культуры. Важнейшей частью процесса передачи накопленного цивилизацией опыта и знаний должно стать признание естественной и непреходящей ценности каждого человека, важно-

сти человеческих взаимоотношений в процессе воспитания. Но до сих пор в традициях школьного обучения преобладают принципы обобщения и принуждения, поощрения лишь учебных успехов и духа конкуренции, то есть используются техники конституирования индивидов как коррелятов власти и знания, зародившиеся еще в XVII веке. Для достижения своих целей педагогика уже на протяжении нескольких столетий очень умело использует специфическую технологию власти - «дисциплину». Например, установление стандартов в школах подразумевает полное им соответствие; дети, выходящие за рамки данных требований, не подвергаются прямому насилию, но им часто приходится терпеть различные унижения, что без преувеличения свидетельствует о выведении такой власти из хитростей дисциплины. Не следует описывать ее проявления в отрицательных терминах; она, мол, «исключает», «подавляет», «цензурует». На самом деле власть производит, индивид и знание, которое можно получить об индивиде, принадлежит к ее продукции. В таких условиях решающее значение имеет то, в чьих руках эта власть находится, какие социальные и нравственные основы будут ею заложены.

Поступление в школу значительно расширяет круг социальных контактов ребенка, что неизбежно влияет на его представление о себе и окружающих. Школа способствует самостоятельности ребенка, его эмансипации от родителей, предоставляет ему широкие возможности для изучения окружающего мира - как физического, так и социального. В школе приобретают значение его собственные действия и проявления, он уже вынужден отвечать за себя сам. Здесь он сразу же становится объектом оценки с точки зрения социальных и физических возможностей. Здесь же он учится подчиняться школьной дисциплине и выполнять ее требования. Вследствие этого школа становится источником такого опыта, на основе которого начинается бурное развитие самосознания ребенка [1].

Еще в самом начале XVII века Ю. Валхаузен говорил о «собственно дисциплине» как искусстве «выверенной муштры». «Вместо того чтобы насильственно превращать все подчиненное ей в однородную массу, она разделяет, анализирует, различает и доводит процессы подразделения до необходимых и достаточных единиц» [6]. Повсеместное применение этих методов в школе приводит к тому, что в течение каждого учебного дня ребенок подвергается непрерывной и систематической оценке, не раз попадает помимо своей воли в ситуацию соперничества. Даже при отсутствии в этот день экзаменов или контрольных работ число таких оценочных ситуаций будет немалым, т. к. школьник постоянно выполняет какие-то задания и все время имеет возможность сравнивать себя с другими. Не может он избежать и невербальных оценочных реакций со стороны учителя и одноклассников. Взрослый может сам выбирать себе деятельность, в которой он чувствует себя компетентным. Для школьника такая возможность практически исключена. Даже если то или иное учебное задание не сулит ему успеха, если он чувствует, что не способен с ним справиться, отказаться от его выполнения он не может, чтобы не потеряться в установленной «классификации».

Дисциплина в школе - это своего рода «искусство ранга». Дети вынуждены участвовать в распределениях и, циркулируя в сети отношений, они постигают иерархическую модель общества. Ранг присваивается каждому уче-

нику в результате каждого задания или испытания. Ранг достигается каждым из недели в неделю, из года в год: выстраивание классов друг за другом по старшинству, последовательность преподаваемых дисциплин, вопросы, рассматриваемые в порядке возрастающей сложности. И в этой совокупности обязательных выстраиваний каждый ученик в зависимости от возраста, успехов и поведения имеет то тот, то другой ранг. Он постоянно перемещается по рядам «клеток»; некоторые из них идеальны и выражают иерархию знаний или способностей (звание «отличника»; «лидера» или «двоечника», «шута»), другие выражают распределение по ценности или заслугам материально в пространстве школы («элитный» класс, класс «выравнивания») или класса (первые парты или «камчатка») - вечное движение, в котором школьники заменяют друг друга на основании учебных и спортивных достижений, разнообразных оценок социального поведения.

Хотя каждый ребенок еще до поступления в школу так или иначе испытывал радость успеха и горечь неудач и приобрел соответствующий опыт, только в школе его достижения и неудачи приобретают официальный характер, постоянно регистрируются и провозглашаются публично. В результате ребенок оказывается перед необходимостью принять дух этого оценочного подхода, который будет пронизывать всю его школьную жизнь.

«Искусство оценки» в рамках школьной дисциплинарной власти не относится к методам, а приводит в действие пять различных операций:

- соотносит действия, успехи и поведение ученика со стандартами, являющимися одновременно полем сравнения, пространством дифференциации, принципом правила, которому надлежит следовать;
- отличает школьников друг от друга, исходя из общего правила - правила, служащего неким минимальным порогом, которому надо соответствовать, оптимумом к которому надо стремиться;
- количественно измеряет и выстраивает учащихся в иерархическом порядке, в зависимости от их способности, уровня развития;
- устанавливает посредством этой «ценностной» мерки степень соответствия, которая должна быть достигнута;
- и, наконец, намечает предел, внешнюю границу «ненормального».

Вечное оценивание, пронизывающее всю деятельность учеников в школе, сравнивает, различает, иерархически упорядочивает, приводит к однородности. Одним словом, *нормализует*. Следовательно, каждым своим пунктом оценка должна противостоять наказанию, главная функция которого – указывать на правила и законы, необходимые для соблюдения, а не на совокупность наблюдаемых явлений. Однако дисциплинарные механизмы в школе выделили «наказание согласно норме» Нормальное становится принципом принуждения в обучении с введением стандартизированного образования. Школа, опираясь на дисциплину, создала новое функционирование наказания - наказание унижением через проявление власти «НОРМЫ». В каком-то смысле власть нормализации насаждает однородность, но она же различает, поскольку позволяет «...измерять отклонения, определять уровни, фиксировать особенности» [6].

Сначала дети радуются любым отметкам, но очень скоро начинают понимать их значение. Отметки выступают уже как инструмент наказания, они

делят детей на «умных» и «глупых», используются как средство возвышения одних и унижения других, как ярлык, определяющий дальнейшую судьбу ребенка. Особенно тяжело воспринимают дети ситуацию с отметками, если родители устанавливают за ними строгий контроль и наказывают за каждую плохую, по их мнению, отметку. Страх наказания за тройки и двойки пронизывает многих школьников. Из-за плохой успеваемости у детей формируются чувство стыда, тревожность, неуверенность в себе, боязнь ситуации соревнования. К тяжелым переживаниям с болезненными последствиями может привести ребенка позиция учителя, поддерживающего существование штампов, например, «троечник», «тупица» и пр. В таких ситуациях, как бы ученик ни подготовился к уроку, по сложившемуся стереотипу больше тройки ему учитель не выставляет, да еще подвергает сомнению самостоятельность выполненного задания. Дети, которых учителя оценивают как «наименее умных», придя в школу, ощущают себя обычными людьми, но вскоре их самооощение меняется, они явно чувствуют себе безнадежными неудачниками, второсортными учениками. Они могут забросить учебу, ответив на унижение уходом в себя или из школы. Трудно предположить, что это происходит без влияния отметок - этого главного инструмента публичного различия школьников на плохих, хороших и лучших.

Школа превратилась в своеобразный аппарат непрерывного экзамена, который дублирует процесс обучения на всем протяжении и превращает его в постоянное сравнение всех и вся, позволяющее и измерять, и оценивать, и описывать. Фиксирование результатов оказывается процедурой объективизации и подчинения учащихся, позволяет их муштровать, исправлять, классифицировать, приводить к «НОРМЕ». В системе школьной дисциплины отправление власти происходит прежде всего через учителей, чьи ценностные ориентации являются одним из важнейших факторов эффективности его работы и эмоционального состояния школьников. Очень редко приходится слышать об учителях, которые намеренно наносят вред своим ученикам, но часто своим стилем преподавания и общения с учащимися они достигают именно этого плачевного результата, будучи твердо убежденными, что хотят детям добра. Поведение учителя в классе является продолжением его поведения вне стен школы, поскольку отношение к обучению и к учащимся в принципе отражает его подход вообще к людям и к различным жизненным ситуациям.

Можно предположить, что учителя уверены в позитивных последствиях своего поведения. В этом смысле все негативные эффекты, которые влечет за собой поведение учителя, следует рассматривать как произвольные. Однако для ребенка намерения учителя в определенном смысле безразличны, то есть он реагирует не на намерения как таковые, а на свою интерпретацию этих намерений [1]. Наверное, любой взрослый, вспоминая свое детство, может рассказать какую-нибудь историю, начинающуюся словами: «Помню, был у нас один учитель...». Обычно речь идет о том или ином событии из школьной жизни, оказавшем заметное воздействие на становление личности. Эта могла быть ситуация, когда учитель поддержал школьника или проявил о нем заботу, или сделал что-то еще, что повысило его самоуважение. И наоборот, учитель мог нанести непоправимый вред ребенку, унизив его перед всем

классом, вызвав у него смущение и стыд, неправильно оценив его поступок, разрушив его уверенность в себе.

Толковый словарь русского языка трактует унижение как «оскорбление, унижающее достоинство» [4]. По Далю, унижать - значит «бесславить, поругать, лишать достоинства, порицать и осуждать уважаемое другими. Униженный человек - смиренный, весьма покорный, раболепный» [3]. Учитель, не уверенный в своей личностной и профессиональной компетентности, ощущает свою значимость только со смиренными, покорными учениками, он склонен принижать значение личности учащихся точно так же, как и своей. Именно такие учителя нередко проявляют неприязнь по отношению к детям, которые отличаются от своих одноклассников способностями, физическими данными, социальной принадлежностью или национальностью. Если доминантным психологическим состоянием учителя в классе является чувство незащищенности, у него повышается тревожность, он становится подозрительным в отношениях не только с учащимися, но и с их родителями, с коллегами. Причины такого недоверия часто коренятся в его детстве, в унижении и давлении не в меру авторитарными родителями или педагогами, которые выступали в качестве модели для идентификации. Поэтому учитель, склонный испытывать чувство незащищенности, нередко идентифицирует себя с авторитарными ролями, что влечет за собой как чрезмерную жесткость и властность, так и желание любой ценой утвердиться в глазах своих подчиненных, то есть учеников. Экстремальные установки и представления, связанные с самим собой, порождают у педагога и экстремальные формы поведения - от агрессивных и враждебных до пассивных и заискивающе льстивых, от явной невосприимчивости к мыслям и идеям учащихся до привычки идти у них на поводу, от стремления во что бы то ни стало уличить школьника в ошибке до полного равнодушия к знаниям учащихся. Такая обстановка непоследовательности и непредсказуемости может провоцировать у детей формирование механизмов психологической защиты и проявляться в имитации, бессознательном подражательном поведении, уподоблении учителю. Они могут начать самоутверждаться, цинично подыгрывая старшим или унижая своих одноклассников, постепенно перенося такое поведение в канву повседневной жизни.

Если ребенок, вся его личность, его внутреннее «я» подвергаются давлению, если он превращается в нечто крошечное и беспомощное, это оказывает влияние на его умственные способности, его действия становятся судорожными и бессмысленными, все мыслительные процессы затормаживаются. Разумеется, ребенок по-прежнему может выполнять элементарные манипуляции, он в состоянии совершать некоторые, даже сложные, умственные операции, но из его жизни исчезают легкость, спонтанность, творчество. В таких обстоятельствах дети теряют способность слышать свой внутренний голос. Если же в задачи учителя входит формирование у детей чувства собственного достоинства, то он должен представлять собой модель соответствующего поведения. Тогда ребенок будет не только осваивать школьную программу, но и активно развиваться в социальном плане. Учитель, для которого люди и их реакции являются более значимыми, чем вещи и формальные ситуации, внутренняя, психологическая сторона дела важнее внешней, вначале пытается понять точку зрения другого человека, а затем уже действовать на основе

этого понимания. Он доверяет людям и считает их способными решать свои жизненные проблемы, ждет от них проявления дружелюбия, а не враждебности. Успех работы такого учителя во многом обусловлен его способностью постигать внутренний мир ребенка, устанавливать с ним обратную связь.

Таким образом, получается, что феномен школьного унижения зарождается в недрах формальной школьной дисциплины. Превалирование успеваемости как ценности в системе обучения, культурный стереотип успешности, повсеместное применение оценки и конкурентной борьбы в школьной системе могут способствовать формированию у детей стремления строить отношения с миром на основании соперничества и воли к победе любой ценой. Несвобода детей в выборе деятельности, на основе которой они постоянно подвергаются оценке, может приводить к развитию бескомпромиссности, к неумению и нежеланию учитывать чужое мнение. Помощь в избегании подобных установок или, наоборот, усугубление их находятся во власти учителя.

Человек, испытывающий унижение с детства, во взрослой жизни утверждается унижением других. Поэтому унижение/самоутверждение следует рассматривать как единый комплекс, который по принципу цепной реакции захватывает всех участников учебно-воспитательного процесса. Эта цепочка бесконечных повторений и порождает из разнообразных дисциплинарных манипуляций власть безличности, формальности, «НОРМЫ». Именно такая власть производит школьную реальность со всеми описанными ритуалами, а все, кто прошел через нее, становятся ее продуктом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание. - М., 1986. - 408 с.
2. Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности. - СПб.: Знание, 1999. - 352 с.
3. Даль В. И. Толковый словарь русского языка. - М., 2002. - 736 с.
4. Ожегов С. И. Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка. - М., 1999. - 944 с.
5. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя. - Минск, 2000. - 672 с.
6. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. - М., 1999. - 374 с.

Л. В. Козуб

РЕЧЕВЫЕ ФОБИИ, ИЛИ «ЧТО СЛУЧИЛОСЬ С МОИМ ЯЗЫКОМ?» МДОУ ЦРР 165 (Оренбург).

Логопедом работаю в кабинете логопедической помощи и консультирования. За последнее время ко мне обращаются молодые люди с довольно специфической симптоматикой. Опишу случай:

Девушка 25 лет, Елена. На вопрос, какая у вас проблема, ответила: «Я не выговариваю букву RRRRRRRRRRRR» - довольно раскатисто произнесла она. В процессе беседы было установлено, что девушка очень страдает от своего дефекта, избегает употребления слов с этим звуком, заменяя их по смыслу. Елена испытывает дискомфорт в общении. Навязчивые мысли о неполноценности своей речи не дают ни о чем спокойно думать, выполнять

работу. Проблема усугубляется тем, что, акцентируя внимания на своей якобы «неполноценной» речи, она испытывает насмешки мужа, который, например, использует звук «Р» в любых словах: «Налей мне, пожалуйста, сруп (суп), дай йоргурт (йогурт)» и т. д. Как сама анализирует Елена, такое отношение связано с тем, что она «зациклена» на своей проблеме и озадачивала своим «несчастьем» всех окружающих ее людей долгое время.

Но обострение наступило в тот момент, когда в ЗАГСе (где она работает), ей поручили говорить торжественную речь. Это ответственное мероприятие совершенно выбило девушку из колеи, и она, обнаружив в торжественной речи сложнейшее слово «зарегистрироваться» (в котором, как мы видим, 3 звука Р), просто не смогла его произносить, с чем и пришла на консультацию.

А какова же ситуация на самом деле? Тщательное логопедическое обследование позволило сделать вывод, что речь девушки в норме, изолированно звук Р она произносит четко, да и артикуляционная позиция верна – кончик языка вибрирует перед передними верхними зубами на бугорках. Слова, предложенные для обследования звука Р, – рак, рыба, кора, сор и т. д. произносятся верно. В стихотворении звук Р также произносится верно. Но при произнесении слова «зарегистрировать» она действительно путалась и не могла выговорить это слово достаточно внятно. Так же страдали слова со звуком Р, произносимые ей самостоятельно со сложной слоговой структурой.

Елена посещала логопедов до нашей логопедической службы, но они говорили, что у нее нет патологии и отправляли «восвояси». А девушка продолжала мучаться, обращалась от специалиста к специалисту, понимая, что что-то не так.

Проанализировав ситуацию, можно сделать вывод, что логопедическая проблема в данной ситуации не основная.

Второй случай:

Девушка, 28 лет, Татьяна, главный бухгалтер. Обратилась с жалобами: плохая дикция, язык «неправильный» - уходит в бок, на языке нет «бороздки». Так же, как и в случае с Еленой, не может полноценно общаться с людьми, постоянно думает о своем дефекте. С ее слов, это мешает ей работать. Девушка провела ряд операций: сначала порезала уздечку, далее ортодонт работал над исправлением прикуса. Но с ее слов все напрасно. Проблема достигла критической точки. После проведения операции ортодонт сказал, что у «нормальных людей» в покое язык лежит во рту слегка оттянут кзади, кончик языка опущен вниз (цитирую дословно). Девушка призналась, что основная проблема в том, что она уже 5 лет пытается контролировать положение языка в покое, соблюдая позицию, предложенную ортодонтом, а язык таким образом лежать совершенно отказывается и встает «колом». От этой многолетней борьбы с самой собой девушка совершенно устала, слезы отчаяния на глазах. Мысли девушки все время заняты языком и собственным дефектным произношением. И чем больше она об этом думает, тем хуже она говорит.

Логопедическая диагностика показала, что все звуки изолированно и в словах Татьяна произносит верно, есть некоторый призвук (едва уловимый) при произношении шипящих, как будто звуки исправлялись логопедом, но

артикуляционная позиция не до конца усвоена. Татьяна повторяет правильно артикулируемые шипящие за логопедом. Но проблема есть и она гораздо глубже артикуляционного аппарата. Смушение и гнев на себя за придуманную немощность в речи – этот клубок чувств привел девушку в довольно плачевное состояние.

В последнее время очень часто к нам обращаются молодые люди с основными жалобами: я ужасно говорю, я стесняюсь говорить при людях, я не могу полноценно общаться, работать; все время думаю о своем дефекте. Сопровождается объяснение слезами. При этом обычно у таких людей нет речевой патологии или очень незначительная.

По нашему мнению здесь необходима комплексная работа, задачи, которой:

1. Психологическая (консультирование, преодоление фобий, комплексов, повышение самооценки, назначение аутотренингов, разумная психотерапия, медикаментозное лечение).

2. Логопедическая (работа над дикцией, силой голоса, дыханием, тренировки артикуляционного аппарата, азы фонетики, тренировки в публичных выступлениях).

Молодым людям, обратившимся к нам с подобными проблемами, мы предлагаем курс «Основы ораторского искусства», который включает следующие направления работы:

1. Развитие речевого дыхания.
2. Развитие силы голоса.
3. Формирование правильных артикуляционных укладов.
4. Работа над дикцией.
5. Артикуляционная гимнастика, направленная на развитие подвижности речевого аппарата.
6. Работа над стихотворениями, текстами, докладами, чистоговорками.
7. Упражнения, направленные на преодоление «речевых фобий».
8. Знакомство с основами русской фонетики.
9. Речевые игры–тренинги.

Но максимальная эффективность данной программы может быть достигнута только при психологическом сопровождении логопата, так как проблема психологического характера. Наш курс лишь помогает настроить голосовой аппарат, как настройщик настраивает фортепьяно, совершенствуя его тональность и чистоту. Комплекс же психологической поддержки в подобной ситуации - это разумная психотерапия, повышение самооценки, психологическая разгрузка, аутотренинг и т. д.

Совокупность логопедической и психологической работы позволяет голосу пациента «литься рекой», снимаются все запреты, спазмы и зажимы, уходят тревоги и страхи по поводу собственной речи. Возвращается чувство полноценности и гармонии в себе. А гармоничная личность - это и есть цель работы всех специалистов.

С. Э. Медведев

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)¹**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург).

Биологическое и психосоциальное в генезе и клинике шизофрении: семья больного шизофренией, особенности семейных историй и микро-социального климата

Проблема соотношения биологических и психосоциальных факторов в генезе и клинических проявлениях шизофрении сохраняет свою актуальность в связи с необходимостью развития современных комплексных подходов к терапии и реабилитации психически больных, особенно детей и подростков. К биологическому обоснованию своих концепций стремился и З.Фрейд. В его работе «О нарциссизме» 1914 г. [75], мы встречаем следующее утверждение: «Мы должны помнить, что все наши психологические гипотезы в один прекрасный день должны будут получить органическую базу». По данным большинства исследователей, генетическая природа шизофрении не вызывает сомнений [21-23; 27; 28; 120-122]. Многие детские психиатры при изучении шизофрении у детей, касаясь вопросов семейной патологии, также упоминают о частоте психозов и личностных аномалий у родственников в семьях детей, страдающих шизофренией [50; 52; 112]. Однако существует широкий диапазон взглядов на роль наследственности в манифестации заболевания и предопределенности его клиники и течения.

Данные об этиологической роли генетических факторов, полученные как клинически, так и во время специально проводившихся исследований (изучение конкордантности близнецов, «стратегия приемных детей» и др.), приводят М. Е. Вартанян [21; 23], В. А. Орлова и соавт. [43; 45], Н. П. Бочков [14], В. А. Орлова [44], К. Kendler, A. Gruenberg, J. Strauss [95]. Указывают также, что в этиологии играют роль многие факторы, и каждый из них ответствен за небольшую долю вероятности появления расстройства [118]. Предполагают и специфическое воздействие генетики матери на плод (если в семье больна шизофренией мать, то дети заболевают шизофренией в 5 раз чаще, чем если болен отец). Аналогичный «материнский эффект» зарегистрирован при некоторых типах умственной отсталости, генетическое происхождение которых не вызывает ни малейших сомнений [42].

Параллельно биологическим развиваются психогенетические концепции шизофрении, описывающие это заболевание с психодинамических и системных позиций. Большинство сторонников этого направления уделяют пристальное внимание отношениям в семье психически больного ребенка.

Развитие науки приводит к сближению позиций нейробиологического и

¹ Начало. Окончание см. в следующем выпуске.

психогенетического подходов. Как предполагает Е. Kandel [93], семейная психотерапия может помочь изменить отношение родителей к наследственным признакам у своих детей, а следовательно, оказать положительное влияние на экспрессию генов. Более того, познание себя в процессе психотерапии может само по себе оказать влияние на структуру и функции мозга. Он утверждает: «Последовательность генов не изменяется под влиянием окружающей среды, однако процесс транскрипции генов – способность гена направлять синтез отдельных протеинов – несомненно, зависит от средовых факторов и регулируется их влиянием. Влияние средовых факторов на экспрессию генов объясняет фенотипические различия между монозиготными близнецами, а также дискордантность таких заболеваний, как шизофрения. Наследственные характеристики детей влияют на качество родительской заботы, поэтому два ребенка, выросшие в одних и тех же условиях, на самом деле подвергаются воздействию совершенно разных средовых факторов». Аналогичных взглядов придерживается и Glen O. Gabbard [78].

В своих ранних работах М. Боуэн описывает шизофрению «...как природный процесс, который помогает поддерживать человеческую расу на должном уровне», отмечая, что «...слабости семьи фиксируются в одном человеке, который с наименьшей вероятностью вступит в брак и оставит потомство и который имеет все шансы умереть в молодом возрасте» [69]. Подобные выводы делает А. П. Коцюбинский [38], анализируя многочисленные данные о снижении фертильности больных шизофренией относительно здорового населения [22; 35; 49; 59]. Согласно эпидемиологическим данным [31], более половины (51.7%) больных, страдающих эндогенным процессом, не имеют семьи, что «лишает их естественной социальной поддержки» и снижает социальную компетентность.

Влияние системных взаимодействий на пенетрантность генов и морфологию общественных животных позволяет построить аналогии с некоторыми процессами в человеческой популяции. В. Greenberg [80], наблюдая за поведением ушастых окуней, в сообществах которых существует иерархия, установил, что устранение из аквариума окуня-изгоя повышает общую агрессивность друг к другу вплоть до появления в их среде новой рыбы – объекта канализации агрессии. Е. О. Wilson [127], исследовавший процессы взаимоотношения общественных насекомых отметил, что каждый муравей, рождаясь с приблизительно одинаковым набором генов, в дальнейшем превращается в царицу или рабочую особь в ответ на средовые стимулы, в зависимости от потребностей колонии, которая как система обладает регуляторными механизмами, обеспечивающими изменения в функционировании отдельных ее членов. Влияние социальной изоляции на общественных животных иллюстрирует пример Н. Harlow [84]. Он обнаружил, что, если новорожденных обезьян изолировать от соплеменников на срок от 6 месяцев до 1 года, а затем вернуть в стаю, их физическое здоровье сохраняется, но поведение отличается выраженными нарушениями. Эти обезьяны ползали в углу клеток и раскачивались вперед и назад подобно *аутистичным* детям. Они не общались с другими обезьянами, не дрались, не участвовали в играх, не проявляли сексуального интереса. Добиться частичной редукции развившегося синдрома удавалось с помощью суррогатной матери – покрытой шерстью женской

куклы. Такой суррогат устранял навязчивое поведение изолированной обезьянки, но не оказывал заметного влияния на развитие нормального социального поведения. Последнее становилось возможным лишь в тех случаях, когда экспериментальная обезьянка проводила несколько часов в день с другим обезьяньим детенышем, растущим в стае.

М. Боуэн [7] пишет: «Эмоциональный процесс в человеческой семье проявляется в том, что люди занимают разные функциональные позиции. Гиперфункционирующий человек обычно чувствует свою ответственность за эмоциональное благополучие других, старается компенсировать реальный или воображаемый дефицит их функционирования. Гипофункционирующий ... чувствует свою зависимость от гиперфункционирующего в тех вопросах, которые он не может или не хочет решать, ...доверяет руководить его мыслями, чувствами и действиями. И гиперфункционирующий не будет расценивать такую степень доверия как бремя». «Хронически больной гипофункционирующий индивид часто улучшает свое функционирование и может почувствовать чудесное избавление от своих симптомов, если его гиперфункционирующий партнер заболевает или умирает».

Психоаналитически ориентированные исследователи в поиске причинного фактора фокусировали внимание на нарушениях в отношениях между матерью и ребенком, приводящих к прочной фиксации на ранних стадиях развития и задержке формирования “Я”, которое остается слабым, неинтегрированным. Столкновение с трудностями и различными стрессами отбрасывает такое “Я” на архаические ступени развития. Бессознательные представления прорывают ненадежную цензуру и захлестывают сознание, вызывая мучительный страх, включающий защитные механизмы проекции, что и приводит к переносу возникших представлений во внешний мир и появлению различных галлюцинаций, “голосов” и т. д. [39; 51].

Н. S. Sullivan [119] в рамках теории объектных отношений рассматривал шизофрению как “security operation”, с помощью которой отщепляются области опыта, связанные с пережитым в раннем детстве чрезмерным страхом. F. Fromm-Reichmann [76; 77] ввела понятие “шизофреногенной матери”, предполагая, что ощущение неприятия, отторжения ребенка, вспоминаемое и переживаемое в дальнейшем, препятствует развитию психических и социальных навыков и приводит к развитию заболевания. Недостаточный позитивный опыт в ранних межличностных отношениях, по мнению S. Arieti [67], формирует слабое, хрупкое “Я” больных шизофренией.

В то же время, отношения в семьях происхождения больных шизофренией отличаются чрезмерной близостью и размытостью межличностных границ. R. Lidz и T. Lidz [105; 106] определяли симбиотическую связь родителей (чаще матери) с ребенком решающим фактором в развитии шизофрении: «матери как бы присасываются к своим детям и стремятся навсегда привязать их к себе». При этом психотические пространства матери и ребенка настолько смешиваются, что границы «Я» у ребенка «исчезают». М. Аммон [2] описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или «симбиотический комплекс», обычно складывающийся у ребенка с матерью. Г. Аммон [1] обозначая шизофрению, как «архаическое заболевание «Я»», считает ответственной за создание

патогенного поля не только мать, но скорее и всю в целом первичную группу, которая оказывается неспособной обеспечить ребенку здоровое развитие. Утверждение Н. Searles [114], что семья отказывает будущему больному в развитии собственной идентичности, поскольку использует его как объект вследствие страха потерять семейную идентичность, согласуется с дальнейшим развитием системных позиций.

Согласно положениям общей теории систем, элементы, входящие в целостную систему и ставшие ее частями, качественно изменяют свой характер и свое функционирование. Они утрачивают некоторые свои свойства и функции, передавая их целому, меняют свои качества и свое функционирование под влиянием образовавшегося целого таким образом, что их свойства способствуют сохранению целого, а их взаимодействие – его функционированию [26]. Л. фон Берталанфи [11] писал, что структура систем меняется не в процессе функционирования, а в процессе развития, длительной истории. Общей предпосылкой всех организационных действий системы и ее подсистем является история системы, ее прошлое, как указывали [7; 10, 65].

Как отмечал М. Bowen [70], возникновение психотической болезни – это попытка разрешения конфликта между естественным процессом взросления и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью. Психическое заболевание ребенка стабилизирует семейную систему, препятствуя психологической сепарации сына или дочери, вовлеченных в родительский конфликт. «Защита» гомеостаза системы от внешних влияний осуществляется при помощи описанного G. W. Brown et. al. [72] «резинового забора», проявляющегося в демонстрации видимости семейной гармонии при дистанцировании от внешнего окружения и избегании ситуаций, способствующих выявлению иллюзорности предъявляемого благополучия. В. Д. Вид [27; 28] дополняет, что взаимное подкрепление, с одной стороны, потребности матери в повышенном контроле над ребенком как компенсации собственной неуверенности в себе и, с другой стороны, социальной незрелости, потребности ребенка в повышенной социальной защите, освобождении от ответственности за самостоятельное принятие решений замыкают порочный круг, препятствуя социализации ребенка.

Это позволяет несколько шире воспринимать концепцию «двойной связи» (double bind), описывающей “шизофреногенные” коммуникативные нарушения в семьях больных шизофренией как стереотип одновременной передачи взаимно противоречащих сообщений на разных (вербальном и невербальном) уровнях с введением запрета на обсуждение самого процесса коммуникации [68]. Согласно G. Bateson [68], «этиология шизофрении имеет двойственный и сверхдетерминированный характер: «double bind», ...может вызвать явную шизофрению у того из детей, кому наследственно передалась бы эта черта характера — способность обучения этому способу взаимосвязи».

По мнению С. Минухина [131] открытие особенностей взаимодействия, которое виделось шизофреногенной средой, послужило причиной «недоверия к семье», которое проявилось в теории «двойной связи» G. Bateson. Эта тенденция «обвинения семьи» стала существенным препятствием на пути развития и популяризации семейной психотерапии. К. Маданес [40] раскрывает смысл «двойственных посланий» (double bind) через призму противоречий

внутрисемейной иерархии, описывая ситуацию, в которой мать занимает по праву родителя главенствующее положение по отношению к ребенку, но ребенок тоже управляет матерью либо силой симптоматического давления, либо вступая в коалицию с другими значимыми членами семьи. Как мать она должна руководить ребенком, но с учетом указанных обстоятельств она лишь выражает беспомощную просьбу, чтобы ее соблаговолили выслушать. В итоге в семье формируется две конфликтные иерархические структуры: и родители, и ребенок одновременно находятся и в главенствующем и в подчиненном положении друг к другу.

М. Сельвини Палаццоли [110] предлагает модель развития «патовой» ситуации в семье, приводящей к формированию психического заболевания, состоящую из шести стадий от неявных взаимных уколов и намеков с вовлечением ребенка в родительские отношения и его «выступлением» на стороне «обиженного», по его мнению, родителя в виде необычного, а затем и «симптоматического» поведения, приводящего к объединению супругов, воспринимаемому самим ребенком как «предательство». На последней стадии каждый член семьи получает некую «выгоду» из симптома, что невольно способствует его закреплению. Авторы отмечают также и важность связи родителей с их семьями происхождения и участие других детей в «родительской игре».

Механизмы межпоколенной передачи дисфункциональных паттернов взаимодействия раскрывает концепция патологизирующего семейного наследования Э. Г. Эйдемиллера [60].

Патологизирующее семейное наследование – это формирование, передача и фиксация паттернов эмоционально-поведенческого реагирования в направлении от поколения прародителей к поколению внуков в дисфункциональных семьях, вследствие чего личность делается малоадаптивной.

У прародителей (дедов и бабок) и родителей наиболее часто встречаются неосознаваемые личностные установки, формирующие у них эмоциональное отвержение детей и близких. К таким установкам относятся: неразвитость родительских чувств, проекция на близких собственных нежелательных качеств, неприятие детей по полу и другие. В результате этого у будущих идентифицированных пациентов закладываются определенные личностные параметры инфантилизма, а именно: эгоцентризм, незрелость познавательной и когнитивной сферы, нарушения полоролевой идентичности.

В качестве иллюстрации можно привести исследование D. Reiss и соавт. [111]. Изучено 708 семей: 93 семьи с двумя (по меньшей мере) монозиготными, однополыми близнецами подросткового возраста; 99 семей с дизиготными близнецами, 95 семей с «обычными» сибсами; 181 семью с сибсами, которых мать привела в новую семью; 110 семей, в которых сибсы воспитывались как приемные дети, а также 130 семей, в которых генетически не родственные между собой подростки воспитывались в приемных семьях. Конфликтное и негативное поведение родителей, направленное на одного из подростков, объясняет более 60% дисперсии признака антисоциального поведения и 37% - симптомов депрессии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ... дети в одной и той же семье могут иметь совершенно разный характер взаимодействия с родителями, что приводит к совершенно разным результатам. D. Reiss и его коллеги [111] отмечают также, что агрессивность родителей переплетается со

склонностью уступать принуждению со стороны ребенка, в связи с чем усиливается непоследовательность родительского воспитания.

Можно лишь добавить к этому, что причины как этой агрессивности, так и уступчивости сходны и подробно раскрываются в концепции патологизирующего семейного наследования Э. Г. Эйдемиллера [60]. Выделено три этапа патологизирующего семейного наследования.

На первом этапе у прародителей выявляются следующие личностные проблемы: неразвитость родительских чувств (у 36%), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (у 26%), предпочтение в ребенке качеств, не соответствующих его полу, например, предпочтение в девочках мужских качеств (у 60%).

На втором этапе под воздействием дисфункциональных отношений в прародительской семье у детей (будущих родителей) формируются такие черты личности, как инфантилизм (у 64%), эгоцентрическая направленность личности (у 64%), нарушения полоролевой идентичности (у 78%), а также неосознаваемые личностные проблемы, которые в будущем удовлетворялись за счет воспитательских действий с собственными детьми. Воспитательская неуверенность была выявлена у 70% обследуемых, предпочтение у девочек мужских качеств - у 74% родителей. Формирование этих установок прародителей и родителей автор в значительной степени связывает с идеологией и социально-экономическими условиями в СССР.

Искажение личностного развития на третьем этапе патологизирующего семейного наследования может выражаться в различных вариантах психопатологических проявлений.

Э. Берн [9] шутиливо отмечал, что как для формирования настоящей леди, так и для формирования шизофреника, надо начинать с бабушки. Сходные положения отражены в концепции М. Боуэна [6]. Он утверждал, что последовательное снижение уровня дифференциации семейной системы в течение трех поколений с большой долей вероятности приведет к появлению ребенка больного шизофренией. Дифференциация Я – краеугольный камень боуэновской теории, характеризует людей по степени слитности или разделенности эмоционального и интеллектуального функционирования. Аналогичное описание мы находим у «отца» учения о шизофрении Э. Блейлера [13] «Особенно важно, что при ассоциативной слабости [...] аффекты приобретают особую власть над мышлением: вместо логических сочетаний руководящую роль получают желания и описания, таким образом возникают самые нелепые бредовые идеи, открывается дорога чрезвычайно сильному аутистическому мышлению с его уходом от действительности, с его тенденцией к символике, замещениям и сгущениям». По М. Боуэну, понятие *дифференциации Я* определяет степень зрелости эмоционального функционирования человека, а динамику паттернов эмоционального реагирования в поколениях семьи описывает концепцией *межпоколенческого эмоционального процесса*.

Реактивность и тревога в супружеских отношениях часто передается следующему поколению с помощью *процесса семейной проекции*. Тот ребенок, который стал основным адресатом родительской тревоги, будет в гораздо большей степени открыт влияниям тревог не только ядерной, но и расширенной семьи, по сравнению со своими братьями и сестрами. Индивидуаль-

ный уровень дифференциации во многом задается уровнями дифференциации родителей. Их уровни дифференциации в свою очередь формировались в их детстве в прародительских семьях. Базовый уровень дифференциации примерно одинаков у родителей и детей, при этом тот ребенок, который был основным адресатом проекции родительской тревоги, будет обладать более низким уровнем дифференциации, чем его братья и сестры [6]. В концепции М. Боуэна также учитывается влияние социальных факторов и потрясений на развитие семейной системы.

Отечественные исследователи сообщают о влиянии исторических особенностей на формирование современных российских семей. Как пишет А.Я. Варга [19; 20] «...в России... основная масса населения страны – потомки рабов, крепостных крестьян..., разрешалось разлучать семьи, продавать раздельно детей и супругов. Таким образом транслировалась низкая ценность семьи. Систематически уничтожалось мужское население в войнах и репрессиях, особенно в 20-м веке. Во время Второй Мировой Войны в России практически была уничтожена мужская популяция 1923-24 года рождения. ...картина хорошей семейной жизни конкретной семьи обычно слишком сильно зависит от родительских моделей ...».

Э.Г. Эйдемиллер [60; 62] выделяет следующие особенности российских семей:

- Сохраняется патриархальная семья, состоящая из нескольких поколений.
- Границы между подсистемами диффузны, плохо структурированы; власть в семье нередко принадлежит прародителям.
- Во многих семьях в нескольких поколениях отсутствуют мужчины.
- Несколько поколений зависят друг от друга не только духовно, но и материально.
- Идеология тоталитарного общества сформировала жесткую систему принуждения и долженствования.
- Разрушение прежней идеологии и отсутствие новой, которая помогла бы сплочению и обретению чувства принадлежности и защищенности, привели к тому, что в обществе возросла потребность в иллюзиях и «чудесах».

Как чисто социогенетические, так и чисто биологические модели психических заболеваний несовершенны. Исторически возникшие понятия о том, что психозы обусловлены биологическими, а неврозы - социопсихологическими факторами, представляются неправомерно упрощенными и не соответствующими современному состоянию знаний [116].

Большинство современных исследователей придерживаются комплексного подхода, сообщая о взаимном влиянии факторов предрасположенности – специфической уязвимости и экзогенного стрессора различной, в том числе биологической или психосоциальной природы. Этой концепции соответствует модель стресс - диатеза, сформулированная J. Zubin [132; 133].

Сторонники комплексного биопсихосоциального подхода описывают шизофрению, как диатез-стрессовое заболевание. Так А. П. Коцюбинский и соавт. [38] отмечают: «При рассмотрении этиопатогенетических аспектов шизофрении целесообразен учет как психологической, так и биологической адаптации». Допускается существование биологической уязвимости

(«vulnerability») как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении [104; 109; 115; 132] и клинически определяемого психопатологического [54; 55] или шизотипического [30], «диатеза», понимаемого как особая сенситивность организма [97] по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развивается болезнь. Автор также прослеживает соотношение психотического состояния с адаптационными механизмами: «Поддержание позитивного восприятия себя пациентом чаще всего обнаруживается именно при психотическом уровне расстройств в остром периоде заболевания. Это подтверждает предположение о том, что «выбор» ребенком психотической симптоматики снижает уровень тревоги и позволяет ему почувствовать себя относительно комфортно. Этому способствует и отсутствие критики к болезни в остром периоде. Больной “находит объяснение” происходящему и не чувствует себя фрустрированным». То есть психоз становится своеобразной приспособительной реакцией в ответ на требования окружающей среды.

Выявление защитного характера развивающихся симптомов сближает эти утверждения с идеями социального конструктивизма, воспринятыми психотерапевтическими подходами эпохи постмодернизма. [62]. Больной ребенок выстраивает свою собственную историю, описывающую его понимание семейной и социальной «реальности» в приемлемой и объяснимой форме, избегая фрустрации и снижая уровень тревоги. По замечанию Р. Watzlawick [124]: «мы до тех пор остаемся в согласии с жизнью, с судьбой, с нашим существованием, с Богом, с природой, или как бы мы все это ни называли, пока конструируемая нами действительность ... остается *адаптированной* к нам, ... т. е. пока она нигде не причиняет нам боли».

Появление психотических расстройств, типологически сходных с явлениями древней организации психики [48], позволяет сохранить относительно интактной систему психологической адаптации и позитивное восприятие себя и окружающих. «Защитные психологические механизмы индивидуума — психологическая защита и копинг — направлены на удержание уровня конфликтности в пределах фонового. Однако в случае влияния внешних дополнительных факторов риска (воздействий внешней среды, как микро-, так и макросоциума), защитные психологические механизмы индивидуума не справляются с задачей удержания уровня конфликтности в пределах фонового, возникает состояние психологического стресса. Оно может быть обратимым в случае прекращения действия стрессорного фактора, а также при наличии и мобилизации резервных защитных механизмов. В противном случае такого «возврата к исходному» не происходит, что способствует искаженному реагированию индивида на различные социальные воздействия. Провоцируемая в результате этого ответная реакция со стороны окружающих включается в механизм «порочного круга», что усиливает «психосоциальную уязвимость» [10] к патогенному воздействию все большего количества жизненных событий. Под их влиянием происходит активизация генетически обусловленных механизмов уязвимости» [38].

Трудно не согласиться с В. Д. Видом [26], который пишет: «Решение сегодняшних проблем в психиатрии окажется возможным лишь когда общая психопатология и психодинамическая психология окажутся эффективно

встроенными в единый фундамент объективно установленного знания о функционировании человека». По словам В. Сатир [131], «Если системным подходом дополнить фрейдовское положение о том, что все мы несем в себе как разрушительное, так и созидательное начало, то перед психотерапевтом откроются новые возможности». Модель аналитико-системной семейной психотерапии, разработанная Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой [62-64] является важным вкладом в процесс объединения упомянутых подходов.

Психотерапия шизофрении. Возможности сотрудничества помогающих специалистов и синергизм подходов

В настоящее время имеется широкий диапазон подходов к лечению и реабилитации психически больных, базирующихся на различных теоретических концепциях. Так, из представления о том, что шизофрения вызвана исключительно определенного рода нейрогуморальной дисক্রазией, следует вывод о том, что ее можно излечить соответствующими нейротропными препаратами. Больной становится некоей биохимической абстракцией, объектом приложения психофармакологических препаратов, а любого рода психосоциальные воздействия - несущественными и в лучшем случае бесполезными [113].

Как мы уже указывали, психотическое расстройство позволяет больному сохранить пусть в необычной форме психологическую адаптацию и позитивное восприятие себя и окружающих [38]. Напротив, устранение или дезактуализация в процессе эффективной фармакотерапии продуктивных психопатологических симптомов (галлюцинации, бред) проявляет депрессивные и ипохондрические расстройства. Депрессивное поведение вызывает у родственников, а зачастую и у персонала одновременно участие, раздражение и желание устраниваться. Эти чувства блокируют друг друга, и чтобы избежать напряжения от переполняющих его противоречий окружающие требуют от больного «взять себя в руки», либо начинают проявлять чрезмерную активность [38]. Все это делает необходимой работу с семейной системой наравне с биологически ориентированной терапией и индивидуальной психотерапией.

Работа с семьями больных шизофренией является важным историческим этапом развития системного подхода в семейной психотерапии [7; 66; 68; 69; 70; 82; 83; 110]. Однако существенные терминологические расхождения отечественных и зарубежных исследователей в определении шизофрении, вплоть до отказа от постановки этого диагноза и применения собственных диагностических критериев, в том числе исключающих рассмотрение шизофрении как отдельного, принципиально отличного от неврозов заболевания или отрицающих нозологический подход в психиатрии как таковой, затрудняют анализ эффективности этой работы.

Так, М. Боуэн утверждает: «Шизофрения, психозы и неврозы – части одного континуума. Разница между шизофренией и неврозом скорее количественная, чем качественная» [69]. А в работе J. Haley «Learning and teaching therapy» [85] мы встречаем следующее утверждение: «Если человек слышит голоса или выглядит так, будто у него бред, медики забирают его к себе и пичкают лекарствами». И еще: «Если социальный работник считает, что человека с диагнозом «шизофрения» можно вылечить при помощи психотерапии и без лекарств, он оказывается в непримиримом конфликте с психиатром и медицинским учреждением».

М. Боуэн считал причиной постоянных теоретических споров в медицине о том, какие причины – психические или соматические – лежат в основе заболеваний, или о том, что важнее – наследственность или воспитание, отсутствие системного подхода, общего взгляда [7]. М. Боуэн [7] отмечает, что психотерапевт, врач, духовное лицо, присоединяясь к эмоциональной системе семьи, выполняют роль «значимого другого», модифицируя взаимоотношения и снижая семейную тревогу. Уместно вспомнить и утверждение М. Боуэна о том, что в случае «реактивного направления» семьи индивидуально ориентированным специалистом этого психотерапевта следует рассматривать как члена семьи. Под «реактивным» автор понимает направление к семейному психотерапевту пациента, в общении с которым у специалиста возникают выраженный эмоциональный дискомфорт. Следовательно, необходимым условием успешной работы становится распространение принципов циркулярности и нейтральности [110] и на этого участника терапии.

П. Куттер [39], придерживающийся психодинамических взглядов, пишет: «В психотерапии врачи или аналитики автоматически уподобляются родителям, сеющим смятение и вносящим путаницу. Только путем постоянного прояснения отношений с пациентом у последнего появляется шанс отчетливого осознания своих личных чувств и восприятий, способствующих росту его уверенности в себе». А. Я. Варга [18] полагает, что процесс, происходящий в «треугольнике»: пациент-психолог (психотерапевт)–психиатр, аналогичен «треугольнику» взаимоотношений в семье пациента. Анализ этого «треугольника» (пациент–психолог–психиатр) дает дополнительную информацию для понимания его жизненных историй. Г.Л. Будинайте [15] отмечает специфичность ситуации в нашей стране, «в силу которой не только постклассические направления, но и ... «классическая» системная семейная терапия продолжает оставаться еще малоизвестным и, в некотором смысле, даже революционным шагом в терапии, несмотря на то что для ее ... популяризации в русскоязычной аудитории сделано уже довольно много» [18; 57].

Аналитико-системная семейная психотерапия основана на синтезе парадигм психоанализа, системного и нарративного подходов [60; 64]. Вслед за М. Сельвини Палаццолли последователи этой модели придерживаются следующих принципов:

- Выдвижение психотерапевтических гипотез.
- Циркулярность.
- Нейтральность.
- Позитивное истолкование симптомов или проблем клиента и его семьи.

Авторы раскрывают суть своего подхода с помощью метафоры «скомканного письма». Каждое послание страдающего (больного) человека самому себе и другим людям подобно скомканному письму, одни слова в котором написаны отчетливо, а другие либо размыты слезами или кровью, либо отсутствуют вовсе. Требуется помощь психотерапевта, выступающего в семейной психотерапии в ролях посредника и переводчика. То есть «читается письмо» самого клиента, на его языке, без перечеркивания и исправлений со стороны психотерапевта.

Важной особенностью данной модели является привнесенный из нарра-

тивного подхода интерес к изучению уникального языка каждой семьи и осуществление коррекции семейных взаимоотношений с помощью коррекции языковых описаний. [63]. Нарративный подход связан с развитием и распространением постмодернистских воззрений и представляет собой проекцию постмодернистской позиции в область психотерапии. Отправной точкой здесь выступает идея не только относительности любого утверждения о реальности, но и их принципиального равенства, и, в силу этого, отказ вообще от какой-либо ориентации на идею объективного, абсолютно истинного и т. п. [53].

Аналитико-системная модель позволяет использовать преимущества нарративного подхода в построении общего языка для присоединения к семьям детей, больных шизофренией, трудность которого обусловлена особенностями их взаимоотношений между собой и с окружающим миром. Как пишет L. J. Spaniol et al. [117], члены семей больных шизофренией в большинстве случаев не рассматривают психотерапию как действительно им нужную, ожидая прежде всего информации, практических советов (как выживать с психически больным человеком) и длительной поддержки, необходимых для преодоления стресса.

Очевидно, этим объясняется преобладание в настоящее время в работе с семьями больных шизофренией психообразовательного подхода. Возможности применения аналитико-системной модели в психотерапии этих детей остаются недостаточно изученными.

Л. В. Ким

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Депрессии представляют собой актуальную проблему психического здоровья подростков в связи с увеличением распространенности, все более ранним началом возникновения, ростом уровня суицидов (Murphy and Wetzel, 1980), более 51% из которых связаны с наличием депрессии (Marttunen M. J., et al. 1991). Вместе с тем, депрессии среди подростков в своем большинстве были и остаются недиагностируемыми и, соответственно, нелечеными (Hogman C. H., McAnarney E. R., 1992).

За последние десятилетия были сделаны значительные успехи в области клинико-эпидемиологического изучения депрессивных расстройств, тем не менее многие аспекты остаются недостаточно изученными. В частности, показатели распространенности депрессивных расстройств в популяции подростков характеризуются существенным разбросом. Так, в клинической популяции распространенность подростковых депрессий варьирует от 5% до 33% (Robbins D. R., Alessi N. E., Cook S. C., et al., 1988). Однако, исследование болезненности, основанное на изучении клинической популяции, лишь частично отражает истинную распространенность того или иного расстройства и в большой степени зависит от уровня организации психиатрической службы в целом.

По данным исследований социальных факторов риска возникновения

депрессии у подростков, статус потенциально депрессогенных в связи с выявленными корреляциями получали различные социодемографические, психологические и семейные показатели. В частности, изучались корреляции с такими факторами как возраст, пол, этнос, социоэкономический статус, тип семейной дисфункции, стрессы в течение жизни, наличие психопатологии у родителей, низкий интеллектуальный уровень, наличие соматических заболеваний, низкая самооценка. Особое внимание при исследовании средовых депрессогенных факторов уделялось характеру взаимоотношений подростка с родителями и сверстниками, выявлению корреляций семейной дисфункции с депрессиями у подростков.

В исследовании Kandel D. B. and Davies M. (1982), проведенном среди 14-18-летних подростков-школьников Нью Йорка (N=8206), изучалась связь депрессии с различными социодемографическими, психологическими характеристиками (в частности, учитывался уровень образования родителей, степень близости к отцу и/или матери, желание быть откровенными с ними, потребление родителями алкоголя и наркотиков, наличие у них депрессивного настроения и т. д.), степенью включенности в среду сверстников. По данным исследования самая низкая вероятность возникновения депрессии была обнаружена у подростков, у которых отношения с родителями характеризовались как теплые, доверительные, с ровесниками - как активные, и чем выше был уровень включенности в среду сверстников, тем меньше была вероятность возникновения депрессии. У подростков из авторитарных семей и семей, где один из родителей страдает депрессией, риск возникновения депрессии был больше. Другие факторы, в частности, расовая принадлежность, религиозные убеждения, социальный уровень (оцениваемый в данном исследовании по уровню образования родителей) корреляции с депрессией не обнаружили.

Garrison C. Z. et al (1989) при исследовании социодемографических корреляций депрессивных расстройств в популяции старшеклассников (N=677) обнаружила, что в группе депрессивных подростков достоверно больше девочек, представителей национальных меньшинств, детей из неполных семей и из семей с низким экономическим статусом. На основании полученных данных исследователи пришли к выводу, что депрессивные расстройства выраженной степени не являются проявлением «обычного» пубертатного криза и что существует целый ряд социальных факторов риска возникновения депрессии. Дальнейшее изучение указанных социодемографических факторов, по мнению авторов, должно подтвердить их потенциально депрессогенную сущность.

Противоречивость результатов большинства клинико-эпидемиологических работ явилась свидетельством неоднозначности возможных корреляций подростковых депрессий с социодемографическими, семейными показателями, что послужило основанием для проведения целого ряда исследований по изучению депрессогенных социальных факторов, но уже с применением специальных методов изучения, в частности, тестовых. Одним из таких методов стал Тест Адаптационных Возможностей и Сплоченности Семьи (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, FACES-III, Olson D., 1985), представленный в качестве попытки связать воедино различные научные, теоретические и практические представления о семье. На основании трех категорий опросника FACES-III, разработанного Olsen D. H. исходя из создан-

ной им т. н. Нелинейной Модели Семейного Функционирования, исследуемые семьи попадают в разряд Сбалансированных Семей, Семей с Полярными (т. е. наиболее дисфункциональными) характеристиками и Семей со Средне выраженными значениями. По данным ряда авторов, исследовавших данную модель семьи, выявляется связь между уровнем эмоциональных отношений в семье, степенью автономности и депрессивными расстройствами (Keitner G. I. et al., 1991). Несмотря на значительный интерес и к опроснику и теоретическим построениям, лежащим в основе такого специфического рассмотрения семейной структуры, данные остаются весьма неоднозначными, и поиск модели семьи, характеристики которой позволяли бы должным образом анализировать и проводить адекватную коррекцию больных подросткового возраста с тревожными и депрессивными расстройствами продолжается.

Тем не менее, в исследовании Gore S. et al. (1992), проведенном среди 300 старшеклассников Англии с помощью теста FACES, была выявлена прямая корреляционная связь между отсутствием теплых эмоциональных отношений в семье и депрессией.

Таким образом, взаимосвязь депрессивного заболевания и типов семейных интеракций является предметом все большего числа научных изысканий, значительная часть которых подтверждает наличие ассоциаций между теми или иными характеристиками семьи и аффективными нарушениями (Keitner G. I., Baldwin L., 1985, 1992; Merikangas K. P., Prusoff B. A., 1985, Diamond G., Siqueland L., 2003).

Одним из наиболее значимых для подростков социальных факторов, корреляционные связи которого с депрессией остаются объектом пристального эпидемиологического изучения, является школьная успеваемость. Мнение исследователей относительно депрессогенности этого фактора различны: по некоторым данным (Kandel and Davies, 1982; Kashani et al., 1983; Costello et al., 1988; Williams et al., 1989), корреляционной связи не отмечено; по другим данным, такая зависимость существует (Bird et al., 1989; Fleming et al., 1989).

В связи с изучением данной корреляции интересными представляются выводы, сделанные Rubin C. et al. (1992) на основании результатов исследования роли некоторых стрессогенных факторов, в том числе слабой успеваемости, в формировании депрессии среди подростков-старшеклассников Новой Англии (США). При проведении множественного регрессионного анализа всех изучаемых показателей слабая успеваемость достоверно чаще выявлялась в группе подростков-мальчиков с эквивалентом депрессии в виде нарушенного поведения, тогда как «прессинг успеха» как фактор стресса коррелировал с депрессиями и у мальчиков, и у девочек, причем независимо от успеваемости, и у мальчиков был значительнее. Исследователи на этом основании сформулировали следующий вывод: прессинг успеха - мощный депрессогенный фактор, которому больше подвержены мальчики.

Преобладание девочек в группе депрессивных подростков - факт, доказанный многими эпидемиологическими исследованиями (Rutter M., 1985; Shaffer D., 1985; Fleming J. et al., 1989; Allgood-Merten B., et al., 1990; Gore S., 1992; Rubin C., 1992). Вместе с тем, в некоторых исследованиях корреляция депрессии с полом не была выявлена (Friedrich et al., 1982; Mitchell et al., 1988), а при проведении анализа влияния фактора пола на относительную

частоту формирования отдельных вариантов аффективных расстройств среди учтенного и неучтенного контингента подростков (Ермолина Л. А., Волошин В. М., 1987) преобладание подростков мужского пола было выявлено не только в большинстве выделенных клинических форм аффективной патологии, но и в различных по уровню расстройствах.

Изучение факторов, влияющих на различие показателей распространенности депрессии в зависимости от пола, позволило бы заполнить по замечанию Allgood-Merten.B. (1990) «...пробел в нашем понимании этиологии депрессии». Avison W.R. et al. (1992) при исследовании 306 старшеклассников установили после проведения факторного анализа ряда социодемографических и психосоциальных показателей, что некоторые стрессогенные факторы, в частности смерть кого-либо из близких, конфликты в семье, серьезные заболевания и травмы, чрезмерный контроль со стороны родителей, действуют неодинаково на представителей разного пола. Fleming J. et al. (1989) в своем исследовании также обнаружил, что девочек достоверно больше в группе депрессивных подростков, но только в подгруппах легких и умеренно выраженных депрессий, в связи с чем автор склоняется к выводу о том, что, возможно, девочки чаще предъявляют жалобы депрессивного характера, но не больше, чем мальчики, в действительности страдают выраженными депрессивными расстройствами. По мнению некоторых исследователей (Csikszentmihailui and Larson, 1984), девочек больше в группе депрессивных подростков в связи с большей значимостью для них проблем взаимоотношения с ровесниками.

Значимость стрессов в подростковом возрасте, незрелость психологических защитных механизмов, по мнению Avison W. R. et al (1992), являются причинами большей суммы баллов по опроснику депрессии CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff, 1977), которую набирают подростки по сравнению со взрослыми. Возможно, предполагают исследователи, столь значительные эмоциональные реакции у подростков на события в жизни связаны с несформировавшейся еще самооценкой, недостаточным социальным опытом, которые у взрослых являются поддерживающими факторами (протекторами) в период адаптации к стрессу.

В частности, по данным Аго Н. (1994), показатели распространенности депрессий у взрослых ниже, чем у подростков, и варьируют у мужчин, по результатам различных исследователей, от 2.6% до 5.5% (в среднем 4.0%), у женщин от 6.0% до 11.8% (в среднем 7.9%). У детей препубертатного возраста распространенность составляет от 0.5% до 2.5% (Kashani et al., 1983; Anderson et al., 1987; Fleming et al., 1989; Velez et al., 1989). Как упоминалось ранее, значительная по сравнению с взрослыми и детьми младшего возраста распространенность депрессий у подростков связана с воздействием большего количества стрессов и потрясений и, одновременно, с несформированностью факторов, являющихся протекторами стресса у взрослых.

Многообразие депрессий разного психопатологического уровня с различной степенью синдромологической сложности требует тонкой дифференциации при оценке степени участия определенных факторов в их происхождении (цит. по Вертоградовой О. П., Шахматову Н. Ф., Сосюкало О. Д., 1987). Данное утверждение справедливо, в первую очередь, для подростково-

го возраста, так как именно в этом возрастном периоде проявления психологического дистресса нуждаются в дифференциации с расстройствами психопатологического уровня. Как показали исследования, измененное представление о себе является одним из ключевых симптомов подростковой депрессии. Несмотря на неоднозначное, часто противоречивое понимание негативного представления о себе, описываемого некоторыми авторами в качестве причины депрессии, другими - в качестве симптома (Becker, 1977; DSM-IV, 1994), значительная по своей силе корреляционная зависимость отмечена во многих исследованиях (Harter & Marold, 1990; Дозорцева Е. Г., 1995).

Современная концепция Представления О Себе является в сущности многомерной и включает такие понятия, как представление о своем физическом облике, уровне социального, семейного функционирования, школьной успеваемости (Harter, 1989). Представление О Себе может быть понято как выражение смысла «Я» для субъекта, как некоторое устойчивое чувство в адрес собственного «Я», которое, несмотря на обобщенность, содержит ряд специфических модальностей, различающихся как по эмоциональному тону, переживанию, так и по семантическому содержанию соответствующего отношения к себе (Столин В. В., 1992). Изучение восприятия депрессивным подростком собственного «Я», его представления о себе позволяет определить характер влияния депрессии на формирование личности

Offer & Howard (1972) Offer, Ostrov & Howard (1977) разработали опросник для подростков (OSIQ, Offer Self-Image Questinnnaire), включающий 11 основных характеристик, в том числе уровень контроля импульсивности, эмоционального тонуса, мнение о семейных взаимоотношениях, планы на будущее, нравственные принципы, отношение к собственному сексуальному влечению, своей внешности, посредством которых мы можем узнать каким себя представляет подросток. OSIQ является опросником, широко применяемым (более 30000 подростков из 13 стран приняли участие в заполнении опросника) как на популяционном, так и на клиническом контингенте подростков. Основная направленность исследований с применением OSIQ - изучение специфических подростковых изменений и, в соответствие с этим, поиск тех особенностей в представлении подростка о себе, которые характерны для тех или иных психопатологических расстройств.

Используя OSIQ, Koenig, Howard, Offer et al. (1984) отметили, что по сравнению с подростками с нарушениями поведения и подростками без психической патологии их сверстники с единичным эпизодом большого депрессивного синдрома (MDD, по DSM-IV) обнаруживают более негативное представление о себе по 11 шкалам. Авторы также отмечают, что представление о себе коррелирует у подростков со степенью тяжести депрессии. Не до конца ясным остается вопрос о значении опросника в диагностическом плане. Teri (1982) при использовании регрессионного анализа всех 11 шкал OSIQ у 568 старшеклассников пришел к заключению, что наилучшими предикторами депрессии являются шкалы эмоционального тонуса, представления о собственном облике, уровне семейного функционирования, контроля импульсов. По данным Fine S., et al. (1993), проводившего исследование 93 депрессивных подростков амбулаторных клиник, предикторами депрессии у подростков являются две шкалы OSIQ: эмоциональный тонус и адаптация к внешнему

миру. Кроме того, как предполагает автор, шкала эмоционального тонуса может быть использована и при определении тяжести депрессии.

Депрессивные расстройства - диагностическая категория, наиболее часто представленная среди совершающих суициды подростков. По данным зарубежных авторов (Robins et al., 1959; Barraclough et al., 1974), расстройства настроения среди суицидентов встречаются от 45% до 77%. Было доказано, что 15% депрессивных больных совершают самоубийства (Sainsbury P., 1986), а завершённые суициды отмечены у 20% больных с нелечеными биполярными расстройствами (Goodwin F. K. & Jamison K. R., 1990). Среди психотических депрессивных больных, особенно с бредовыми переживаниями, риск совершения суицида в пять раз выше, чем среди пациентов с другими формами депрессии (Roose S. P. et al., 1983).

Суммируя все изложенные выше сведения по проблемам распространенности депрессивных расстройств в популяции подростков, социодемографическим, отдельным психологическим факторам, участвующим в возникновении депрессии, по распространенности отдельных синдромальных форм, следует отметить их важность и сложность как в теоретическом, так и в практическом отношении. При всей многочисленности публикаций по эпидемиологическим аспектам подростковых депрессий - в них не обнаруживается единства во взглядах исследователей на причины различия показателей распространенности; по-разному оценивается роль социально-средовых факторов в формировании депрессий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г., Вроно Е. М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков. - Журн. невропатол. и психиатр., 1983, № 10. - С. 1544-1547.
2. Байярд Р. Т., Байярд Д. Взаимоотношения подростков со взрослыми. - В кн. : Ваш беспокойный подросток. - М., 1991. - С. 65-98.
3. Братусь Б. С. Подросток и юноша. - В кн. : Психологические аспекты нравственного развития личности. - М., 1977. - С. 21-64.
4. Вертоградова О. П., Шахматов О. Д., Сосюкало О. Д. Возрастные аспекты депрессий. - В сб. : Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1987. - С. 5-14.
5. Дозорцева Е. Г., Самородская Н. Г. Самоотношение и способы разрешения проблем у девочек с девиантным поведением. - В сб. : Материалы Российской научно-практ. конф. «Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков». - М., 1996. - С. 52-53.
6. Ермолина Л. А., Волошин В. М. Эпидемиология и клиническая характеристика аффективных расстройств у подростков. - В сб. : Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М., 1987. - С. 40-44.
7. Иовчук Н. М. Эндогенные депрессии у детей. - Журн. невропат. и психиатр., 1983, № 10. - С. 1518-1522.
8. Кле М. Группа сверстников. - В кн. : Психология подростка. Психосексуальное развитие. - М., 1991. - С. 126-132.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей.

- М.: Медицина, 1979. - С. 607.

10. Краснов В. Н. Депрессия (психопатология, патогенез). - М., 1980. - С. 33-40.

11. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). - Л., 1985.

12. Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А. и др. О структуре психической патологии среди различных подростковых популяционных групп (клинико-эпидемиологическое исследование). - Журн. невропат. и психиатр., 1987, № 10. - С. 1497-1500.

13. Allgood-Merten. B., Lewinsohn P. M., Hops H. Sex differences and Adolescent Depression. - J. of Abnormal Psychology, 1990, 99, p. 55-63.

14. Aro H. Risk and protective factors in depression: a developmental perspective. Acta Psychiatr. Scand. Suppl., 1994, 377, p. 59-64.

15. Avison W. R., Mcalpine D. D. Gender Differences in Symptoms of Depression Among Adolescents. - J. of Health and Soc. Behav., 1992, 33, p. 77-96.

16. Barraclough B., Bunch J., Nelson B., et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. - Br. J. Psychiat., 1974, 125, p. 355-373.

17. Bird H. R., Canino G., Rubio-Stipec M., et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. - Arch. Gen. Psychiat., 1988, 45, p. 1120-1126.

18. Csikszentmihalyi M., Larson R. Being Adolescent: Conflict and Growth in the Teenage Years. 1984, New York, Basic Books.

19. Fine S., Haley G., Gilbert M., Forth A. Self-image as a predictor of outcome in adolescent major depressive disorder. - J. of Child Psychology & Psychiat. & Allied Disciplines, 1993, 34 (8), p. 1399-1407.

20. Fleming J. E., Offord D. R., Boyle M. H. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. - Br. J. Psychiat., 1989, 155, p. 647-654.

21. Friedrich W., Reams R., Jacobs J. Depression and suicidal ideation in early adolescents. J. Youth Adolesc., 1982, 11, p. 403-407.

22. Garrison C. Z., Addy C. L., Jackson K. L., et al. Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. - Am. J. Epidemiol., 1992, 135, p. 792-802.

23. Goodwin F. K., Jamaison K. R. Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 1990.

24. Gore S., Aseltine R. H., Colton M. E. Social structure, Life Stress and Depressive Symptoms in a High School-Aged Population. - J. Health Social Behav., 1992, 33 (June), p. 97-113.

25. Harter S., Marold D. A model of the determinants and mediational role of self-worth :implications for adolescent depression and suicidal ideation. - In J. Strauss & G. Goethals (eds). The self: an interdisciplinary approach. New York, Springer, 1991, p. 66-92.

26. Kandel D. B., Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. - Arch Gen Psychiat., 1982, 39, p. 1205-1212.

27. Kashani J. H., Carlson G. A., Beck N. C. et al. Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. - Am. J. Psychiat., 1987, 144, p. 931-934.

28. Mitchell J., et al. Phenomenology of Depression in Children and Adoles-

cents. - J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat., 1988, 27, p. 12-20.

29. Murphy H. B. M. The Epidemiological Approach to Transcultural Psychiatric Research. - In: Transcultural Psychiatry. A CIBA Foundation Symposium, ed. by A. V. S. de Reuck and R. Porter. London, 1965, p. 303-307, p. 347-353.

20. Offer D., Schonert-Reichl K. A. Debunking the Myths of Adolescence: Findings from Recent Research. -J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat., 1992, 31,6, p. 1003-1014.

31. Robbins D. R., Alessi N. E., Cook S. C. et al. The use of Research Diagnostic Criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. - J. Am. Acad. Child Psychiat., 1988, 21:251-5.

32. Roose S. P., Glassman A. H., Walsh B. T., et al. Depression, delusion, and suicide. - Am. J. Psychiat., 1983, 140, p. 1159-1162.

33. Rubin C., Rubinstein J. L., Stechler G. et al. Depressive affect in "normal" adolescents: relationship to life stress, family and friends. - Am. J. Orthopsychiat., 1992, 62, 3, p. 430-441, Jul.

34. Velez C. N., Johnson J., Cohen P. A longitudinal analysis of selection risk factors for childhood psychopathology. - J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat., 1989, 28, p. 847-850.

Е. В. Корень

ДЕТИ КАК ГРУППА РИСКА: ФОКУС НА ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДАХ Московский НИИ психиатрии МЗСР РФ (Москва).

Введение

Научные презентации с участием приглашенных экспертов по темам, выбранным программным комитетом, являются одними из наиболее популярных на ежегодных конференциях Педиатрического Академического Объединения (Pediatric Academic Societies). В этом году, совместно с Обществом Подростковой Медицины (Society for Adolescent Medicine), было поддержано проведение семинара, посвященного проблеме суицида у детей и подростков [1].

К участию были приглашены доктор Дональд Грейдэнус (Donald E. Greydanus) [2], профессор педиатрии и развития человека, Мичиганский Университет, Энн Эрбор; доктор Шерил Райан (Sheryl Ryan) [3], руководитель подразделения подростковой медицины педиатрического департамента Йельского Университета, Нью Хэвен; доктор Джозеф Каллес (Joseph L. Calles, Jr) [4], директор департамента детской и подростковой психиатрии, Мичиганский Университет, Энн Эрбор.

В презентациях поднимались такие вопросы, как эпидемиология суицидов, факторы риска совершения суицида, самоповреждающее поведение, выявление и оказание помощи пациентам с суицидальными мыслями или совершившим суицидальную попытку².

² В отечественной психиатрии обычно различают понятия суицид (завершенное самоубийство), суицидальная попытка и парасуицид. В данном материале весь спектр суицидального поведения обозначается как suicide, иногда с этим связаны неясности по тексту. В качестве причин приводится в основном депрессия. Недостаточно внят-

Эпидемиология суицидов

Несмотря на значительное внимание, уделяемое в последнее время в США, проблема суицидов среди молодежи продолжает вызывать серьезную озабоченность. На конференции в Вене в 1910 году (с участием Зигмунда Фрейда) участники высказали обеспокоенность растущим количеством суицидов среди молодых людей [4]. По иронии судьбы, выводы ежегодного доклада главного хирурга американской национальной службы здравоохранения в 1989 году [5] по проблеме суицидов в США были аналогичны достигнутому на Венской конференции: суициды и их причины остаются недостаточно изученными и требуются дополнительные исследования для исчерпывающего разрешения данной проблемы.

По данным, опубликованным в 2005 году Всемирной Организацией Здравоохранения, в мире отмечается около 877 000 суицидов ежегодно [6]. Примерно 200 000 из них совершают молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет. При этом отмечается, что уровень суицидов отличается среди различных культур и этнических групп. В США распространенность ежегодной смертности от суицидов составляет приблизительно 10-15 смертей на 100 000 человек [6]. Это примерно соответствует 31 655 смертям от суицида в 2002 году, из которых около 2 000 приходятся на долю молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет, еще 2 000 смертельных исходов – от 20 до 24 лет. Среди подростков и молодых людей, ежегодно совершающих суицид в США, примерно 90% страдают теми или иными психическими расстройствами, из которых большинство диагнозов составляет депрессия [7].

Исторически уровень суицидов в США колеблется [8]. Во времена экономической нестабильности 30-х годов отмечался высокий уровень суицидов, в 40-е годы он снижался, начиная с 50-х до 80-х гг. опять возрастал, совпадая с поколениями, родившимися в период бума рождаемости. Начиная с 90-х до 2004 года в целом отмечалось незначительное снижение уровня суицидов [9]. Д-р Грейдэнус высказал предположение, что это снижение может быть в какой-то степени связано с увеличением использования антидепрессантов за последние 10-15 лет [2].

Тем не менее, при проспективном рассмотрении уровень суицидов среди взрослых удвоился за период между 1960 и 2001 гг. Уровень суицидов среди подростков также удвоился за этот период. В соответствии с последними данными Национального Центра по контролю за болезнями, суицид является третьей ведущей причиной смерти среди молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет [10]. Травмы и убийства являются двумя другими главными причинами смерти в этой возрастной группе. Однако допускается, что некоторые случаи смерти, в целом относимые к этим категориям (например, въезд на машине в стену или убийства), могли на самом деле быть нераспознанными суицидами.

Хотя женщины чаще совершают суицидальные попытки, у мужчин чаще отмечается заверченный суицид. Данная тенденция частично объясняется тем, что мужчины обычно выбирают более летальные методы самоубийства,

но представлена аддиктивная концепция саморазрушающего поведения. Позитивным представляется положение о том, что суициды совершаются детьми и подростками с психическими расстройствами.

такие как использование огнестрельного оружия, транспортных средств и повешение. Женщины чаще выбирают в целом менее летальные методы, такие как отравление лекарственными препаратами или самопорезы. По данным, опубликованным в 2004 г., огнестрельное оружие использовалось в 49% завершенных суицидов среди подростков в возрасте от 10 до 19 лет; самоповешение в 38% случаев; самоотравление в 7% случаев [11]. В большинстве исследований демонстрируется соотношение между 40-60 суицидальными попытками к одному завершённому суициду [2].

Необходимо отметить, что уровень суицидов у детей возрасте от 5 до 14 лет также вырос за последние 30 лет и фактически увеличился вдвое с 1979 по 1992 годы [2]. В 90-е годы в этой возрастной группе отмечалось приблизительно 300 суицидов в год. Хотя за последние годы интерес к подростковым суицидам значительно вырос, значительно меньше внимания уделялось суицидам в более младшей возрастной группе – д-р Грэйденус считает это значительным упущением [2].

Было показано, что представления о суициде у детей и подростков обычно отличаются от взрослых. Мишара (Mishara) и др. [12] обнаружили, что детьми дошкольного возраста смерть представляется как засыпание, что справедливо вызывает вопрос о самой возможности совершения суицида в этом возрасте. Исследователи предполагают весьма вероятным, что дети, убивающие себя в этом возрасте, не понимают окончательности гибели.

В возрасте 6-7 лет 67% исследованных детей понимало, что любой человек в конечном счете умрет. Тем не менее, в препубертатном возрасте многие дети реально еще не воспринимают концепцию неизбежности смерти. В возрасте 12 лет 80% детей все еще не думали о возможности смерти у здоровых людей [12].

Считается, что в препубертатном возрасте депрессия обычно не вносит существенный вклад в совершение суицида. Суицидальность у маленьких детей чаще связывается с семейной дисфункцией, физическим насилием, злоупотреблением психотропными веществами или с шизофренией [13]. Сочетание суицидальных мыслей с разрушающим поведением в этой возрастной группе также ассоциируется со значительным возрастанием суицидального риска [14]. К тому же суицидальное поведение в детстве значительно увеличивает риск совершения суицида в подростковом возрасте.

Депрессия и другие факторы риска совершения суицида

Имеющиеся многочисленные данные предоставляют четкую доказательную базу о наличии связи между депрессией в детстве и/или подростковом периоде и суицидом. Олфсон (Olsson) и др. [15] установили, что 9% всех подростков совершают суицидальные попытки и 19% высказывают суицидальные мысли. В когорте депрессивных подростков от 35% до 50% совершали суицидальную попытку и от 5% до 10% подростков с диагностированным большим депрессивным расстройством совершают суицид к 15-летнему возрасту [13]. Среди выживших после суицидальной попытки 71% имел диагноз большой депрессии или дистимии; из них 64,5% - женского пола.

Факторы, связанные с риском суицида

Сравнение детей и подростков, совершающих суицидальные попытки, с контрольными группами в сообществе выявило отдельные факторы, ассоции-

рующиеся с повышенным суицидальным риском: расстройства настроения, психиатрические расстройства в семье, история жестокого обращения, суицидальные попытки в прошлом и доступность летальных средств для совершения суицида [16]. Молодые геи и лесбиянки, возможно, в связи с более высоким уровнем депрессии, чем у гетеросексуальных подростков, также имеют повышенный риск для возникновения суицидальных мыслей и суицида [17].

При проведении реконструкции случаев суицида, Гоулд (Gould) и др. [18] установили, что ведущими факторами риска совершения суицида у мальчиков-подростков были предыдущая суицидальная попытка на фоне большого депрессивного расстройства и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ). Для девочек большое депрессивное расстройство и злоупотребление ПАВ были двумя ведущими факторами риска. Семейная история суицидов также увеличивала в 3-5 раз риск совершения суицида. Дополнительные факторы риска включали чувство безнадежности, враждебность и негативную концепцию «Я» [19].

Сочетание расстройств настроения с нарушениями поведения также значительно увеличивает суицидальный риск [7, 20]. По данным проведенного в 1999 году исследования рискованного поведения молодежи, 17% обследованных подростков демонстрировали не менее 3 поведенческих проблем; эта группа охватывала 60% подростков, пытавшихся совершить суицидальную попытку. Проблемы поведения усиливали риск возникновения суицидальности. Для примера, наличие одной поведенческой проблемы увеличивало риск суицида в 2,3 раза по сравнению с молодыми людьми без проблемного поведения. У подростков с тремя поведенческими проблемами риск суицида увеличивался в 18,3 раз. Причем суицидальный риск продолжал нарастать по мере увеличения количества поведенческих проблем [20].

Сексуальное или физическое насилие в раннем детстве также способствует возрастанию риска совершения суицидальных попыток [21, 22]. Дополнительные факторы, связанные с суицидальностью, включают принятие обществом суицида (в пределах тех или иных религиозных запретов или социальных рамок), социальную изоляцию, пребывание в роли жертвы запугивания и издевательств, дисфункцию семьи и/или микросоциального окружения, значительные стрессовые события в жизни [4].

По мнению Грэйдэнуса, множество факторов влияет на увеличение риска совершения суицида – если спросить любого, планирующего совершить суицид, никто обычно не высказывает такой непосредственной готовности [2, 23]. Однако вопросы о суициде несут в себе несомненную пользу. Тем самым можно помочь предотвратить суицидальную попытку, давая понять пациенту, что о нем заботятся. Также это позволяет выяснить такие важные вопросы, как доступность оружия и лекарств, степень конкретизации суицидального плана, и уточнить наличие других факторов, связанных с усилением риска совершения суицида. Выявление суицидальных мыслей позволяет привлечь семью и друзей как союзников, тем самым укрепляя социальную поддержку потенциального суицидента, что способствует снижению риска совершения суицида.

Самоповреждающее поведение

Самоповреждающее поведение (СП) можно определить как умышленное стремление причинить себе физический вред без явного намерения совер-

шить суицид. Распространенность СП в настоящее время в США неизвестна [3]. По приблизительным оценкам, СП отмечается у 20-60% госпитализированных психиатрических пациентов с тенденцией к усилению тяжести поведенческих проявлений по мере увеличения глубины психопатологической симптоматики. Наличие выраженной психической патологии, включающей пограничное личностное расстройство, депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения пищевого поведения, злоупотребление ПАВ или травму, также связано с усилением риска возникновения СП [3].

Диагностические признаки СП включают:

- умышленное желание нанести себе физический вред,
- невозможность противостоять импульсу повредить себя,
- повреждение, но не смерть, является желаемым конечным результатом.

В исследовании 6000 15-16-летних английских подростков 6,9% наблюдались проявления СП в течение последних 12 месяцев [24] со значительным преобладанием у девушек – 11,2% к 3,2% у мальчиков. Двенадцать процентов подростков, нанесших себе повреждения, вынуждены были обращаться за медицинской помощью.

Было показано, что СП у этих подростков могло возникать как результат непреодолимого побуждения. Следование импульсу позволяло снять напряжение путем нанесения самоповреждения, что давало временное облегчение. Однако у большинства напряжение неизбежно возвращалось. Если первоначально СП приводит к облегчению состояния, то это увеличивает риск повторения данного поведения. В этой связи СП рассматривается как аддиктивное по характеру. Сюда также можно отнести некоторые случаи злоупотребления медикаментами и передозировки лекарств [24].

В этом исследовании также были установлены некоторые факторы риска и предикторы возникновения СП. Для обоих полов определенную роль играли случаи СП в семье, злоупотребление психотропными веществами и низкая самооценка. Сексуальное насилие и жестокое обращение также значительно увеличивали риск СП. Для девочек недавнее СП у друзей, тревожность и импульсивность были связаны с СП; дополнительным фактором для мальчиков было суицидальное поведение у друзей. [24].

Хотя было подчеркнуто, что СП не должно рассматриваться как шаг навстречу суициду, определенная связь между СП и суицидом может существовать. Изучение детей, госпитализированных в психиатрические клиники, показало, что у 63% пациентов с СП отмечались частые суицидальные мысли; из них 73% совершали суицидальную попытку в предшествующие 6 месяцев [25]. Однако, 74% детей с СП заявили, что они нанесли самоповреждения, чтобы снять невыносимое напряжение, без намерения покончить с собой. Утверждение, что СП не является прелюдией к суициду, в целом поддерживается тем, что при СП используются менее летальные методы, чем при суициде. Другое отличие заключается в том, что СП является более аддиктивным по характеру.

Несмотря на предложенные этиологические объяснения, в настоящее время нет единодушного мнения о причинах СП [3]. Предполагается, что психотравмирующий опыт в детстве ограничивает адаптивные способности ребенка. Концепция недостаточного приспособления является основным

принципом теории нарушения аффективного регулирования, где СП рассматривается как незрелый механизм совладания с ситуацией, используемый теми, кто не смог в детстве усвоить более адекватные механизмы. [25]. Д-р Райан [3] подняла вопрос: является ли на самом деле СП, несмотря на адаптивный характер, лучшим копинг-механизмом, чем суицид? Другое потенциальное объяснение сводится к тому, что боль, вызываемая СП, может уменьшать или помогать преодолеть диссоциированность переживаний, возвращая индивида обратно к реальности, и, тем самым, служит в качестве связующего звена с настоящим. Также возможно, что то внимание, которое ребенок может получить демонстрируя СП, может служить способом влияния на окружающих и достижения контроля над своим окружением [3].

Согласно биологическим теориям, СП может быть связано с низким уровнем серотонина, совпадая тем самым с депрессией. Согласно другой биологической теории, у пациентов с СП может отмечаться истощение эндогенной опиоидной системы. При этом постулируется, что экстремальные ситуации, такие как СП, подобными индивидами используются для запуска опиоидной системы.

Стратегии вмешательства при СП

Низкий уровень обнаружения СП медицинскими работниками, родителями и другими взрослыми ставит вопрос об эффективном выявлении СП, что является первым шагом для любых последующих мероприятий. Ранее уже предлагалось, чтобы клиницисты обращали особое внимание на пациентов, которые носят чересчур скрывающую тело одежду и осматривали кожные покровы на визитах подростка к врачу, всегда осведомляясь по поводу замеченных шрамов и рубцов [3].

Хотя фармакотерапия может включаться в лечение СП, особенно в случае сочетания с депрессией, поведенческая психотерапия, особенно диалектическая, выглядит более обещающей. Этот подход фокусируется на неэффективных способах разрешения проблем и предлагает более адаптивные навыки [26]. Шаги в направлении предупреждения СП включают стабилизацию эмоционального состояния, предотвращение ранних детских травм или их лечение, а также помощь в улучшении копинг-стратегий посредством когнитивной терапии.

Идентификация и оценка суицидальных мыслей и поведения

По имеющимся данным, у молодых людей наличие одной суицидальной попытки пятнадцатикратно увеличивает риск совершения суицида [27]. Поэтому первичное обследование после совершенной суицидальной попытки должно быть направлено на четкое выявление суицидальных намерений. На основе изучения обширной литературы, касающейся помощи подросткам с суицидальными мыслями или попыткой, Кеннеди (Kennedy) и др. [28] рекомендуют получить следующую информацию:

- частота и длительность суицидальных мыслей;
- наличие плана совершения суицида, особенно его детальность и потенциальная летальность выбранного метода;
- наличие суицидальных попыток в прошлом;
- доступ пациента к летальным способам суицида;
- наличие в прошлом или настоящем психических расстройств, акцен-

тируя внимание на диагнозе и медикаментозном лечении;

- имеет ли место употребление алкоголя или ПАВ;
- наличие психических расстройств, злоупотребления ПАВ и суицидальных попыток в семье;
- взаимоотношения между пациентом и родителями или опекунами;
- физическое или сексуальное насилие над пациентом в прошлом;
- сексуальная ориентация пациента.

Также существенным является выявление стрессовых факторов и оценка аргументированности утверждений пациента о наличии оснований для продолжения жизни [2].

Внебольничная помощь при суицидальных попытках

Кеннеди и др. [28] также сформулировали критерии для оказания помощи суицидентам во внебольничных условиях. Особо оговаривается, что если пациент не соответствует *любому* из них, он должен быть госпитализирован:

- не требуется стационарного лечения для таких расстройств, как бред;
- отсутствие в прошлом суицидальных попыток или психических расстройств;
- у пациента нет активных суицидальных тенденций;
- подросток должен находиться дома под присмотром взрослого, находящегося с ним в хороших отношениях и готового наблюдать за ребенком;
- взрослыми должны быть убраны из дома все средства, с помощью которых можно покончить с жизнью;
- пациент и взрослый должны иметь четкое понимание неотложных контактных процедур и незамедлительного обращения при необходимости оказания дополнительной помощи;
- пациенту должна быть обеспечена дальнейшая медицинская помощь;
- пациент и взрослый должны быть согласны следовать лечебному плану и выполнять все рекомендации.

Несмотря на то что суицидальный контракт (с пациента берется обещание не совершать суицид до следующей встречи с врачом) имеет ограниченную ценность, он может способствовать снижению краткосрочного риска совершения суицида [4, 29]. Лечебный контракт должен включать постановку задач и проверку их исполнения в плане достижения реально выполнимых целей в будущем, а также содержать шаги, нацеленные на улучшение психического и эмоционального состояния пациента.

Лечение суицидального поведения

В первую очередь должен быть оценен психический статус пациента и идентифицированы стрессовые факторы. При наличии депрессии рекомендуется сочетание когнитивной терапии и медикаментозного лечения [2, 4].

Грэйдэнус и Каллес также высказались по поводу недавних опасений в связи с усилением суицидального риска при использовании для лечения депрессии антидепрессантов-ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRI). В 2005 г. Американское Агентство по Контролю над Продуктами и Лекарствами (FDA) установило для них «black box» предупреждение (препарат с невыясненными свойствами) как для группы препаратов, вызывающих повышение суицидального риска у детей и подростков, принимающих данный тип антидепрессантов. Тем не менее, некоторые эксперты не уверены в

оправданности этих опасений [30, 31]. Они указывают на то, что для лечения депрессии в США наиболее часто назначаются именно SSRI-антидепрессанты. Поэтому нельзя не учитывать многочисленные данные о наличии четкой связи между депрессией и усилением суицидального риска.

К тому же, по другим данным, уровень суицидов в целом не увеличился за последние 10 лет, хотя использование SSRI-антидепрессантов существенно возросло за тот же период времени [15]. С учетом этой информации, по утверждению д-ра Грэйдэнуса, потенциальная связь между использованием SSRI-антидепрессантов и суицидами не выглядит вполне установленной, по крайней мере, с эпидемиологических позиций [2].

Несмотря на продолжающиеся дебаты, применение SSRI-антидепрессантов дает существенные преимущества в лечении [31]. Д-р Каллес повторил, что нелеченные депрессии четко связаны с очень высоким риском суицида, значительно большим, чем среди пациентов, получающих лечение антидепрессантами [4]. По его словам, общее соотношение в отношении усиления суицидальной идеации при лечении депрессии составляет 9 к 56, что означает шестикратное преобладание пациентов, получающих выгоду от лечения, по сравнению с теми, у кого может отмечаться усиление суицидальности.

Использование SSRI-антидепрессантов у детей и подростков остается весьма непростым вопросом для многих клиницистов. Если предполагается их назначение, необходимо провести откровенное обсуждение между врачом, пациентом и родителями с обязательным информированием о потенциальных рисках и преимуществах. В настоящее время, только флуоксетин (прозак) официально одобрен FDA для лечения большого депрессивного расстройства у детей [4].

Комментарии рецензента

Системное изложение большого количества материала по суицидам представляется, несомненно, полезным для профессионалов. Во первых, тот факт, что суициды являются третьей ведущей причиной смерти среди подростков в США призывает к сплочению всех специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи. Поскольку основные ресурсы направлены на предупреждение травматизма (причина смерти № 1), нам следует добиться большего внимания к суицидам как к проблеме общественного здоровья в целом, а также становиться все более осведомленными в отношении причин и условий возникновения суицидальных мыслей и совершения суицида среди популяции наших пациентов.

В дополнение к этому, выраженные поведенческие нарушения и некоторые социодемографические факторы статистически достоверно способствуют увеличению суицидального риска у подростков. Специалисты должны быть осведомлены о настораживающих признаках, с тем чтобы своевременно начать и осуществить всестороннюю оценку пациента с суицидальными мыслями или попыткой. Кеннеди и др. [28] предоставили хорошие детализированные рекомендации, касающиеся факторов риска, и инструкции, как действовать в подобной ситуации.

В заключение, хотя большинство педиатров и других работников, сталкивающихся с суицидальными детьми и подростками, вероятно, предоставят проведение фармакотерапии и поведенческой терапии соответствующему специалисту, они могут играть важную центральную роль как первичное звено в

оказании помощи, включая частые встречи с пациентом, помогая пациенту и/или родителям развеивать ложные представления о лечении и выявляя возможное ухудшение в течение времени, точно указывая возможные содействия.

ССЫЛКИ

1. Pediatric Academic Societies/Society of Adolescent Medicine. Program and s of the Pediatric Academic Societies' 2006 Annual Meeting; April 29-May 2, 2006; San Francisco, California.
2. Greydanus DE. Epidemiology and assessment of suicidal behaviors and depression. Program and s of the Pediatric Academic Societies' 2006 Annual Meeting; April 29-May 2, 2006; San Francisco, California.
3. Ryan S. Cutting and other self-injurious behaviors. Program and s of the Pediatric Academic Societies' 2006 Annual Meeting; April 29-May 2, 2006; San Francisco, California.
4. Calles JL. Management and prevention of suicide, depression and self-injurious behaviors. Program and s of the Pediatric Academic Societies' 2006 Annual Meeting; April 29-May 2, 2006; San Francisco, California.
5. US Public Health Service. Mental Health: A Report of the Surgeon General. 1989. Available at: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/features/surgeon-generalreport/toc.asp>. Accessed June 30, 2006.
6. World Health Organization. Suicide rates and absolute number of suicide by country. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Accessed June 30, 2006.
7. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75:676-683.
8. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005;293:2487-2495.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Homicide and suicide rates --- National Violent Death Reporting System, six states, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54:377-380.
10. Centers for Disease Control and Prevention. WISQARS leading causes of death reports, 1999 - 2003. Available at: <http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html>. Accessed June 30, 2006.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Methods of suicide among persons aged 10--19 years --- United States, 1992--2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53:471-474.
12. Mishara BL. How the media influences children's conceptions of suicide. *Crisis*. 2003;24:128-130.
13. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:655-662.
14. Pfeffer CR. Suicide in mood disordered children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:639-647.
15. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:978-982.

16. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1497-1505.
17. van Heeringen C, Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35:494-499.
18. Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:155-162.
19. Rutter PA, Behrendt AE. Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. *Adolescence*. 2004;39:295-302.
20. Miller TR, Taylor DM. Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35:425-435.
21. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl*. 2004;28:863-875.
22. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse Negl*. 2004;28:491-503.
23. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:1635-1643.
24. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002;325:1207-1211.
25. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1333-1341.
26. Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *J Personal Disord*. 2004;18:73-89.
27. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2001. *MMWR Surveill Summ*. 2002;51:1-62.
28. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7 suppl):S24-S51.
29. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med*. 2004;43:452-460.
30. Brent DA. Antidepressants and pediatric depression--the risk of doing nothing. *N Engl J Med*. 2004;351:1598-1601.
31. Bridge JA, Salary CB, Birmaher B, Asare AG, Brent DA. The risks and benefits of antidepressant treatment for youth depression. *Ann Med*. 2005;37:404-412.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

**III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

С 23 по 26 мая 2006 г. в Казани прошел очередной, III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», являвшийся продолжением предыдущих форумов специалистов, которые прошли в Москве (2001) и Минске (2003). Конгресс проходил под эгидой Министерств здравоохранения и социального развития РФ, Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казанского государственного медицинского университета, Ассоциации детских психиатров и психологов России, Министерства по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан.

В Конгрессе приняло участие около 400 специалистов из более чем 35 регионов Российской Федерации и 7 СНГ. В состав участников вошли психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, педагоги, социальные работники, оказывающие медико-психологическую и социально-педагогическую помощь детям и подросткам.

Работа Конгресса включала пленарные и секционные заседания, круглые столы, а также лекции и мастер-классы ведущих специалистов. Конгресс открылся проблемным докладом главного детского психиатра МЗСР РФ Е. В. Макушкина (Москва) «Принципы совершенствования медицинской помощи в области охраны психического здоровья детей», в котором были поставлены вопросы организации психиатрической помощи детям и подросткам, приведены данные о распространенности отдельных психических и поведенческих расстройств. Доклад В. Д. Менделевича (Казань) «Возрастная аддиктология» был посвящен проблеме зависимого поведения в детском и подростковом возрасте и был направлен на анализ механизмов формирования аддиктивных расстройств, их адаптивного и дизадаптивного характера. В докладе Е. О. Смирновой (Москва) «Дошкольник в современном мире» основное внимание было уделено проблеме влияния родительского воспитания на психическое здоровье детей. Анализировалось также влияние средств массовой информации и игровой деятельности. Сообщение А. Л. Венгера и Е. И. Морозовой (Москва) было посвящено опыту оказания экстренной психологической помощи детям, пострадавшим во время террористического акта в Беслане. Авторы описали типичные психологические проблемы, возникавшие у детей и в семьях заложников, поделились опытом практической работы. Доклад И. Ф. Сибгатуллиной (Казань) «Взаимосвязь этнической функции культуры и психосоматических расстройств в контексте диссинхронии» был посвящен междисциплинарной проблеме. В нем делался вывод о том, что явление диссинхронии одаренных детей нередко обусловлена «культурной дезинтеграцией». Теме «Методологии построения современной периодизации психического

развития» был посвящен доклад М. М. Семаго и Н. Я. Семаго (Москва).

Второе пленарное заседание открылось докладом Э. Г. Эйдемиллера (Санкт-Петербург) «Краткосрочная аналитическая психодрама детей, подростков и взрослых». Автор поделился богатым опытом проведения психотерапевтических сессий, привел конкретные примеры, рассказал о принципах эффективной психотерапевтической работы. Ю. С. Шевченко и В. А. Корнеева (Москва) представили доклад «Художественное творчество ребенка: психология, психопатология, психотерапия», в котором осветили проблему эволюционно-биологической обусловленности экологического инстинкта и предложили отнести арттерапию к самостоятельному методологическому направлению. А. А. Северный (Москва) в своем докладе обобщил многолетний опыт исследований психосоматических расстройств у детей и подростков, подчеркнув неразрешенные проблемы оказания помощи при такой патологии в педиатрии. Н.М. Иовчук очертила многообразные организационные проблемы процесса интеграции детей с психической патологией в естественную образовательную среду. В докладе А. Ю. Егорова (Санкт-Петербург) «Современная типология химических аддикций» была приведена новая авторская классификация несубстанциональных зависимостей. В заключение пленарного заседания В. М. Волошин (Москва) изложил некоторые аспекты современной психофармакотерапии в контексте детско-подростковой психической патологии.

12 секционных заседаний и 4 круглых стола охватывали весь круг проблем детско-подросткового психического здоровья и были посвящены следующей проблематике:

1. РЕБЕНОК И СЕМЬЯ (семья как саногенный и патогенный фактор психического здоровья ребенка; семейный контекст развития личности; формирование психологической культуры личности и семьи; воспитательные технологии в решении проблем ребенка и его семьи; проблемы самопознания и самовоспитания на основных этапах онтогенеза; дети, лишенные семьи, – проблемы адаптации и социально-психологической реабилитации).

2. РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО (макросоциальные влияния на развитие и адаптацию подрастающего поколения; проблемы и риски современного образования в социальном и психическом здоровье детей и молодежи; СМИ и проблемы информационного воздействия на социально-психологическое здоровье подрастающего поколения; позитивные и негативные тенденции в отношении современного социума к лечению ребенка с психическими расстройствами; права ребенка в контексте охраны его психического здоровья и защиты от социальной стигматизации; взаимосвязь психологического здоровья и психологической культуры личности; культурно-психологические и здоровье сберегающие аспекты оценочной деятельности взрослых; психосоциальные влияния детских и молодежных организаций; формирование оптимального отношения человека к своему здоровью на основных этапах жизненного пути).

3. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (организация служб психического, психологического и социального здоровья детей и подростков (традиционные и инновационные модели); психолого-педагогические и психопатологические аспекты адаптации ребенка в учреждениях образования; психосексуальные аспекты развития ребенка и подростка; общие и парциальные задержки психического развития – патофизиология, психопатология, коррекционная педа-

гогика; аутистические и парааутистические расстройства – диагностика, коррекция, абилитация; междисциплинарные проблемы микросоциального стресса и совладающего поведения; психология, психиатрия и коррекционная педагогика раннего возраста; возрастные аспекты «психологического здоровья»: теория и практика; клинические и параклинические проблемы психического развития ребенка; возрастная психопатология – вопросы комплексной профилактики, диагностики и коррекции).

4. ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ В СОХРАНЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ (культурно-психологические аспекты лечебной педагогики, психотерапевтических технологий и консультативной работы; игровая деятельность ребенка как определяющий фактор его развития и адаптации; влияние современной среды на особенности детской игры; биологические и социально-психологические факторы зависимости и ее коррекции у детей и подростков - нарко- и токсикомании, гэмблинг, Интернет-зависимость, сектомании и др.; ВИЧ-инфицирование у детей и подростков: профилактика и реабилитация; девиантное и делинквентное поведение несовершеннолетних: патогенетические и коррекционно-реабилитационные аспекты; опыт и проблемы социально-педагогической и психолого-психиатрической помощи детям в чрезвычайных ситуациях; эффективные модели социально-психологической помощи ребенку и семье; социально-психологическая реабилитация соматически больных детей и подростков; современная психофармакотерапия в детском и подростковом возрасте; нейропсихология детского возраста: диагностические и коррекционные аспекты; педагогическая, психокоррекционная и социально-реабилитационная работа с семьями психически больных и социально дизадаптированных детей и подростков).

5. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ (перспективы международного научно-методического и организационного взаимодействия в решении проблем охраны психического здоровья детей и подростков; проблема организации реабилитационных сред; стихийная адаптация в естественной социальной среде ребенка с патологическими особенностями развития; междисциплинарная подготовка и взаимодействие педагогов, психологов, работников здравоохранения и социальных педагогов; проблема «эмоционального выгорания» специалиста, работающего с детьми; психогигиенические, психопрофилактические, психокоррекционные и социально-реабилитационные проблемы образовательных учреждений; современное состояние и перспективы организации и нормативно-правового обеспечения психологической и психиатрической помощи детям и подросткам).

В ОТКРЫТЫХ ДИСКУССИЯХ были обсуждены организационные проблемы психокоррекционной работы с ребенком и семьей, игровая деятельность ребенка как определяющий фактор его развития и адаптации, проблемы применения современной психофармакотерапии детям и подросткам, опыт и проблемы социально-педагогической и психолого-психиатрической помощи детям в чрезвычайных ситуациях).

По результатам деятельности Конгресса был принят Меморандум.

В. Д. Менделевич

**МЕМОРАНДУМ
III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

23-26 мая 2006 г. по инициативе Ассоциации детских психиатров и психологов, при участии Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства здравоохранения Республики Татарстан и при поддержке Министерства образования и науки РФ в г. Казани на базе Казанского государственного медицинского университета состоялся III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», в котором приняло участие более 400 представителей различных специальностей (психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов и др.) из Российской Федерации и стран СНГ.

Конгресс установил, что состояние психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения по ряду показателей болезненности и заболеваемости остается неудовлетворительным, как неудовлетворительна и организационная ситуация деятельности и подготовки профессионалов, так или иначе соприкасающихся с проблемой охраны психического здоровья детей и подростков. Выявлен ряд общих для стран СНГ актуальных социально-психологических проблем: рост социального сиротства, детской безнадзорности, криминальности, болезней зависимости, сохранение высокой суицидальной опасности.

III Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» считает необходимым обратиться в органы законодательной и исполнительной власти, к общественным структурам России с предложениями о решении наиболее острых проблем, стоящих на пути создания полноценной общегосударственной системы охраны психического здоровья подрастающего поколения:

1. Разработка и внедрение механизма более широкого привлечения детских психиатров, психологов, педагогов и других специалистов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов (в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи), в том числе их участия в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

2. Разработка и внедрение механизма привлечения указанных специалистов к работе Федеральной службы по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия РФ, а также других органов государственной власти и общественных организаций для дачи экспертных заключений по вопросам последствий воздействия продукции СМИ и массовой культуры на психическое и нравственное развитие детей, подростков и молодежи.

3. Решение на межведомственном уровне проблем межпрофессионального взаимодействия различных специалистов в тех или иных учреждениях различной ведомственной подчиненности, решающих вопросы профилактики, коррекции и реабилитации детей, страдающих нарушениями психическо-

го развития, психосоциальной адаптации.

4. Создание межведомственных (вневедомственных) центров федерального уровня для разработки и решения научно-методических вопросов, подготовки и повышения квалификации кадров, организации мультидисциплинарной психосоциальной помощи детям и семьям, в том числе экстренной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

5. Создание мультидисциплинарных кризисных центров на муниципальном и региональном уровнях для оказания экстренной психолого-социальной и психотерапевтической помощи детям, оказавшимся в ситуациях риска по ауто- и гетероагрессии.

6. Внедрение психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.).

7. Создание организационных условий и методического обеспечения полноценной профессиональной реализации, профессиональной защищенности и профессионального контроля, в том числе системы сертифицирования, для специалистов, работающих в учреждениях непрофильной ведомственной подчиненности (педагогов в учреждениях здравоохранения, психиатров и психотерапевтов в образовательной системе и т. п.).

8. Создание реальной, эффективно действующей системы интеграции детей с особыми нуждами (в связи с проблемами психического развития, нарушений поведения, психической патологии различного уровня) в естественный социум – научно-методического обеспечения, подготовки кадров, реорганизации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, просвещения населения и пр.

9. Государственная поддержка специальных изданий, мероприятий, в том числе тематических конференций, как на федеральном, так и на региональном уровнях, осуществляющих трансляцию опыта эффективного межпрофессионального и межведомственного взаимодействия в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, поддержания психосоциальной адаптации семьи.

10. Повышение психолого-психиатрической компетентности различных специалистов (педагогов, педиатров, социальных педагогов, юристов и др.), профессионально решающих те или иные проблемы ребенка и семьи, через создание специальной системы повышения квалификации с привлечением ведущих психологических и психиатрических учебных заведений.

11. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых родов», сопровождаемых несомненным риском перинатального повреждения центральной нервной системы плода с последующими «запрограммированными» нарушениями психического развития младенца.

12. Восстановление номенклатурной специальности детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертифицирования, отвечающей современным научно-организационным требованиям.

13. Создание эффективной системы ускоренного внедрения в практику детской психиатрии достижений современной психофармакологии, с тем чтобы в терапии детей и подростков могли использоваться наиболее современ-

менные, действенные и безопасные психотропные средства вместо морально устаревших, с высоким риском осложнений препаратов.

14. Развитие международного сотрудничества в области охраны социально-психологического здоровья подрастающего поколения, в том числе сотрудничества профессиональных сообществ, через организацию кросс-культуральных исследований наиболее острых проблем нарушений развития, поведения, психосоциальной адаптации, а также этнокультуральной ксенофобии и толерантности детей и их семей.

15. На Конгрессе было принято решение о проведении IV Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» в 2008 г. либо в Санкт-Петербурге, либо в Челябинске (в зависимости от предложений местных профессиональных организаций).

16. Конгресс выражает уверенность в том, что как органы законодательной власти, так и ведомственные структуры на различных уровнях – от федерального до муниципального, а также общественные организации, в пределах своей компетенции способны взять на себя ответственность за решение указанных неотложных проблем в деле сохранения психического здоровья подрастающего поколения – в деле обеспечения будущего Российского Государства.

ЛР № 065725 от 11.03.98

Издательско-полиграфический центр «Глобус»
123056, Москва, ул. Большая Грузинская, д. 70
Тел.: 545-4705, 545-4704

Подписано в печать 08.12.2006. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Гаймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2006 (6), № 2.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»

г. Красноармейск, Московской области.

Тел.: 584-1623

Заказ № 338