

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2007 (7), № 2

Москва. 2007

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, И. В. Добряков, С. А. Игумнов, И. В. Макаров,
В. Д. Менделевич, Л. Е. Никитина, И. М. Никольская,
А. А. Северный (зам. Главного редактора), Е. О. Смирнова,
В. С. Собкин, Н. К. Сухотина, 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. 2007

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, клинико-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: нейropsychиатрические аспекты; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейropsychиатрические 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 расстройства поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия» и др. Автор антици-

¹ Состав Редколлегии утвержден на отчетно-перевыборной конференции 07.04.06 г. и на ежегодной конференции Ассоциации детских психиатров и психологов 04.06.07 г.

пационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврозология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬВНА 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 защитам 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 исследова-

ние; 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.

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 редколлегии журнала «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, Председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП, 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

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н. М. Иовчук, А. А. Северный К ПРОБЛЕМЕ ДИДАКТОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ.....	9
Е. О. Смирнова, В. А. Бутенко ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ В РАЗНОВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДЕТСКОГО САДА.....	17
Е. Г. Каримулина, Н. В. Зверева ТАКТИЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	27
С. Ю. Семенов ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ–СТРАТЕГИЙ У ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	34
Якимова Т.В. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	42
А. М. Щербакова ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ.....	52

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

Г. В. Козловская, М. А. Калинина, Н. И. Голубева, М. Е. Проселкова, Т. П. Ключник, О. С. Брусов, А. М. Дупин, И. В. Щербакова ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РИСПЕРИДОНОМ РАННЕЙ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМА У ДЕТЕЙ.....	59
М. А. Генгер АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	67
О. С. Заюнчковский, Н. В. Зверева ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДСТВАМИ БОС-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	74
Т. Е. Туленкова РАННЕЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРИНСТВА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА...	80
Е. М. Иванова К РАЗРАБОТКЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬ- НОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	86

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИКРОПСИХИАТРИИ»

(28 марта 2007 г., Москва, НЦ психического здоровья РАМН)

Н. Е. Буторина, И. Р. Лебедева РАННИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ.....	94
И. Г. Гагаркина ФАКТОРЫ РИСКА ДИСГАРМОНИЧНОГО НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ.....	95
С. В. Горяинова ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	96
И. В. Добряков НЕКОТОРЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	98
М. Г. Кириллова ПРАВО И НАСУЩНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ СИРОТ ЗНАТЬ СВОЮ ИСТОРИЮ.....	99
А. И. Ковалев ОЦЕНКА ПОЛОРОЛЕВОГО КРОССДРЕССИНГА ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	100
О. Е. Крахмалева, Т. И. Иванова АНАЛИЗ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	101
И. Ю. Кулагина, Л. В. Сенкевич ДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ.....	102
И. Ю. Макарова, Е. В. Семакова НАРУШЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК» В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	103
Недожогина Н.В. ПРОБЛЕМА НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО МАТЕРИНСТВА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	105
В. Н. Ослон ВЛИЯНИЕ СИРОТСТВА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО И ТЕЛЕСНОГО «Я» РЕБЕНКА-СИРОТЫ И КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ.....	106
О. В. Свариенко, И. Ю. Кулагина ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЧЕНСКИХ ПОДРОСТКОВ.....	107
Л. В. Сенкевич, П. Е. Алябьев ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ПРИЗЫВНИКОВ.....	109
В. С. Собкин, Е. В. Баранова СЕКСУАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ.....	110

О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. А. Воробьева, Т. Г. Шанина, Л. А. Пыхтина, Т. С. Абросимова СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ МАТЕРЕЙ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА.....	111
---	-----

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

И. П. Киреева, П. В. Аронов КОНЦЕПЦИИ ДИАТЕЗОВ В ПСИХИАТРИИ.....	113
Н. Р. Моллаева КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ЙОДА.....	119
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	128

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, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук.**

Н. М. Иовчук, А. А. Северный

**К ПРОБЛЕМЕ ДИДАКТОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ
У ШКОЛЬНИКОВ**

Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН (Москва).

В 70-ые годы прошлого века получил распространение гипотетический тезис западных педопсихиатров: «Чем тяжелее депрессия у ребенка, тем хуже прогноз» [11, 12, 15]. В данном случае речь шла о том, что у детей развернутые депрессии психотического уровня, по своим проявлениям приближающиеся к клинической картине депрессий у взрослых, являются дебютом эндогенного заболевания, преимущественно шизофрении.

Между тем, в последние 10 лет среди наблюдаемых нами детей отмечается неуклонный рост тяжелых и затяжных депрессивных состояний, определенно связанных со школьным обучением, а именно с неадекватностью воспитательных мер, несправедливым отношением учителя, в том числе занижением оценок, применением «невротизирующих» тестов (прежде всего теста на скорость чтения), психологическим и физическим насилием. Если еще 5-8 лет назад такие состояния в практике детского психиатра встречались как единичные случаи, то в течение последних 2-3 лет приходится наблюдать десятки «дидактогенных» депрессий, названных так благодаря их тесной связи с школьным фактором, а точнее – с «фактором учителя».

Хотя само понятие «дидактогении» было введено еще в 30-е годы XX века харьковским психиатром К. И. Платоновым, в последующем психические расстройства у детей, обусловленные школьным обучением, не привлекали особого внимания детских и подростковых психиатров. Даже в недавнем пособии для врачей Н. А. Мазаевой, О. П. Шмаковой «Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами» понятие дидактогении даже не упоминается и сама проблема никак не освещается ни в патогенетическом, ни в клиническом, ни в коррекционном плане [1]. Дидактогенные расстройства у детей и подростков до настоящего времени были зоной интересов преимущественно психологов, которые указывали [4, 5], что в тех случаях, когда важнейшие потребности ребенка, отражающие позицию школьника, не удовлетворены, он может переживать устойчивое эмоциональное неблагополучие, выражающееся в ожидании постоянного неуспеха в школе, плохого отношения к себе со стороны педагогов и одноклассников, боязни школы, нежелания посещать ее. В литературе оно обозначается по-разному: «школьный невроз», «школьная фобия», «дидактогенный невроз», «дидактоскалогения», «дидактогения», «школьная тревожность». Все эти термины используются для того, чтобы указать - тревога, страх ребенка вызваны непосредственно системой обучения. Здесь имеется в виду несправедливое, нетактичное поведение учителя.

Для всех перечисленных выше видов характерно достаточно тяжелое течение, такие случаи часто требуют вмешательства психоневролога. В то же время, естественно, психологи не могли дать ни психопатологического, ни клинического анализа этих психических нарушений.

Настоящее сообщение касается 80 случаев «дидактогенной» депрессии у детей младшего школьного и препубертатного возраста – 8-13 лет, учащихся массовых общеобразовательных школ и гимназий. У всех обследованных детей с раннего возраста отмечались черты сенситивности, тормозимости, инертности, гиперсоциальности и почти в половине случаев – интровертированности при отсутствии снижения интеллекта или даже при высоких познавательных способностях. Нельзя не отметить, что почти во всех случаях дети отличались чертами перфекционизма и симбиотичности, были чрезмерно привязаны к одному из родителей, стремились соответствовать их ожиданиям и получать похвалу. В связи с этим уместно вспомнить утверждение R. Kuhn [8], который, обсуждая связь депрессии у ребенка с внешними факторами, писал: «Общий психиатрический опыт показывает, что здоровые дети выносливее, чем мы склонны предполагать; поэтому неблагоприятные условия среды влияют особенно на нездоровых детей, идет ли при этом речь о циклотимических нарушениях, интеллектуальных или характерологических аномалиях или органическом повреждении мозга» и утверждал таким образом роль психогении у детей как пускового фактора депрессии. Известно, что в разных возрастных периодах детства доминируют различные психогенные факторы, вызывающие или провоцирующие эндогенную депрессию. Начиная с 7-летнего возраста наиболее значимым психогенным фактором являются проблемы, связанные со школой, - незначительные, с точки зрения взрослого человека, но чрезвычайно актуальные в детстве: смена класса, учителя, переезд на новую квартиру или переход в другую школу, отставание от сверстников в связи с длительным соматическим заболеванием, подавляющее поведение педагога и т. п. Порой депрессивное состояние возникало сразу же после поступления в 1 класс при неправильном педагогическом подходе с запугиванием, угрозами, унижением ребенка, тормозимого и ранимого. При этом сложные отношения с одноклассниками, которым родители нередко склонны приписывать решающую роль в происхождении болезненного состояния у ребенка, являются не причиной, а уже следствием болезненного состояния.

У наблюдаемых нами школьников после 1-4 лет благополучного обучения с хорошими или отличными оценками и не вызывающей никаких опасений адаптацией среди сверстников депрессивные состояния начинаются, как правило, в связи с изменением ситуации обучения – чаще всего смены учителя. При этом ребенок далеко не всегда подвергается непосредственно сам негативному воздействию со стороны педагога, но, наблюдая несправедливость (крик, оскорбления, угрозы) по отношению к другим одноклассникам, начинает испытывать страх быть униженным на глазах у всего класса. Здесь не имеет смысл перечислять или классифицировать все выявленные нами «дидактогенные» психотравмирующие обстоятельства, они чрезвычайно разнообразны и ситуативно, и межперсонально. Важно то, что в определенный момент обстановки обучения, поведение педагога, взаимодействие ученика с ним становятся источником эмоционального напряжения ребенка, его тревоги, страха, опасе-

ний, вызывающих поначалу преходящие стертые депрессивные реакции, которые, закрепляясь и утяжеляясь в условиях хронической психотравмирующей ситуации, переходят в развернутое депрессивное состояние.

В инициальном периоде «дидактогенной» депрессии ребенок утрачивает желание ходить в школу, ноет по утрам, жалуясь на недомогание и усталость, неохотно делает уроки, используя любую возможность пропустить занятия или не выполнять домашние задания. Он редко высказывает отчетливый страх перед посещением школы и, вероятно, в связи с присущей этому возрасту алекситимией не может вербализировать перемену в своем настроении и тем более определить ее причину. В некоторых случаях уже на этом этапе развития депрессии отмечаются неотчетливые психосоматические включения: утренние тошноты и даже рвоты перед выходом в школу, эпизоды беспричинного субфебрилитета, головных болей, болей в животе, учащение и затягивание респираторных заболеваний и т. п.

Формирование развернутой клинической картины «дидактогенной» депрессии происходит постепенно - в течение 3–6 месяцев. Депрессивные состояния имеют сложную психопатологическую структуру. В развернутом болезненном состоянии прослеживается сложный спектр психопатологических расстройств: собственно аффективных, идеаторных, поведенческих и психосоматических. У разных детей, в зависимости от возраста возникновения депрессии и особенностей личностного склада, а также иногда от поведения в этой ситуации родителей, то или иное из перечисленных расстройств выступает на первый план, формируя картину боязливой, соматизированной, ступидной депрессии или депрессии с поведенческими нарушениями.

Как всегда в детском возрасте, проявляется сложное сочетание, мерцание, чередование различных видов патологического аффекта - подавленности, апатии, скуки, тревоги, дистимии, порой дисфории, но главное –страха (18 наблюдений). Фон настроения характеризуется преимущественно чередованием насыщенного тревожно-боязливого аффекта и периодов подавленности и апатии. При этом отмечается, как правило, «эндогенный» суточный ритм аффекта с преобладанием вялости, разбитости, апатии с анорексией в утренние часы и тревоги, страха, дистимии – в вечерние. Нередко нарушается, становится поздним засыпание, и удлиняется утренний сон. Фабула страха в первое время ограничивается учебными проблемами, но претерпевает быструю генерализацию, охватывая все новые сферы жизни ребенка; происходит как бы актуализация прежних детских страхов – темноты, одиночества, присоединяются немотивированные, неспровоцированные фобии обыденного (страх за родителей, страх высоты, лифта, нападения «бандитов» и т. п.) и изредка фантастического содержания. Депрессивные состояния, как правило, протекают с единичными или множественными невротическими симптомами (тиками, заиканием, элективным мутизмом, энурезом, энкопрозом) и сопровождаются развитием упорной «школьной фобии» - вплоть до полного отказа от посещения школы.

Функциональные психовегетативные расстройства в структуре «дидактогенной» депрессии возникают с абсолютной закономерностью, но нередко приобретают столь массивный характер, что формируют картину «маскированной» депрессии, как правило, с выраженным сенестопатическим компо-

нением (23 наблюдения): наиболее типичны боли в животе, утренние тошноты и рвоты, далее - необоснованные пароксизмальные либо длительные повышения температуры, боли в ногах, «усталые» ноги, «беспокойные» ноги, головные боли, боли в сердце, диспноэ, устойчивый беспричинный кашель и т. п.). Довольно характерны проявления соматопсихического синергизма [3] в виде частых и затяжных неспецифических «простудных» заболеваний. Дети с такого рода расстройствами могут месяцами безуспешно обследоваться и лечиться в общепедиатрической сети, все более глубоко дизадаптируясь, отставая в школьном обучении, теряя контакты со сверстниками.

Для школьников препубертатного возраста более характерны «дидактогенные» депрессии с «интеллектуальным крахом» и депрессии с поведенческими нарушениями.

Что касается первых (11 наблюдений), то здесь бросается в глаза внезапное и необъяснимое «поглупение» ребенка, полная учебная несостоятельность. Дети сами жалуются, что они «перестали соображать», им «трудно думать», не понимают простых задач и т. п. В таких состояниях преобладает аффект апатии с вялостью, безразличием, утратой побуждений, бездеятельностью, нередко с удлинненным сном. Затяжные депрессии приводят к глубокой школьной дизадаптацией, порой детей начинают расценивать как умственно отсталых, направляют в соответствующие учебные заведения.

В депрессиях с поведенческими нарушениями (28 наблюдений) преобладает дистимический аффект с выраженным тотальным недовольством окружающими, собой, всей жизненной ситуацией, выливающимися в словесную, а нередко и физическую агрессию, направленную на соучеников, родственников. Дети категорически отказываются идти в школу, убегают с уроков, уходят из дома. Возможны эксцессы самоповреждения, суицидальные попытки, носящие демонстративный характер. Состояние обычно утяжеляется во второй половине дня, сопровождаясь выраженным тревожным беспокойством, непоседливостью, витальным ощущением тягостного «душевного волнения», стремлением уйти из дома или разрушительной агрессией.

Выявление депрессии у детей и подростков с девиантным поведением представляет актуальнейшую задачу ввиду ее высокого суицидального риска [6, 9, 10, 14]. Школьная дизадаптация с нарушением успеваемости и «школьной фобией» является одной из составляющих «смешанных» расстройств (сочетание расстройств поведения, депрессии и суицидальных тенденций) [7, 13].

Дидактогенные депрессии отличались во всех случаях длительным течением (от 6 мес. до 3 лет), требовали психофармакологического лечения (антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы седативного действия) в сочетании с обязательным соблюдением щадящего режима и сменой ситуации обучения (сменой учителя, а иногда класса или даже школы). В коррекционной работе чрезвычайно важно участие родителей, которые, как правило, не понимают характера и глубины психических нарушений ребенка, поначалу отказываются принять психиатрическую, особенно психофармакологическую терапию, склонны обвинять ребенка в «симуляции», лени, хулиганстве и т. п. При неправильном поведении родителей депрессия принимает еще более затяжной характер и приводит к глубокой школьной дизадаптации (незаконченная школа, необходимость перевода в экстернат, школу индивидуального

обучения для детей с ослабленным здоровьем и детей-инвалидов). Тем не менее, при настойчивой психотерапевтической работе с родителями чаще всего удается вовлечь их в психокоррекционный процесс в интересах больного ребенка. Чего, к сожалению, почти никогда нельзя сказать о педагогах. Мы можем сослаться лишь на единичные случаи, когда попытки взаимодействия с учителем, послужившим причиной «дидактогенной» депрессии, с администрацией школы привели к какому-либо позитивному результату. Приходится сказать и о роли школьного психолога, вернее, об ее отсутствии в описываемых случаях. Практически никогда нам не удавалось получить от учеников и их родителей каких бы то ни было сведений об активном участии школьного психолога в нормализации взаимоотношений педагогов с учащимися, о его рекомендациях для педагогов относительно индивидуальных особенностей конкретного ученика, его проблемах, путях их решения в процессе обучения.

Тяжесть и полиморфизм клинической картины дидактогенных депрессий в школьном возрасте в первые месяцы после начала психиатрического наблюдения вызывали серьезные сомнения в отношении их принадлежности именно к невротическим или реактивным. Особая сложность создавалась нечеткостью словесного отчета больных, их недостаточной критичностью к своему состоянию, трудностью вербализации ими своих ощущений и переживаний. Оказывались нередко недостаточными и объективные сведения от родителей, которые далеко не всегда знали исходные мотивы измененного поведения и состояния больных. Тем не менее, выявление отчетливого страха школы, выяснение четкой временной связи ухудшения состояния больного с негативным изменением учебной ситуации, яркое звучание школьных проблем в его переживаниях, заметное улучшение самочувствия вне обязательного посещения школы (каникулы, интеркуррентное заболевание), особенно явная редукция функциональных вегетосоматических расстройств во внеучебные дни позволяли предположить «дидактогенный» характер депрессивного состояния. Это подтверждалось в дальнейшем быстрым позитивным откликом на мягкую психотропную терапию, значительным улучшением состояния при временном освобождении от учебы, переводе на индивидуальные формы обучения. Невротический характер депрессии подтверждался и отсутствием личностных сдвигов после ее завершения, а также повторных депрессивных и маниакальных эпизодов в процессе динамического наблюдения.

При этом необходимо все же помнить, что возникающие в школьном возрасте эндогенные депрессивные состояния могут вследствие снижения активности больного ребенка, утраты им мотивации, проявлений дистимического аффекта и других стертых, нераспознанных инициальных проявлений депрессии значительно ухудшать учебную ситуацию школьника, вызывая чаще всего репрессивное давление на него со стороны педагогов и родителей и, соответственно, вторично «школьную фобию» с полиморфной неврозоподобной, вегетосоматической и поведенческой симптоматикой. Все это делает дифференциальную диагностику «дидактогенных» депрессий достаточно сложной задачей, для разрешения которой требуется тщательный психопатологический анализ и длительное динамическое наблюдение.

В заключение приводим в качестве иллюстрации одну из типичных историй болезни школьницы, перенесшей «дидактогенную» депрессию.

Н., 15 лет, ученица 9 класса. Наблюдается нами с 10-летнего возраста. Обратились с жалобами на страхи разнообразного содержания, снижение успеваемости, отказ от посещения школы, частые простудные заболевания, длительное повышение температуры, жалобы на головные боли и неприятные ощущения в ногах.

Беременность, роды без патологии. Вес при рождении 3400, закричала сразу. Раннее развитие речи и моторики - с некоторым опережением. Росла спокойной, активной, была очень привязана к родителям, особенно к матери. Отличалась боязливостью, плохо привыкала к новой обстановке, к новым людям, не сразу подходила к детям, подруг не имела. Не нравилось, когда в дом приходили чужие люди, была всегда немногословна, неоткровенна. В детский сад не ходила, воспитывалась дома матерью в связи с трудностями адаптации. Сама говорила, что в детский сад не хочет, повторяла: «Я от тебя никуда не уйду». Отличалась хорошей памятью, рано научилась читать, считать, знала много стихов. В школу пошла 6,5 лет, подготовленная. В первом классе училась отлично, была тихой, ранимой, чувствительной, медлительной, молчаливой, без близких подруг. Была очень старательна, всегда вовремя готовила уроки, остро переживала неудачи. С середины 2 класса стала получать «4» по чтению в связи с тем, что не соответствовала нормативам «скорости чтения». Переживала, плакала, много занималась с матерью дома. Трудности в скорости чтения сохранялись и в 3 классе. В конце 3 класса (9 лет ребенку) стала жаловаться на головные боли, начала часто болеть, причем, заболела, с точки зрения матери, необычно: повышалась температура до 38,6° на одни сутки, ни насморка, ни кашля, ни боли в горле при этом не отмечалось; в дальнейшем на протяжении длительного времени сохранялась субфебрильная температура. Летом в связи с ремонтом в квартире была отправлена на дачу к бабушке; несмотря на привычную обстановку, в отсутствии матери не спала всю ночь, плакала. Осенью пошла в переформированный класс, к новой учительнице по русскому языку. Успеваемость снизилась еще больше в самом начале 5 класса: появилось много «3». Учительница жестко говорила с девочкой и с ее родителями по поводу «недостаточной техники чтения», в разговоре с соучениками и их родителями подчеркивала, что наша обследуемая совсем «не сильная ученица», как это считали раньше. Кричала в классе, что никого, и в том числе и нашу обследуемую, не переведет в 6 класс. С этого времени девочка с трудом поднималась по утрам, неохотно одевалась, не скрывала, что не хочет ходить в школу, что боится учительницу. К вечеру становилась беспокойной, плаксивой, стала бояться, что в окно или в дверь залезут воры, проверяла замок. Неохотно ездила в лифте: «Вдруг испортится?». Появился страх за мать, отца, брата. Все видела в «черном свете». Любые слова матери понимала по-своему, видя во всем только плохое. Так, например, на высказывание матери, что она «с ними посидела», с тревогой спросила: «А ты не умрешь?». В любой поездке постоянно думала о том, что хочет в туалет, не могла из-за этого длительно находиться в транспорте. Особенности трудности возникли с засыпанием: не спала, проверяя, не заснули ли родители, спала очень чутко, постоянно спрашивая, не спят ли они, боялась, что они заснут раньше нее и ей будет страшно от одиночества. Не могла находиться дома од-

на, не отпускала мать; даже оставаясь с отцом, не верила, что он дома, без конца проверяла его присутствие. Стала резка, порой груба с братом. В течение осени и начала зимы почти непрерывно болела, в основном без кашля и насморка, лишь с повышением температуры - сначала до 38,6°, а затем - с длительным субфебрилитетом. Часто жаловалась на головную боль, боли в ногах при ходьбе, усталость. Занимаясь с матерью, стала еще медленнее читать, делать элементарные ошибки в вычислениях, не могла коротко пересказать текст, откровенно признавалась, что «ненавидит» читать.

Анализ мочи и крови, ЭЭГ - норма. По настоянию матери была направлена к районному детскому психиатру, который сказал буквально: «Пусть бы педиатры лучше лечили, чем ко мне ребенка направлять».

Впервые осмотрена психиатром в возрасте 10 лет. На приеме: пониженного питания, бледная, синева под глазами. Шаркающая походка, согбенная поза, сидит, опустив голову, мимика скорбная, совсем нет улыбки. На вопросы отвечает односложно, тихим монотонным голосом. При расспросе о школе на глазах слезы. Признается, что боится учительницу, хочет учиться хорошо, но раньше получалось, а теперь почему-то не получается. Стала еще хуже не только читать, но и считать. Учительница к ней плохо относится, занижает оценки, кричит на весь класс, грозит многих оставить на второй год. Испытывает постоянную тревогу, вечером и ночью страшно - боится, что все уснут раньше, чем она, и тогда будет особенно страшно остаться «одной во всем мире». Чувствует себя плохо, потому что часто болеет, жалуется на слабость, часто болит голова, трудно ходить, так как болят ноги, ноги «усталые». Через 5 дней после назначения лечения (3 раза в день амитриптилин 6,25 мг с элениумом 5 мг) стала веселее, спокойнее, играла с детьми, стала засыпать быстро, спала спокойнее. В конце декабря нормализовалась температура, но в школу девочка ходить отказалась. Во время каникул была такой же, как раньше, однако при любом упоминании о школе замолкала, сердилась, плакала. Если матери удавалось заставить ее начать заниматься, не хотела отвечать на вопросы, занималась крайне неохотно и непродуктивно. После каникул в резкой форме отказалась ходить в школу. Мать готова была перевести ребенка в другую школу, но когда она пришла за документами, вмешалась администрация - девочке позвонила завуч и уговорила остаться в школе на индивидуальном обучении и с другой учительницей литературы. С 18 января до середины марта девочка посещала только индивидуальные занятия, успевала в основном на «4» и «5». С середины марта начала посещать в классе все уроки, кроме литературы и русского языка. В первых числах мая одноклассники высказали девочке претензии в том, что она выглядит здоровой, играет, гуляет на улице, но почему-то ей разрешается не посещать уроки учительницы, которую все не любят. И снова девочка отказалась ходить в класс и закончила учебный год индивидуально. С начала 6 класса была переведена в другой класс, училась без напряжения, на «4», иногда получала и «3». К отметкам стала относиться спокойнее, но все же отмечалась неуверенность в себе, опасения перед контрольными и зачетами. Исчезли страхи, болевые ощущения, хорошо засыпала. В то же время осенью (11 лет) дважды перенесла состояния с повышением температуры, но без катаральных явлений. В отли-

чие от предыдущих, они были более короткими. Продолжала получать небольшие дозы амитриптилина, элениума и этаперазина. В летнее время была спокойна, весела, активна, ничем не отличаясь в поведении от преморбидного уровня. В 7 классе стала еще более уверенной в себе, спокойной в отношении обучения, более самостоятельной. Появилось несколько подруг, много времени проводила с ними на улице. Перестала к этому времени посещать курсы английского языка, бросила ибольные танцы. Осенью в 7 классе (12 лет девочке) перенесла скарлатину в тяжелой форме. Не посещала школу 2,5 мес. Тем не менее после выписки без всяких возражений и переживаний пошла в школу и быстро догнала класс.

С весны 2001 г. (13 лет, 7 класс) психотропных препаратов не получала. Сильно выросла, похорошела, стала очень привлекательной. Держится скромно, доброжелательно. Немногословна, нетороплива, рассудительна. Дома ее называют «Царевной Несмеяной» из-за сдержанности чувств: может не смеяться даже если ей смешно, может оставаться индифферентной, если ее ругают или над ней подтрунивают. Очень настойчива, если ей приходится отстаивать свое мнение. Сердится, обижается, когда семейные проблемы решаются без ее участия. Сейчас к отцу привязана больше, чем к матери, по-видимому, ему многое доверяет. Несколько меньше стала встречаться с девочками, в свободное время предпочитает слушать музыку и мечтать. Считает себя красивой. Очень интересуется нарядами, вертится перед зеркалом. Купила с помощью отца наряд к выпускному вечеру, который поразил мать своей смелостью и некоторой утрированностью молодежной моды. В течение всего 9 класса занималась на подготовительных курсах для поступления в социально-педагогический колледж, но в апреле неожиданно объявила, что будет продолжать учиться в школе, чтобы поступить в ВУЗ.

В данном случае девочка перенесла длительное депрессивное состояние сложной структуры: на первом месте стоит аффект страха; фабула страха, в первое время ограничивающаяся школьными проблемами, быстро генерализуется, охватывая и другие сферы жизни ребенка; массивный психосоматический компонент (частые простудные заболевания, необоснованное и длительное повышение температуры, боли в ногах, головные боли) выступает в сочетании с выраженным «интеллектуальным крахом» и элементами психопатоподобного поведения; депрессивное состояние сопровождается упорной «школьной фобией». Перенесенное депрессивное состояние имело четкую психогенную природу, возникло у сенситивного, тормозимого, медлительно-го ребенка в ответ на подавляющее поведение учителя. Невротический (дидактогенный) характер депрессии подтверждается и благополучным выходом из этого состояния при устранении учебного психотравмирующего фактора, и отсутствием характерных дефицитарных личностных проявлений по завершении длительного болезненного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н. А. Мазаева, О. П. Шмаков. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами. Пособие для врачей. – М., 2005.
2. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Во-

просы теории и практики психотерапии на основе учения И.П.Павлова. Изд. 3-е. - М. : Медгиз, 1962.

3. Северный А. А.. О некоторых проявлениях соматопсихического синергизма // Тер. архив, 1987, № 11.

4. Хохлов Л. К., Хохлов А. Л., Шипов А. А.. Школьные дидактогенные неврозы и другие психические реакции // Педагогический Вестник, 1998, № 2. http://www.yspu.yar.ru/vestnik/uchenue_praktikam/6_2/

5. Якобсон П.М. Изучение чувств у детей и подростков. -М.: АПН, 1961.

6. Carlson и D. P. Cantwell Unmasking masked depression in children and adolescents // Am J Psychiatry, 1980, V. 137, N 4.

7. Kashani J., Simmonds J. Incidence of depression in children // Am J Psychiatry, 1979, V. 136.

8. Kuhn R. Ueber kindliche Depressionen und ihre Behandlung // Schweiz Med Wschr, 1963, Bd 93, N 2.

9. Lesse S. Depression masked by acting-out behavior patterns // Am J Psychother, 1974, V. 25, N 3.

10. Marriage K., Fine S., Moretti M., Maley C. Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents // J Am Acad Child Psychiat, 1986, V. 25, N 5.

11. Nissen G.. Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes- und Jugendalter. — In: Proc. 4th UEP Congr.— Stockholm, 1971.

12. Penot B. Caractéristique et devenir des depression de la deuxième enfance In: Depressive states in childhood and adolescence.— Stockholm, 1972.

13. Puig-Antich J. Major depression and conduct disorder in prepuberty // J Am Acad Child Psychiat, 1982, V. 2, N 1.

14. Shaffer, D. Suicide in childhood and early adolescence // J Child Psychology and Psychiatry, 1974, 15.

15. Spiel W. Studien ueber den Verlauf und Erscheinungsformen der kindlichen und juvenilen manisch-depressiven Psychosen.— In: Depressive states in childhood and adolescence.— Stockholm, 1972.

Е. О. Смирнова, В. А. Бутенко

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ В РАЗНОВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДЕТСКОГО САДА

**Психологический институт РАО (Москва), Институт «Педагогики
развития» Красноярского госуниверситета (Красноярск).**

Разновозрастную группу детского сада можно рассматривать как типичную модель интегративной группы, в которой объединяются **разные** дети – разные по своим физическим и умственным возможностям, интересам, знаниям и умениям и пр. Можно полагать, что отношения между такими разными детьми существенно отличаются от тех, которые складываются в гомогенной группе.

При анализе детских отношений детей мы опирались на представление о единстве межличностных отношений и самосознания, которые основаны на двух противоположных началах – предметном и личностном [1, 2, 3, 4 и др.]. Согласно этому подходу предметное начало отражает отношение к другому как к носи-

телю определенных свойств и качеств (знаний, умений, возможностей, положения в группе и пр.). Такое отношение порождает оценку и познание качеств другого, их использование и сравнение со своими соответствующими качествами. Другой человек при этом становится предметом оценки или сравнения с собой, средством самоутверждения или препятствием для выполнения своих желаний. Предметное начало задает границы собственного Я человека, подчеркивает его отличие от других и обособленность. Личностное начало соответствует целостному ощущению себя как источника сознания, собственной активности, своей воли, своих переживаний; оно выступает как ядро самосознания, в котором человеческое Я уникально, не имеет подобия, не подлежит сравнению и оценке. Ему соответствует столь же непосредственное и безоценочное восприятие и переживание другого человека как целостной личности, что порождает внутреннюю связь с ним и различные формы сопричастности (сопереживание, сотрудничество, сорадование и пр.). Эти два начала являются необходимыми и взаимодополняющими сторонами самосознания, они также присущими любым межличностным отношениям. Однако степень их выраженности и содержательное наполнение могут существенно различаться.

Применительно к взаимодействию старшего и младшего ребенка в разновозрастной группе, можно отметить, что объектные качества младшего (его способности, умения и навыки), будут значительно уступать качествам старшего в отличие от соответствующих качеств ровесников. Это обстоятельство открывает два возможных варианта развития отношений детей в зависимости от преобладания того или иного начала. С одной стороны, снижается конкурентная позиция старших дошкольников, поскольку соревнование с маленьким, заведомо более слабым, не имеет смысла. Это может вызвать усиление сочувствия, поддержки и помощи по отношению к младшим. В этом случае начинает доминировать личностная составляющая межличностных отношений. С другой стороны, присутствие младших детей создает для старших детей очевидные и разнообразные возможности для утверждения своего превосходства и повышения своей значимости. Эта тенденция отражает усиление предметной составляющей межличностных отношений у старших детей. Таким образом, совместная жизнь старших и младших детей становится некоторым катализатором, усиливающим проявление того или иного начала межличностных отношений. Эти отношения могут быть основаны либо на помощи, поддержке, соучастии к младшим (преобладание личностного начала), либо на их подавлении, обесценивании или игнорировании (преобладание предметного начала).

Основная цель нашей работы заключалась в изучении особенностей общения и межличностных отношений детей в разновозрастных группах дошкольников (в сравнении с одновозрастными). Мы стремились также выявить психолого-педагогические условия, влияющие на становление отношений между детьми.

Методики исследования

Для получения достаточно полной и объективной картины отношений детей в разновозрастных группах были использовались следующие методы:

- наблюдение за свободным взаимодействием детей,
- совместная продуктивная деятельность старших и младших,

- совместная игра с правилами.

Наблюдение за общением детей разного возраста позволяло получить общее представление о процессе общения детей в группе во время их свободного взаимодействия. Продуктивная деятельность - рисование на общем листе – представляла собой групповую деятельность детей с пространственными и предметными ограничениями. В рисовании участвовали 12 детей, которым предлагалось нарисовать все, что они хотят, на одном общем листе ватмана. В этих условиях у детей появлялась реальная необходимость учитывать партнеров: либо подвинуться, уступая кому-то место, либо бороться с соседями, «отвоевывая» себе большее пространство листа. При этом количество мелков было на один меньше, чем количество детей, что открывало возможность уступить свой мелок на время другому ребенку. Для рисования детям предлагалось задание открытого типа, тем самым задавалась возможность как проявления творческой инициативы, так и возможность содержательных обсуждений.

В методике «Игра по правилам» использовалась игра «на удачу», вероятность выигрыша в которой не зависела от возраста детей. Действовать должны были все участники игры, но способность отслеживания общего хода игры и соблюдения правил в большей степени была доступна старшим детям. Такая ситуация либо повышала ответственность старшего (удержание правил за малыша, объяснение правильности хода, помощь в выполнении игрового действия), либо использовалась старшим для нарушения правил в свою пользу.

Для выявления мотивации поведения старших детей были введены две дополнительные проблемные ситуации, благодаря которым в большей степени проявляются личные интересы детей:

- Недостаток игрового материала. Это условие побуждало старших к поиску дополнительных правил, которые либо уравнивали возможности всех игроков, либо давали кому-то игровое преимущество.

- В качестве поощрения победитель получал две конфеты. Детям предлагалось играть дважды. В результате общее количество конфет совпадало с количеством игроков. Готовность поделиться с другими игроками свидетельствовала об просоциальности ребенка и сопричастности к другим, в противном случае – об индифферентности и использовании своих преимуществ.

- При анализе поведения детей во всех ситуациях выявлялись и подсчитывались следующие показатели:

- интенсивность межвозрастного общения;
- преобладающая направленность общения (на себя, на партнера, на предмет);
- доминирующий эмоциональный фон при взаимодействии (позитивный, нейтральный, негативный).

Данные показатели оценивались по условной 3-балльной шкале. В качестве точки отсчета принималась степень выраженности просоциального поведения (направленность на партнера, позитивный эмоциональный фон и пр.).

В исследовании участвовали 8 групп – 4 одновозрастные группы (2 старшие - СГ и 2 подготовительные - ПГ) и 4 разновозрастные группы - РВГ из обычных детских садов г. Красноярска. Количественный состав групп варьировал от 18 до 25 человек. Всего в исследовании участвовали 180 до-

школьников. В разновозрастных группах возраст детей был от 3 до 7 лет с равномерным распределением детей по возрастному составу.

Типы отношений между детьми разного возраста

В результате исследования были выделены следующие типы отношений между детьми:

- **Отстраненные отношения** характеризовались низким интересом к другим детям и выраженной ориентацией на взрослого. И у старших, и у младших детей это выражалось в предпочтении индивидуальных форм активности и высокой нормативности в высказываниях и в поведении. Главным для них было отношение взрослого при полном равнодушии к другим детям. Правильное выполнение инструкций и заданий воспитателя выступало как способ получения его поощрений. Следуя указаниям взрослого не обижать малышей и уступать им, старшие помогали младшим, но делали это формально и равнодушно, без эмоциональной включенности.

Младшие также стремились заслужить поощрения воспитателя, выполняя его указания и подражая старшим детям.

- **Эгоцентрическое отношение** характеризовалось ярко выраженным прагматизмом. Главным мотивом поведения было стремление реализовать свои интересы и получить свою выгоду. Другой ребенок воспринимался как препятствие. У старших детей это выражалось в подчеркивании своих преимуществ по отношению к младшим и стремлении управлять ими и поучать их. Это проявлялось в демонстрации своих преимуществ и в менторском тоне высказываний: «Я старше и лучше тебя знаю, как надо делать, делай, как я говорю». Младшие при этом игнорировали старших и отстаивали свои интересы. Они вклинивались, мешали друг другу, нарушали правила. Каждый стремился забрать себе лучшее и действовать в свою пользу.

- **Отношение обесценивание** выражалось в стремлении старших самоутвердиться за счет младших. Оно проявлялось в негативных оценках действий и поведения других детей. Такое отношение могло переходить на личность другого ребенка, и тогда оно становилось оскорблением, унижением. В отличие от эгоцентрического отношения, здесь старший ребенок утверждал свое Я не просто за счет своих преимуществ в игре, но через унижение и обесценивание личности младшего. Младшие при этом либо протестовали (жалобы, слезы, обиды), либо терпели и подчинялись воле старших.

- **Отношение сопричастности** проявлялось в стремлении к совместной деятельности, в согласовании интересов, поиске общности. Старшие дети стремились вовлечь малышей в общее дело не на словах, а реально помогали им, уступали лучшее, помогали в игре, при чем все это осуществлялось по собственной инициативе самих дошкольников, без указаний и побуждений воспитателя. Младшие были заинтересованы общим делом и с готовностью откликались на предложения старших.

- **Конкурентное отношение** выражалось в том, что другой ребенок выступал как предмет сравнения. При исходно равных возможностях выражалось стремление подчеркнуть свое превосходство: кто быстрее и лучше нарисует, кто выиграет и пр. Главным при этом выступало соревновательное начало.

Рассмотрим, как представлены разные варианты отношений в разновозрастных и одновозрастных группах детского сада.

Особенности отношений детей в РВГ в сравнении с одновозрастной группой

Дальнейший анализ показал, что между одновозрастными и разновозрастными группами выявились существенные различия. Причем значительная неоднородность наблюдалась в самих разновозрастных группах.

В первой группе (РВГ1) у 70% детей явно преобладало **эгоцентрическое отношение**. У них наблюдалась высокая двигательная активность. Они очень быстро меняли занятия, бесцельно ходили по комнате, вклиниваясь в игру других детей, мешая им. Конфликты часто возникали из-за демонстративной, менторской позиции старших. «Я тебе сказала, как делать, так и делай. Я старше тебя и лучше знаю, как надо». Преобладало прагматическое общение с элементами шантажа: "Не дашь мне конфету, я всем девочкам скажу, чтобы с тобой не играли". Мы не наблюдали у детей совместной продуктивной деятельности, игра прерывалась на стадии согласования усилий и распределения игрового материала.

При рисовании на общем листе основные проблемы возникли сразу при рассаживании вокруг листа (дети толкали друг друга, вытесняя), также при разделении пространства самого листа. Дети толкались, чиркали на рисунках другого, нередко доходило до конфликтов. В процессе рисования наблюдались высказывания менторского характера: «Ты не так рисуешь, смотри, как надо рисовать».

В игре по правилам старшие дети часто нарушали правила в свою пользу, обманывая малышей, забирали себе большую часть игрового материала и никогда не делились выигранными конфетами.

Во второй группе (РВГ2) преобладали **отстраненные отношения** (у 85% детей). Большая часть группы предпочитала индивидуальные формы деятельности. Игры в небольших группах происходили преимущественно со сверстниками. Младше дети располагались рядом и наблюдали за действиями старших. Конфликтов между детьми мы не наблюдали, дети часто привлекали на помощь воспитателя и постоянно спрашивали его. Так, во время рисования на общем листе одна из старших девочек спросила: «А можно я нарисую дом?» После согласия взрослого все дети стали рисовать дом, солнышко и т. д. И старшие, и младшие дошкольники спрашивали, что нужно рисовать, правильно ли они рисуют, что делать дальше и пр. Все детские контакты были по поводу обменов мелками. Не было ни оценочных, ни содержательных суждений или обсуждений.

В игре по правилам старшие дети уступали младшим, сопровождая свои действия словами взрослого: «С малышами нужно делиться», «Младшим нужно уступать». Но только двое после настойчивого предложения воспитателя поделились конфетами с малышами, остальные отказались.

Только **в третьей группе (РВГ3)** у большинства детей (64%) наблюдались **отношения сопричастности**. Здесь происходили непрерывные игровые контакты, в которых различить детей разного возраста можно было лишь по внешнему виду. У большинства детей преобладали просоциальное поведение и деловое общение, ни разу мы не наблюдали, чтобы ребенок мешал игре других. В процессе рисования наблюдалось много содержательных контактов. Дети не оценивали рисунков друг друга, но часто советовались, что лучше нарисовать.

совать. Не было ни одного обращения к взрослому, все вопросы дети решали самостоятельно. Они легко обменивались мелками и уступали их товарищам.

В игре по правилам старшие дети без колебаний и сомнений отдавали недостающий игровой материал младшим, следили за правилами, помогали, подсказывали им правила игры. Конфеты либо делили поровну, либо уступали младшим, по результатам игр все участники получили конфеты.

В четвертой группе (РВГ4) доминировали **отношения обесценивания** младших детей со стороны старших (60 %). Межвозрастных контактов, продуктивной совместной деятельности детей или сюжетно-ролевой игры практически не наблюдалось. Старшие нередко отрицательно высказывались по поводу младших: «Она ничего не умеет», «Пожалуйста, выгоните этого Петрова! Он ничего не умеет и что попало рисует».

В процессе рисования отсутствовали содержательные обсуждения, но было много оценочных суждений и стычек по поводу недостатка пространства на листе. В игре по правилам старшие выказывали недовольство, раздражение, если малыши нарушали правила, или вовсе игнорировали младшего: «Она все равно не сможет выиграть – потому что не умеет играть». Конфетами никто из детей не делился, все выигравшие уносили их с собой в группу.

Итак, отношения между старшими и младшими детьми в разных РВГ принципиально различаются. Следует подчеркнуть, что при всей вариативности детских групп, в каждой из РВГ доминирует какой-либо определенный тип отношений между детьми.

В отличие от этого, в одновозрастных группах не было явного доминирования какого-либо одного типа и разные варианты межличностных отношений представлены более равномерно. В одновозрастных группах в тех же ситуациях мы не наблюдали проявлений нечувствительности к другим: дети не толкались, не чиркали на чужих рисунках, не отбирали мелки, как это нередко делали старшие по отношению к младшим. Отношения сверстников никогда не доходили до обесценивания и унижения другого ребенка, что нередко наблюдалось в разновозрастных группах. Высокомерная, менторская позиция также присутствовала только в разновозрастной группе, где старшие стремились подчинить себе активность младшего. Однако здесь в большей степени было выражено конкурентное отношение – дети соперничали, боролись с партнерами за выигрыш или свое преимущество.

Для выявления различий в предметной и личностной составляющей отношений детей мы, используя показатели методик «Рисование» и «Игра с правилами», выделили формы поведения отражающие личностную (ЛС) и предметную составляющую (ПС).

Так, к показателям, отражающим предметное начало, относились: стремление захватить как можно больше места, претензии на недостаток пространства для своего рисунка, хвастовство, обесценивание усилий другого и пр. К показателям личностного отношения мы относили готовность уступить место, сотрудничество с другими детьми, интерес и положительное отношение к работе других, помощь, стремление договориться, поделиться конфетами и пр. Каждое проявление показателя оценивалось как 1 балл; подсчитывалась общая сумма баллов, которая отражала степень выраженности ПС и ЛС в отношениях детей.

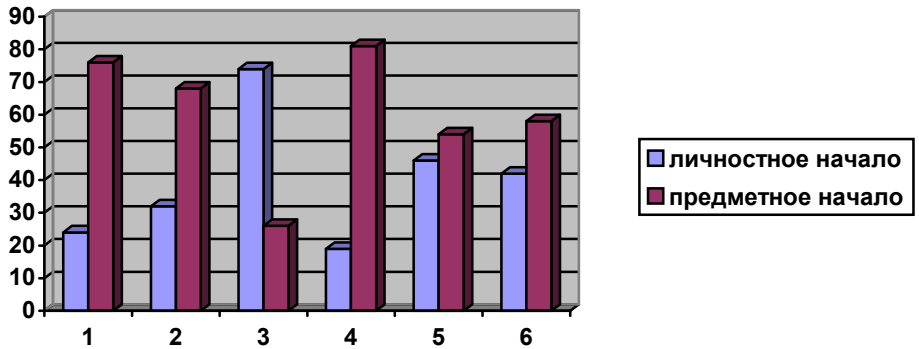


Рис. 1. Выраженность предметного и личностного начала в отношениях детей разновозрастных (1, 2, 3, 4) и подготовительных групп детского сада (5, 6).

Как можно видеть из рисунка, в 1, 2 и 4 группах преобладает предметное начало, при этом его выраженность существенно выше, чем в разновозрастных группах. В РВГЗ явно доминирует личностное начало, и его выраженность значительно выше, чем в подготовительных группах.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что характер межличностных отношений в разновозрастных группах детского сада отличается широкой вариативностью, при этом в каждой из них доминирует какой-либо определенный тип отношений между детьми. В отличие от этого, в разновозрастных группах более равномерно представлены различные типы межличностных отношений.

Наши данные показывают, что ситуация совместной жизнедеятельности детей разного возраста в значительно большей степени, чем группа сверстников, стимулирует становление как личностного, так и предметного начала в отношении к другому ребенку. В разновозрастных группах разрыв между предметным и личностным началом в отношениях детей выражен значительно менее ярко.

Естественно возникает вопрос: от чего зависит характер отношений детей в разновозрастной группе? Отвечая на этот вопрос можно выдвинуть следующие предположения:

1. Межличностные отношения детей зависят от образовательной программы, которая реализуется в группе.
2. Отношения в группе определяются индивидуальными особенностями отдельных детей, составляющих группу.
3. Характер общения и межличностных отношений детей определяется главным образом стилем воспитания и характером взаимодействия воспитателя с детьми.

Очевидно, что все эти предположения нуждаются в экспериментальной проверке.

Для проверки первого предположения мы провели дополнительно методику «Рисование на общем листе» в разновозрастных группах, работающих по разным образовательным программам («Развитие», «Детство», «Типовая

программа», программа «Березка», работающая на основе методики вальдорфской педагогики). Однако в результате мы не обнаружили зависимости между типами отношений детей и образовательной программой, реализуемой в разновозрастной группе. Так, в одной из групп, работающих по программе «Развития», преобладали индифферентные отношения между детьми разных возрастов, а в другой – эгоцентрические. Значимых различий между суммарными показателями групп, работающих по разным программам, обнаружено не было за исключением групп, работающих по программе «Березка», где преобладали отношения сопричастности

Для проверки второго и третьего предположений было проведено лонгитюдное исследование, в котором в течение 4 лет (с 2000 по 2004 гг.) по одним и тем же методикам выявлялись показатели межличностных отношений детей в группах одних и тех же воспитателей.

В результате этого исследования мы обнаружили устойчивые типы отношений в исследуемых нами группах на протяжении всех четырех лет. При этом состав детей сменился полностью, а отношения между детьми в группе остались прежними. Показательно, что разные старшие дошкольники из года в год воспроизводили одни и те же высказывания с теми же интонациями, поучая, обижая или поддерживая младших.

Полученные результаты позволяют предположить, что основным фактором, влияющим на межличностные отношения детей в разновозрастных группах, является **характер взаимодействия воспитателя с детьми**. Воздействия воспитателя и стиль его общения с детьми становятся моделью поведения старших детей по отношению к младшим. При этом состав разновозрастной группы создает благоприятные условия для реализации, воспроизведения и присвоения того типа отношения к младшим, который демонстрирует взрослый.

Психологический анализ взаимодействия воспитателя с детьми в различных РВГ

Для проверки и конкретизации этого предположения был предпринят психологический анализ характеристик взаимодействия воспитателей с детьми в исследованных нами РВГ с разными вариантами отношений между старшими и младшими детьми. Исследование заключалось в наблюдении за поведением воспитателей в свободном взаимодействии с детьми.

Для анализа воздействий взрослого были выделены следующие показатели:

- **Направленность деятельности воспитателя, его целевые установки.** Деятельность воспитателя может быть направлена на успешность и результативность действий ребенка, на проявление его инициативы и самостоятельности или на общность детей (т. е. на организацию их взаимодействия).

- **Эмоциональный фон воздействия (негативный, нейтрально-безразличный или позитивный).** При позитивном эмоциональном фоне для взрослого было характерно проявление заботы и мягкости. При нейтральном эмоциональном фоне воздействие взрослого выражалось в безразличии к детям и в отчужденном отношении. При отрицательном - для взрослого была характерна раздражительность в отношениях с детьми с преобладанием упреков, недовольств, критических замечаний.

- **Степень включенности воспитателя в общение детей.** Данный

показатель отражает степень участия взрослого в детской деятельности и в разрешении проблем и конфликтов детей. При высокой степени включения взрослый предлагает варианты разрешения трудностей, включается во взаимодействия как один из участников, организует игры и занятия, в которых может участвовать вся группа. При низкой степени включенности воспитатель ведет себя отстраненно от детей, занимается своими делами и формально выполняет свои обязанности.

Данные показатели оценивались по условной 3-балльной шкале.

Наблюдая взаимодействие взрослого с детьми, мы выделили 5 педагогических стилей:

1. Потакающий – направленность на самовыражение и самостоятельность детей; низкая включенность в детскую жизнь на позитивном эмоциональном фоне: «Пусть делают, что хотят», «Они сами выберут, что им нужно». Такой воспитатель позволяет детям делать все, что они хотят, оправдывая их агрессивные или деструктивные действия тем, что они еще маленькие: «Детям иногда нужно побегать, нельзя же все время их строить и организовывать».

2. Индифферентно-формальный – направленность на результат обучения или успешность деятельности. Низкая включенность в детское взаимодействие. Преобладание вербальных форм воздействий взрослого (призывов к хорошему поведению и послушанию) на нейтральном или отрицательном эмоциональном фоне. Такой воспитатель часто предпочитал общение со взрослыми, у него находились срочные дела вне группы, он с готовностью общался с приходящими в группу людьми или просто занимался своими делами. Дополнительное анкетирование показало, что у таких воспитателей нет профессиональной заинтересованности, часть это люди временно пребывающие в детском саду.

3. Индивидуально ориентированный - направленность на индивидуальные достижения ребенка на позитивном эмоциональном фоне. Педагог достаточно успешно осуществляет индивидуальный подход, передавая какие-либо знания и умения детям, при этом не считает своей обязанностью организовывать общение и взаимодействие детей. Включенность в детское общение невысокая, воспитатель участвует в детских проблемах только в случае явных конфликтов. Воспитатель часто и назидательно декларирует правила и нормы поведения, например: «Играйте дружно, младших обижать нельзя, с малышами нужно делиться» и пр. В случае конфликтов разводит детей в разные стороны: «Не умеете играть вместе – играйте по отдельности», «пусть каждый займется делом и никому не мешает».

4. Директивный - ярко выраженная направленность на результат деятельности или обучения детей. Негативный эмоциональный фон. Включенность в детскую жизнь практически отсутствует. При этом стиле часто наблюдаются упреки в адрес детей, осуждения за их неумелость или насмешки из-за неспособности быстро есть или решать задачки. Для такого воспитателя характерно высокомерное отношение к детям как к менее развитым и мало что понимающим людям.

5. Ориентированный на детскую общность - воспитатель принимает активное участие в детской деятельности и в разрешении проблем и конфликтов детей. При высокой степени включенности и на позитивном эмоциональном фоне взрослый содействует развитию взаимодействия детей,

предлагая образцы разрешения трудностей не на словах, а включаясь во взаимодействия как один из участников. О том, что воздействия воспитателя являются действенными, что взрослый способствует развитию взаимодействия детей, можно судить по самостоятельности детей, по отсутствию жалоб, обращений, вопросов со стороны детей.

В каждой группе работали 2 воспитателя. Наблюдения показали, что хотя бы у одного из них преобладает индифферентно-формальное отношение. Напомним, что для него характерны эмоциональная отстраненность, преобладание вербальных воздействий и формально-оценочная позиция. Можно полагать, что этот стиль является наиболее распространенным среди воспитателей. При этом данный стиль не определяет качественного характера детских отношений и решающее влияние здесь оказывает второй воспитатель.

Рассмотрим характер этого влияния для каждой РВГ.

В РВГ1 отношение к детям двух воспитателей является прямо противоположным – с одной стороны безразличное, индифферентно-формальное, с другой – потакающее, предоставляющее полную свободу. Такое сочетание воспитательных воздействий порождает эгоцентрические отношения, которые чреваты определенными проблемами между детьми разных возрастов (эгоизм, демонстративность и менторство старших и деструктивное отстаивание своих прав младшими).

Второй воспитатель в РВГ2 ориентирован на индивидуальную работу с детьми, т. е. на их разъединение, что порождает отстраненные, индифферентные отношения детей разных возрастов. И старшие, и младшие ждут указаний от взрослого и стараются их выполнить.

В РВГ4 второй воспитатель демонстрирует директивное отношение к детям, связанное с прямыми однозначными оценками и жесткими требованиями к успехам детей. По-видимому, такой педагогический стиль провоцирует детей на сравнение себя с другими и в наибольшей степени способствует укреплению предметного начала в детских отношениях. Отметим, что в РВГ4 у старших детей складывается позиция обесценивания по отношению к младшим (подчеркивание их несостоятельности, унижение, самоутверждение на их недостатках и пр.).

Следует подчеркнуть, что во всех случаях преобладание предметного начала в отношении воспитателя к детям порождает оценочные отношения между детьми и делает невозможным сотрудничество детей разного возраста.

Только в РВГ3 оба воспитателя были ориентированы не на оценку достижений детей, а на построение детской общности, т. е. вовлекали детей разных возрастов в общие игры и занятия, помогали организовать сотрудничество, побуждали деловую инициативу как старших, так и младших детей. Это, безусловно, давало свои результаты. Напомним, что это была единственная группа, в которой у детей преобладали отношения сопричастности.

Полученные данные позволяют утверждать, что отношения между детьми в разновозрастной группе определяются прежде всего позицией воспитателя и стилем его педагогического общения. Очевидно, что позиция воспитателя и его отношение к детям существенно влияют на становление личности детей во всех группах. Но в случае разновозрастной группы это влияние оказывается решающим.

ЛИТЕРАТУРА

1. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет/ под ред. Е. О. Смирновой. – М.-Воронеж, 2001.
2. Смирнова Е. О. Формирование межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии, 1994, № 6.
3. Смирнова Е. О., Утробина В. Г. Развитие отношения к сверстнику в дошкольном возрасте // Вопросы психологии, 1996, № 3.
4. Смирнова Е. О., Холмогорова В. М. Межличностные отношения дошкольников – диагностика, проблемы, коррекция. – М.: ВЛАДОС, 2003.

Е. Г. Каримулина, Н. В. Зверева

ТАКТИЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Экспериментальные исследования тактильной сферы показали ее значимость для обучения ребенка и становления его психики в разные периоды развития [1, 6, 13, 14, 16]. Благоприятное развитие тактильной деятельности обогащает мир ребенка, проблемное ее развитие может приводить к различным нарушениям и трудностям. Интерес к изучению тактильной сферы возрос в связи с перспективностью нейропсихологической диагностики *трудностей в обучении* младших школьников и практическими задачами восстановительной работой в виде формирующего обучения. О несправедливо забытой роли тактильной сферы на разных этапах развития ребенка говорят Н. К. Корсакова и другие исследователи [2, 4, 11]. Л. С. Цветкова включает исследование тактильной функции для изучения состояния «базы» речи [18]. W. Schiff, E. Foulke [20] указывают на влияние «эффекта потолка» при исследовании тактильной деятельности или зрительно-тактильных соотношений у детей школьного возраста: тактильный анализатор очень быстро достигает высокого уровня развития уже в раннем возрасте. В последующие возрастные периоды его развитие не столь интенсивно, да и сама модальность менее востребована в обучении. Специализация модальностей в различных аспектах восприятия может быть более сложной, чем это кажется с первого взгляда. Возможно, отмечаемые в младшем школьном возрасте трудности тактильного восприятия формы связаны с тем, что в этом возрасте происходит специализация тактильного восприятия для различения текстуры предмета.

Существенный вклад в представления о развитии тактильной сферы у детей внесли работы S. Witelson. Она провела оригинальное исследование состояния тактильной сферы у детей 6-13 лет, предложив метод дигаптической стимуляции. Суть его заключается в следующем: испытуемым одновременно предлагалось ощупывать левой и правой руками два различных предмета, не видимых для глаз, важно, что используются стимулы, не имеющие четкого предметного назначения. После десятисекундного ощупывания испытуемого просят выбрать эти две фигуры среди шести, предъявляемых для зрительного ознакомления (условие тактильно-зрительного выбора). Результаты оценивались по числу правильно выбранных каждой рукой предметов.

Исследование было проведено на представительной выборке (200 мальчиков и девочек в возрасте от 6 до 13 лет с ярко выраженной праворукостью). По данным S. Witelson оказалось, что половые различия в латерализации пространственных и тактильных способностей возникают довольно рано. Мальчики обнаружили лучшие показатели тактильно-зрительного выбора для левой руки, чем для правой. У девочек показатели для обеих рук не различались. Аналогичная процедура была применена к детям с дислексией. Известно, что среди детей с трудностями в обучении именно «дислексиики» составляют значительную группу. Получены различия между детьми с дислексией и детьми с нормативным развитием: нормальные дети при ощупывании двух фигур каждой рукой лучше делают зрительный выбор предмета, который они держали в левой руке, тогда как у детей с дислексией таких различий не отмечается. S. Witelson делает вывод о том, что признаки дислексии могут быть связаны с билатеральным представительством пространственной функции и унилатеральным представительством речевой функции (в левом полушарии). Недостаточная латерализация приводит к тому, что билатеральная представленность пространственной функции оказывает отрицательное влияние на речевые функции левого полушария в процессе чтения [21].

Анализ литературных данных позволяет выделить следующие важные для постановки данной работы моменты:

- ранний период активного развития тактильной функции («эффект потолка» отмечается в среднем дошкольном возрасте) [20];
- наличие различий по полу у детей при осуществлении тактильной деятельности или тактильно-зрительных координаций [21];
- связь дислексии и тактильной функции [18, 21];
- различия в осуществлении тактильной деятельности у испытуемых с разным типом латерального доминирования [9, 19];
- различия по полу по латеральным характеристикам в школьном возрасте [3, 5, 15];
- эффективность нейропсихологического подхода в работе с детьми с трудностями школьного обучения [1, 2, 4, 11, 13, 14].

Опыт практической деятельности школьного психолога одного из авторов вкупе с анализом литературных данных обеспечили возникновение замысла работы и организацию изучения связи тактильной деятельности и успешности обучения с учетом латерального доминирования.

Обычно в рамках школьного обучения разные стороны тактильной деятельности не упражняются, мало включены в ассоциативные связи с другими анализаторными системами. В данной работе предпринята попытка оценить взаимосвязь особенностей тактильной деятельности (мануального тактильного предпочтения и тактильной памяти) и успешности обучения в младшем школьном возрасте. Тактильная асимметрия является частью профиля латеральной организации головного мозга. Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина наряду с определением ведущей руки, ноги, зрения и слуха в оценку профиля асимметрии включают параметр предпочтения руки при осязании и скоростные показатели обеих рук при выполнении заданий на ощупь. Однако в экспериментальных исследованиях при определении и описании профилей асимметрий параметры по тактильной сфере учитываются редко [5]. Так-

тильная память редко становится предметом исследования в психологических работах, однако эта деятельность, безусловно, представляет интерес и требует более пристального изучения [7, 8, 9, 10, 12].

В ходе работы решались следующие **задачи**:

1. Выявить особенности тактильного мануального предпочтения мальчиков и девочек младшего школьного возраста.
2. Изучить распределение тактильного мануального предпочтения мальчиков и девочек младшего школьного возраста с разной успешностью обучения.
3. Выявить особенности тактильной памяти у мальчиков и девочек младшего школьного возраста с разным профилем мануального доминирования.
4. Изучить распределение успешности тактильного запоминания у мальчиков и девочек младшего школьного возраста с разной успешностью обучения.

Эмпирический объект исследования - дети 7-10 лет, мальчики и девочки, учащиеся младших классов школы, имеющие разную успеваемость (успешность обучения).

Материал исследования: 90 мальчиков и 90 девочек. Все дети разделены на 4 группы по уровню успешности обучения: 1 уровень (высокая успешность) – дети отлично учатся по основным предметам; 2 уровень (средняя успешность) – дети хорошо учатся по основным предметам, допускают отдельные ошибки; 3 уровень (низкая успешность) – дети удовлетворительно усваивают учебную программу, но имеют трудности обучения по отдельным предметам; 4 уровень - дети коррекционного класса, имеют выраженные трудности обучения по ряду предметов.

Методы исследования:

1. Оценка мануального предпочтения (опросник Аннет) [17].
2. Оценка тактильного мануального предпочтения (модификация).
3. Оценка тактильной памяти (авторская разработка для запоминания стимулов тактильной модальности) [7, 9].

Для решения **2-й задачи** применялась специально разработанная методика тактильного мануального предпочтения. Для ее создания использовался подход, изложенный в работе Е. Д. Хомской и соавт. [17]. Оценка ведущей в тактильной деятельности руки осуществлялась на основе самооценки по итогам реального испытания. Стимульным материалом служили дощечки с наклеенными на них монетами и веревкой, ребенку предлагали на ощупь (без участия зрения) определить, что находится на дощечке, которую он держал обеими руками перед собой и сказать, какой рукой ему легче было выполнять задание. Процедура повторялась дважды. Для решения **3-й и 4-й задач** использовалась методика исследования тактильной памяти. Исследовалось произвольное запоминание тактильных стимулов в задачах и их последующее узнавание среди дистракторов по классической схеме исследования узнавания «да-нет». В качестве стимульного материала использовались дощечки с различными поверхностями. Каждому испытуемому предлагалось запомнить ряд стимулов (7 дощечек с разными фактурами), а потом узнать их среди перемешанных стимулов и дистракторов (7 дощечек с близкими, но неодинаковыми со стимулами фактурами). Первое и второе предъявления были последовательными. Тактильный (фактурный) стимульный материал испытуемым предъявлялся бимануально за специальной ширмой так, чтобы

исключить зрительный контроль. Критерием продуктивности запоминания служило количество ошибок при узнавании стимулов, а также их качество: ошибки - потеря стимула и ошибки - ложные узнавания признака.

В оценке тактильного мануального предпочтения участвовали все дети, в экспериментах на тактильную память принимали участие только выраженные правши и левши, амбидекстры исключались, также как и дети из коррекционных классов (4 уровень успешности обучения).

Результаты исследования

Изучение особенностей тактильного мануального предпочтения мальчиков и девочек младшего школьного возраста показало, что испытуемые распределились по трем группам в соответствии с мануальным предпочтением: с преобладанием правых признаков, с преобладанием левых признаков, с симметричными признаками по тактильной функции. В таблице 1 приведены соответствующие данные: большинство детей предпочитало правую руку, но имелись различия. Среди мальчиков предпочитают правую руку для ощупывания и идентификации предмета 56% испытуемых, среди девочек - 49% испытуемых. В группе с преобладанием левой руки девочек больше, чем мальчиков (29% девочек, 22% мальчиков). Группа симметрии представлена приблизительно равным количеством мальчиков и девочек.

Таблица 1.

Распределение тактильного мануального предпочтения у мальчиков и девочек (%%).

	правая	левая	симметрия
мальчики	56	22	22
девочки	49	29	21,7

При сопоставлении различных вариантов мануального доминирования (по данным опросника Аннет) с предпочтением руки по тактильной функции можно отметить, что существует определенная связь между степенью «рукости» и распределением латеральных признаков в тактильной системе. Праворукие предпочитают правую руку для опознания предмета на ощупь (63% - у мальчиков, 58% - у девочек). Леворукие чаще, чем дети других групп, указывают на предпочтение левой руки при ощупывании: у «сильных» леворуких – 25% мальчиков и 40% девочек. Сопоставление различных вариантов доминирования руки с особенностями тактильной самооценки показало соответствие степени «рукости» тактильному мануальному предпочтению. У праворуких (по данным опросника Аннет) мальчиков 73% предпочитают правую руку для идентификации предмета на ощупь. У праворуких (по данным опросника Аннет) девочек соответственно – 63%. Существует связь степени «рукости» и тактильного предпочтения руки при ощупывании объекта: праворукие дети предпочитают правую руку, левши – левую руку или обе руки, хотя в этом случае связь не столь выраженная. Несовпадения ведущей руки и тактильного мануального предпочтения среди испытуемых с признаками «сильного» правшества не отмечалось («сильные» правши ни разу не предпочитали левую руку при тактильном опознании), тогда как среди «сильных» левшей такое несовпадение было нередким («сильные» левши предпочитали правую руку при ощупывании предмета у 60% девочек и мальчиков).

Тактильное мануальное предпочтение оказалось неодинаковым в группах детей с различной успешностью обучения (см. табл. 2).

Таблица 2. Тактильная асимметрия в группах по обучаемости (в %% встречаемости по группе).

Тактильная асимметрия	правая	левая	симметрия
Уровень успеваемости			
Высокий	57	21	22
Средний	60	17	23
Низкий	69	15	16
Класс коррекции	42	49	9

По выделенным уровням успеваемости предпочтение правой руки имели среди детей с 1-м уровнем - 57%, со 2-м – 60%, с 3-м – 69%, с 4-м – 42%. Предпочтение левой руки имели в 1-й группе – 21%, во 2-й - 17%, в 3-й – 15%, в 4-й - 49% детей. Остальные дети в указанных группах не имели четко выраженного тактильного мануального предпочтения.

Исследование тактильной памяти в указанных группах испытуемых показало следующее. Были обнаружены статистически значимые различия показателей произвольного запоминания в зависимости от пола испытуемых: мальчики допускали больше ошибок, чем девочки (соответственно 0,33 и 0,20 ошибки).

Показано определенное соответствие успешности произвольного тактильного запоминания и успешности обучения (см. табл. 3). Различия продуктивности тактильного запоминания в группах с разным уровнем успешности обучения оценивались по среднему показателю количества допущенных ошибок с помощью статистического параметра Манна-Уитни.

Таблица 3. Продуктивность тактильной памяти и успешность обучения

Группа успешности обучения	Продуктивность тактильной памяти (коэффициент ошибок)
высокий	0,23
средний	0,28
низкий	0,35

Продуктивность тактильного запоминания у детей с высоким уровнем успешности обучения оказалась выше по сравнению с таковой у детей с низким уровнем, различия статистически значимы ($p \leq 0,05$). У детей с низким уровнем оказалось самое большое количество ошибок (средний показатель - 0,35 ошибки), у детей со средним уровнем – промежуточное (средний показатель – 0,28 ошибки), а у детей с высоким уровнем – самое низкое количество ошибок (средний показатель – 0,23 ошибки).

Сопоставление успешности тактильного запоминания и профиля латерального доминирования показало, что по общему количеству допущенных ошибок дети-правши и дети-левши (по данным опросника Аннет) не различались. Анализ различия между группами в зависимости от типа допущенных ошибок выявил более дифференцированную картину. Согласно данным литературы, ошибки потери в большей степени связаны с процессами запоминания (слепообразования), а ошибки ложного узнавания признака указывают

на недостаточность критичности и контроля [10]. В соответствие с нейропсихологической концепцией памяти можно полагать, что полнота узнавания обеспечивается глубинными отделами мозга и задними структурами гемисфер, а точность припоминания, избирательность узнавания – лобными отделами мозга. В группе левой обнаружено статистически достоверное преобладание количества ошибок ложного узнавания признака над количеством ошибок потери стимула ($p < 0,05$), тогда как в группе правой различий по качеству допущенных ошибок не выявлено. У детей с низкой обучаемостью когнитивные компоненты тактильной функции, в целом менее тренированные и упражняемые, оказываются «ущербными» при сопоставлении с другими функциями (зрение, слух) [8, 12].

Полученные материалы позволяют более дифференцированно подойти к вопросу об использовании тактильной модальности в процессе обучения в младшей школе и рекомендовать применение тактильного опосредования для гармонизации развития личности и оптимизации процесса обучения путем сочетания ассоциативных связей, основанных на тактильной модальности, как в классах традиционного обучения, так и в классах коррекции.

Резюме

Проведенное исследование позволяет сделать ряд обобщений, касающихся особенностей тактильной деятельности у детей младшего школьного возраста с разной успешностью обучения:

- Выявлена неоднозначность распределения правых и левых тактильных мануальных предпочтений в группах с разной успешностью обучения.
- В тактильном запоминании дети с высоким уровнем успешности обучения делают меньше ошибок, чем дети с низким уровнем успешности обучения.
- Отмечено своеобразие распределения детей младшего школьного возраста по тактильному мануальному предпочтению для мальчиков и девочек.
- Существует качественное своеобразие процессов тактильного запоминания у детей-левшей и детей-правшей.
- Обнаружена тенденция к половым различиям в выполнении заданий на тактильное запоминание.

Полученные данные могут иметь значение для деятельности практических психологов образования и специальных психологов при оценке и прогнозе успешности обучения (обучаемости) детей младшего школьного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т. В. Нейропсихология индивидуальных различий детей как основа использования нейропсихологических методов в школе // 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурия. Сборник докладов. - М., 1998. - С. 201-208.
2. Ахутина Т. В. Нейропсихология и школа // Материалы конференции, посвященной 40-летию факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, «Психология перед вызовом будущего». - М., 2006. - С. 79-80.
3. Грошев И. В. Половые различия латеральных характеристик школьников г. Тамбова // 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурии. Москва, Россия. 24-26 сентября 1997 г. Тезисы докладов. - М., 1997. - С. 27-28.
4. Давыдова Е. Ю. Нейробиологические корреляты успешности обучения / Автореф. канд дисс. - М., 2002.
5. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Левши. - М., 1994.

-
6. Зверева Н. В., Каримулина Е. Г. Исследование тактильной сферы в психологии // Вестник МГУ, сер. 14. Психология, 1997, вып. 2. - С. 76-87.
 7. Зверева Н. В., Каримулина Е. Г. Методика исследования тактильной деятельности у детей // Ежегодник РПО, Методы психологии, т. 3, вып. 1, Ростов-на-Дону, 1997. - С. 118-121.
 8. Каримулина Е. Г. Сравнительное изучение тактильной и слухоречевой памяти у детей младшего школьного возраста // 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурии. Москва, Россия. 24-26 сентября 1997 г. Тезисы докладов. - М., 1997. - С. 44-45.
 9. Каримулина Е. Г. Развитие тактильной сферы у детей классов компенсирующего обучения младшего школьного возраста / Автореф. канд. дисс. - М., МГУ, 2000.
 10. Корсакова Н. К., Семенова Т. Б. Модально-специфические особенности памяти у больных шизофренией //1 Международная конференция памяти А. Р. Лурии. Москва, Россия. 24-26 сентября 1997 г. Тезисы докладов. - М., 1997. - С. 51.
 11. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. - М., 1997.
 12. Матюгин И. Ю., Асоченская Т. Ю., Бонк И. А. Тактильная память. - М.: Эйдос, 1993.
 13. Микадзе Ю. В. Нейропсихологический анализ формирования психических функций у детей // 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурии. Сборник докладов. - М., 1998. - С. 225-231.
 14. Семенович А. В. -Психолого-педагогическое сопровождение детей-левшей. - М., 1998.
 15. Симерницкая Э. Г. Доминантность полушарий. - М., 1979.
 16. Сиротюк А. Л. Психолого-педагогическое обеспечение дифференцированного обучения младших школьников: нейропсихологические аспекты. - Тверь: ТОИУУ, 2003.
 17. Хомская Е. Д., Ефимова И. В., Будыка Е. В., Ениколопова Е. В. Нейропсихология индивидуальных различий. - М., 1997.
 18. Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. - М., 1998.
 19. Эрдели А. К. Исследование функциональной асимметрии тактильного восприятия // Вопросы психологии, 1979, № 2.
 20. Schiff W., Foulke E. (ed.) Tactual Perception: a Sourcebook. Cambridge, 1982.
 21. Witelson S. F. Developmental Dyslexia. Now Right Hemispheres and None Left, Science, 1977, vol. 195, p. 309-311.
-

**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ
У ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**
**НИИ семьи и воспитания РАО, Психологический институт РАО
(Москва).**

В настоящее время проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) подростками во многих странах приобрела общегосударственный характер. Употребление ПАВ оказывается непосредственной причиной нарушений общественного порядка, роста преступности в стране, падения нравственности, нанесения экономического ущерба обществу, снижения уровня здоровья населения. Актуальность данной работы обусловливается тем, что в условиях кризисного развития современного российского общества увеличивается распространенность употребления ПАВ. Возникает необходимость в изучении механизмов совладания у подростков, употребляющих ПАВ, так как эти механизмы играют существенную роль в адаптации человека к окружающей среде.

Целью данной работы является исследование выраженности механизмов совладания у подростков, употребляющих ПАВ.

Перед тем как мы перейдем к описанию результатов нашего исследования, постараемся дать определение понятия «копинг-стратегия» и кратко описать взгляды зарубежных и отечественных исследователей по данной проблеме. Под копинг-стратегиями мы будем понимать совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий личности, суть которых состоит в достижении адаптации к жизненным событиям и стрессовым ситуациям.

Первоначально понятие «копинг» возникло в психологии стресса для обозначения формы защиты в ситуации психологической угрозы [10; 11]. Позднее термин «копинг» стал рассматриваться в работах по кризисным ситуациям, связанным с хроническими заболеваниями. При этом каждая болезнь могла быть воспринята как некоторый жизненный кризис, который надо преодолеть посредством адаптации организма к условиям жизни, с тем чтобы и дальше организм мог развиваться в определенной последовательности. С начала 60-х годов XX века понятие «копинг» начинает активно применяться в американской психологии для изучения поведения личности в любых ситуациях, категоризируемых как критические или же «трудные» [22; 23; 24; 25]. Очевидно, именно с этого времени в исследовании совладания начинает доминировать его когнитивная трактовка, когда в центре внимания исследователей оказываются не только и не столько непосредственная поведенческая активность человека, сколько те элементы когнитивной сферы личности, которые отвечают за выбор и осуществление совладающего поведения. В эту сферу неминуемо включается и придаваемое человеком той или иной ситуации субъективное значение, и понимание им тех или иных взаимоотношений со своим близким социальным окружением. В современной научной психологической литературе выделяются три подхода к исследованию стратегий совладания: психодинамический, диспозиционный, когнитивно-поведенческий.

Одна из ярких представительниц психодинамического подхода Н. Хаан изучала связанное с преодолением трудностей поведение людей с неопределенных позиций [21]. Она противопоставляла друг другу механизмы преодоле-

ния трудностей и защиты. В неофрейдистских концепциях вообще придается большое значение «Я–процессам». В этом есть сходство с когнитивно–поведенческим подходом, приписывающим когнитивным процессам основную роль в поведении, направленном на преодоление трудностей. По мнению Н. Хаан, в основе стратегий преодоления трудностей и механизмов защиты лежат сходные основополагающие Я–процессы, расположенные в континууме, один полюс которого соответствует конструктивному разрешению ситуации (преодолению трудностей), а противоположный – жесткому механизму защиты. Предполагается, что любой психически здоровый человек, не фрустрированный не поддающимися разрешению проблемами, сначала прибегает к «здоровым» Я–процессам в форме стратегий преодоления трудностей, и лишь когда ситуация выходит за границы его возможностей, обращается к защитным механизмам [8]. Таким образом, копинг–стратегии являются конструктивными механизмами преодоления трудных жизненных ситуаций.

Наиболее полно копинг–стратегии были изучены Р. Лазарусом, представителем когнитивно–поведенческого подхода, который считал, что процессы преодоления трудностей вступают в действие при столкновении индивида с опасностями, угрозами или требованиями. Процесс преодоления трудностей протекает согласно его теории в три стадии: первичная (когнитивная и аффективная) оценка ситуации, вторичная оценка альтернативных возможностей решения проблемы и третичная оценка т. е. переоценка ситуации и выбор новых альтернатив поведения [25]. В данной модели важно, что все три перечисленные формы оценки не обязательно разделены и следуют друг за другом. Скорее они могут переходить одна в другую, оказывая взаимное влияние. Стратегии преодоления трудностей согласно теории Р. Лазаруса используются тогда, когда известный индивиду спектр форм поведения оказывается исчерпанным и необходимо нечто новое, что позволило бы конструктивно справиться с, возможно, никогда ранее не встречавшейся ситуацией. Таким образом, стратегии преодоления трудностей ведут к дальнейшему развитию личности [8]. Использование неконструктивных копинг–стратегий или механизмов психологической защиты характерно для людей с отклоняющимся поведением.

Начиная с 90–х годов XX века проблема совладающего поведения разрабатывалась в рамках отечественных исследований, преимущественно в рамках клинико–психологического подхода [1; 3; 4; 5; 7; 12; 13; 16; 18; 19]. В исследованиях, проведенных на здоровых лицах, консультативной группе и больных неврозами, копинг–поведение было условно подразделено на три сферы:

1) поведенческая сфера (ответственность, альтруизм, активное избегание в мыслях, компенсация, конструктивная активность, изоляция, сотрудничество, обращение);

2) когнитивная сфера (снижение значимости, фатализм, относительность, самообладание, проблемный анализ, сравнение, религиозность, растерянность, придание смысла, установка собственной ценности);

3) эмоциональная сфера (протест, отчаяние, подавление эмоций, оптимизм, пассивная кооперация, безнадежность, самообвинение, агрессивность) [3].

В исследованиях копинг–поведения больных наркоманией отмечается, что от вида копинг–ответа зависит заболеваемость наркоманией на начальной стадии приобщения к ПАВ. Также у наркозависимых частота приема наркотиков

может быть связана со стрессом и копинг-поведением [19]. Отечественные авторы, изучавшие наркоманию, пришли к выводу, что использование ПАВ является одним из средств преодоления стрессовой ситуации и снятия тревожности. Так, А. Г. Врублевский, М. Г. Цейтлин считают, что отсутствие необходимой устойчивости в стрессовых ситуациях у определенных лиц способствует возникновению у них наркомании. Отмечается, что важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии может стать рассмотрение социальной поддержки как стресс-редуцирующего фактора и как необходимого копинг-ресурса, социально-поддерживающего процесса [4].

Перейдем к результатам нашего исследования. Исследование было проведено в детско-подростковом отделении наркологического диспансера № 12 г.Москвы и в школе № 1904 Зеленоградского образовательного округа Департамента образования г. Москвы. Исследованы были группа подростков с химической зависимостью и группа подростков без химической зависимости, по 50 человек мужского пола в каждой группе. Испытуемые были диагностированы по трем методикам: 1) опросник «Копинг-стратегии личности» Р. Лазаруса, 2) опросник «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирхана, 3) опросник «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» Д. Зимета. По суммам ответов испытуемых, полученным по каждому виду совладающего поведения, были рассчитаны средние значения и стандартные отклонения по каждой группе. Результаты методик отражены в таблицах.

Сначала было проведено исследование с помощью опросника «Копинг-стратегии личности» Р. Лазаруса. Результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения и стандартные отклонения первичных оценок методики «Копинг – стратегии личности» у двух групп испытуемых.

	Подростки с химической зависимостью		Подростки без химической зависимости		Достоверность различий
	X	σ	X	σ	
Конфронтационный копинг	10,42	2,97	9,84	1,93	
Дистанцирование	10,64	3,37	9,16	2,91	$p<0,05$
Самоконтроль	11,50	2,89	11,04	3,29	
Поиск социальной поддержки	10,30	3,58	11,12	2,59	
Принятие ответственности	7,84	2,92	7,12	1,42	
Бегство-избегание	13,82	3,82	9,08	2,39	$p<0,01$
Планирование решения проблемы	11,46	3,86	13,48	2,14	$p<0,01$
Положительная переоценка	11,70	4,13	12,56	3,56	

Из таблицы видно, что значимые различия были получены по таким видам механизмов совладания, как дистанцирование, бегство-избегание и планирование решения проблем. Развитость у подростков с химической зависимо-

стью копинг-стратегии «дистанцирование» свидетельствует о том, что в трудной ситуации они применяют когнитивные усилия, чтобы отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость. Копинг-стратегия «бегство-избегание», также наиболее выраженная у подростков с химической зависимостью, свидетельствует о мысленном стремлении и поведенческих усилиях, направленных к бегству или избеганию проблемы. Развитие именно этих копинг-стратегий может свидетельствовать о нежелании и неспособности подростков с химической зависимостью разрешать трудные ситуации путем применения целенаправленных усилий на изменение этих ситуаций. В подобном положении они предпочитают не вмешиваться, а порой и просто уйти от решения проблемы.

У подростков без химической зависимости нами были получены более высокие показатели по копинг-стратегии «планирование решения проблем», что свидетельствует о том, что они в трудных ситуациях более склонны к применению произвольных, проблемно фокусированных усилий по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы. Подростки без химической зависимости, в отличие от зависимых от ПАВ подростков, не избегают и не боятся трудных ситуаций, а наоборот ориентированы на применение целенаправленных усилий для разрешения трудных ситуаций.

Таким образом, с помощью методики «Копинг-стратегии личности» Р. Лазаруса, мы пришли к выводу, что неумение решать трудные жизненные ситуации является характерной чертой подростков с химической зависимостью. Эта особенность выражается в том, что в подобных ситуациях данная группа лиц стремится отделиться от ситуации, уменьшить ее значимость или применить как можно больше усилий, чтобы избежать решения проблемы. И наоборот, подростки без химической зависимости разрешают трудные жизненные ситуации, применяя проблемно фокусированные усилия, что значительно усиливает их адаптацию к окружающей среде.

Затем нами было проведено исследование с помощью опросника «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирхана. Результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние значения и стандартные отклонения первичных оценок методики «Индикатор стратегий преодоления стресса» у двух групп испытуемых

	Подростки с химической зависимостью		Подростки без химической зависимости		Достоверность различий
	X	σ	X	σ	
Планирование решения проблемы	23,68	5,95	28,28	3,85	$p < 0,01$
Поиск социальной поддержки	23,36	5,31	23,28	7,07	
Избегание	21,16	4,91	17,76	2,54	$p < 0,01$

Из таблицы 2 видно, что значимые различия были получены по таким видам стратегий совладания, как планирование решения проблем и избегание. Стратегия «планирование решения проблем», которая в нашем случае оказалась более выраженной у подростков без химической зависимости, описывает

активное поведение человека с точки зрения разрешения проблемных ситуаций. Эта стратегия характеризует стремление человека разрешить ситуацию с помощью собственных усилий, учитывая при этом как преодолимость внешних обстоятельств, так и собственные возможности. Она описывает усилия, направленные на понимание возникшей трудной ситуации, поиск оптимального решения путем соотнесения возможных альтернатив, а также планирование и поэтапное устранение возникших препятствий. Разрешение социальной проблемы рассматривается как когнитивно–поведенческий процесс, путем которого личность обнаруживает эффективные стратегии преодоления проблемных ситуаций в повседневной жизни как основные копинг–стратегии, целью которых является открытие широкого круга альтернативных разрешений, способствующее общей социальной компетентности. Заметим, что такая же стратегия «планирование решения проблем» у той же категории подростков без химической зависимости нами была выявлена при применении методики «Копинг–стратегии личности» Р. Лазаруса.

Стратегия избегания, которая в нашем случае более выражена у подростков с химической зависимостью, ориентирует поведение человека на восстановление эмоционального благополучия за счет попыток избежать какого–либо взаимодействия с проблемой, составляющей суть рассогласования в трудной ситуации. Такое поведение выражается в стремлении человека не думать о ситуации, стараться не обращать внимания на проблему, перенестись в фантазиях из реальности в более благоприятное время, забыться с помощью транквилизаторов или наркотических веществ и т. д. Избегание становится одной из ведущих поведенческих стратегий при формировании аддиктивного поведения [13]. При этом формируется тенденция к немедленному снятию, избеганию возникшего в стрессовой ситуации эмоционального напряжения путем психофармакологической редукции. С другой стороны, копинг–стратегия избегания – это механизм поведения, основанный на недостаточно развитой системе личностно–средовых копинг–ресурсов и активных копинг–стратегий, это стратегия, направленная на совладание со стрессом, способствующая его редукции, но обеспечивающая функционирование и развитие индивида на более низком функциональном уровне. И здесь мы также отметим, что подобная стратегия, а именно «бегство–избегание», нами была выявлена у подростков с химической зависимостью при применении методики «Копинг–стратегии личности» Р. Лазаруса.

Таким образом мы можем заметить, что результаты, полученные при применении методики «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амрихана, согласуются с результатами, полученными при использовании методики «Копинг–стратегии личности» Р. Лазаруса, а именно, подростки без химической зависимости применяют целенаправленные усилия для разрешения трудных жизненных ситуаций, а подростки с химической зависимостью стремятся избежать решения проблемы, отделится от трудной ситуации или уменьшить ее значимость.

И на заключительном этапе было проведено исследование с помощью опросника «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» Д. Зимета. Результаты отражены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние значения и стандартные отклонения первичных оценок методики «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» у двух групп испытуемых

	Подростки с химической зависимостью		Подростки без химической зависимости.		Досто-верность различий
	X	σ	X	σ	
Семья	2,76	1,46	2,89	1,36	$p < 0,05$
Друзья	2,90	1,29	2,50	0,99	$p < 0,05$
Значимый другой	3,12	1,04	2,20	1,35	$p < 0,05$

Из таблицы 3 видно, что по всем шкалам получены существенные различия между двумя группами испытуемых. Восприятие социальной поддержки по шкале «семья» выше у подростков без химической зависимости по сравнению с подростками с химической зависимостью. Это может свидетельствовать об уверенности подростков без химической зависимости в том, что семья окажет социальную поддержку, при этом данная группа подростков при решении трудной ситуации обращается за поддержкой к членам своей семьи. Для химически зависимых подростков семья, напротив, не является, по их представлениям, опорой. Скорее всего, это следствие того, что их поведение не одобряется семьей. Подростки с химической зависимостью оценивают внутрисемейные отношения отрицательно и не считают, что семья является для них источником социальной поддержки. Попытки семьи противостоять дальнейшему употреблению ПАВ приводят к конфликтам и непониманию, в результате чего семья становится дезинтегрированной структурой и теряет социально-поддерживающую функцию.

Восприятие социальной поддержки по шкале «друзья» выше у подростков с химической зависимостью по сравнению с подростками без химической зависимости. Таким образом, подростки с химической зависимостью склонны искать социальной поддержки у друзей, которые, с их точки зрения, проявят большее понимание и окажут помощь и социальную поддержку. Попутно заметим, что настоящих друзей данная категория подростков часто не имеет, а те, кого они понимают под друзьями, являются на самом деле партнерами по употреблению ПАВ, именно к этой категории лиц химически зависимые подростки и обращаются за помощью и пониманием.

Восприятие социальной поддержки по шкале «значимый другой» у подростков с химической зависимостью выше по сравнению с подростками без химической зависимости, что может свидетельствовать о том, что данная группа подростков ищет социальной поддержки у значимых других, которые являются для них гораздо важнее и ближе семьи и родственников. Отметим, что социальная сеть «значимый другой» у зависимых подростков, также как и социальная сеть «друзья», часто представлена партнерами по употреблению ПАВ. Со значимыми другими происходит совместное употребление ПАВ, и подростки склонны считать, что они могут получить здесь социальную поддержку, которая, с нашей точки зрения, является по своей сути ложной и ситуационно обусловленной.

Таким образом, употребление ПАВ оказывает деструктивное влияние на социальные сети зависимых подростков, ограничивает получение эффективной социальной поддержки в стрессовых и проблемных ситуациях. Поведение зависимых способствует разрушению просоциальных поддерживающих сетей. Окружение, способствующее продолжению употребления, подростки рассматривают как наиболее необходимую, референтную, социально поддерживающую группу. Таким образом, все идет к тому, что зависимые подростки воспринимают лишь ПАВ как самое желанное и необходимое в их жизни и поэтому понимания и социальной поддержки они ожидают прежде всего от партнеров по употреблению ПАВ.

На основании проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы.

1. Копинг-поведение представляет собой мощный личностный ресурс, полезный для преодоления жизненных ситуаций, оно развивается и меняется в зависимости от взаимодействия с окружающей средой. Просоциальное копинг-поведение является необходимым условием для профилактики употребления ПАВ. Эффективность самого копинг-процесса определяется средовыми и личностными ресурсами.

2. Копинг-поведение направлено на разрешение проблемы, является базовым психическим ресурсом и направлено на уменьшение источника дистресса. Высокий уровень развития данной стратегии является психической характеристикой более зрелой личности.

3. По сравнению с не зависимыми от химических веществ подростками выраженность копинг-стратегии «избегание» у подростков с химической зависимостью достоверно выше, что говорит об определенной тенденции «преодолевать» проблемы за счет искажения действительности и ухода от конфликтной ситуации, а также о недостаточном чувстве контроля над средой.

4. Высокий уровень копинг-стратегий поиска социальной поддержки со стороны друзей и значимого другого у подростков с химической зависимостью говорит о высокой потребности в поддержке со стороны окружающих. Недостаточная удовлетворенность этой потребности может направить на поиск поддержки со стороны асоциальной группы, что, в свою очередь, может стать причиной социальной дизадаптации и псевдоадаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесян Г. Г. Особенности стратегий совладания и Я-концепции у людей, зависимых от психоактивных веществ: Дис. канд. псих. наук. – М., 2003.

2. Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал, 1994, Т. 1, № 1.

3. Веселова Н. В. Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за консультативной помощью, и больных неврозами : Дис. канд. псих. наук. – СПб., 1994.

4. Видерман Н. С. Медико-психологические характеристики копинг-поведения больных с зависимостью от алкоголя : Дис. канд. псих. наук. – СПб., 2000.

5. Исаева Е. Р. Копинг механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией : Дис. канд. псих. наук. – СПб., 1999.

6. Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами // *Стиль человека: психологический анализ.* – М. : Смысл, 1998. – С. 190–204.
7. Мельникова Н. Н. Стратегии поведения в процессе социально-психологической адаптации. : Дис. канд. псих. наук. – СПб., 1999.
8. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М. : Мир, 1994.
9. Русина Н. А. Психологические защиты и механизмы совладания: отличия, проявления в психотерапевтической практике эффективность // *Ярославский психологический вестник.* – М.–Ярославль, 1999. – Вып. 1. – С. 157–173.
10. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М., 1960.
11. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига : Виеда, 1992. – 110 с.
12. Сиерральта Зуньига Хорхе Бернардо. Особенности психических ресурсов личности в раннем юношеском возрасте: копинг-стратегии, защитные механизмы, социальный интеллект и общий интеллект : Дис. канд. псих. наук. – СПб., 2000.
13. Сирота Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : Дис. док. мед. наук. – Бишкек–СПб., 1994.
14. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Наркотики: проблемы и их решение. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М. : Учебно-методический коллектор «Психология», 2000. – 70 с.
15. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // *Обозрение психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева.* - 1993. - № 1. - С. 53-60.
16. Стрельцова И. П. Представления подростков и юношей о трудных ситуациях и стратегиях совладающего поведения в них : Дис. канд. псих. наук – М., 2003.
17. Флоренс Буэно Фредди Франс. Сравнительное исследование психологических стратегий совладания в норме и патологии: на модели нервно психических и психосоматических заболеваний : Дис. канд. псих. наук – СПб., 2000.
18. Чазова А. А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни. : Дис. док. псих. наук.– Бишкек, 1998.
19. Ялтонский В. М. Копинг – поведение здоровых и больных наркоманией. : Дис. док. псих. наук. – СПб., 1995.
20. Amirkhan J. N. A Factor Analytically Derived Measure of Coping: the Strategy Indicator // *J. of Personality and Social Psychology.* – 1990. – Vol. 59. – P. 1066 – 1074.
21. Haan N. Coping and Defending. Process of Self-environment Organization. Academic Press. New York. 1977.
22. Handbook of Coping: Theory. Research. Applications // Ed. M. Zeidner, N. S. Endler. - N.-Y, 1996.
23. Lazarus R. S. Emotion and Adaptation. – N.-Y. :Oxford University Press, 1991.
24. Lazarus R. S. Patterns of adjustment (3 rd. ed.). - N.-Y., 1976. - P. 23-33.
25. Lazarus R., Folkman S. Stress. Appraisal and Coping. – N.-Y, 1984.

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ
РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО ОДАРЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Аннотация. В статье представлено описание индивидуально-типологических вариантов развития личности интеллектуально одаренных детей: «высокая норма» с чертами гармоничного и невротического развития, «особо одаренные» с чертами относительно гармоничного и дисгармоничного развития (4 группы). Такая типология полезна, прежде всего, для практической работы с одаренными детьми, так как позволяет более точно понять вероятный прогноз развития ребенка и оказать ему оптимальную психологическую помощь. В исследовании приняли участие 85 подростков (ученики школы-пансиона «Интеллектуал»).

Ключевые слова: индивидуально-типологические варианты развития, интеллектуально одаренные дети, специфические проблемы одаренности.

Вопросы личностного развития одаренного ребенка, его адекватной самореализации, профилактики эмоциональных нарушений в группе одаренных детей становятся все более актуальными. Сдвиг исследовательского интереса от изучения познавательной сферы интеллектуально одаренного ребенка к особенностям его ситуации развития и личностных особенностей в целом в большой степени продиктован запросом со стороны практики, для которой важными являются задачи дифференциальной диагностики типа одаренности и психологического статуса ребенка, вероятного прогноза его развития, организации оптимальной психологической помощи. Многочисленные исследования показывают, что лишь небольшой процент одаренных детей успешно реализует свои потенциальные возможности. Большинству таких детей во взрослом возрасте не удастся достичь в какой-либо профессиональной деятельности результатов, превосходящих средний уровень [1; 6]. Во взрослом возрасте для многих из них характерен так называемый синдром бывшего вундеркинда, основными компонентами которого являются эмоциональные нарушения, чувство неудовлетворенности, трудности социальной адаптации и пр. При этом остается неясным, для каких именно детей наиболее вероятен такой прогноз и с какими условиями развития он связан.

Целью данной статьи является описание индивидуально-типологических вариантов развития интеллектуально одаренных детей, представляющее интерес, прежде всего, с точки зрения психологической практики.

В своей работе мы опирались на идею Л. С. Выготского о том, что развитие ребенка подчиняется общим возрастным законам, приобретая специфические черты в связи с особенностями социальной ситуации развития. В работе «К вопросу о динамике детского характера» Л. С. Выготский предположил, что различия между одаренным, дефектным и нормальным ребенком заключаются не в каких-либо отдельных свойствах, а в пути развития целостной личности [2]. С его точки зрения (а также в согласии с представлениями о личностном развитии А. Адлера), изначальная неприспособленность ребенка к социокультурной среде создает мощное препятствие на пути разви-

тия его психики; препятствие становится стимулом для компенсаторного развития и целью развития; в процессе компенсаторной деятельности совершенствуются соответствующие функции. Таким образом, развитие парадоксально: «из слабости возникает сила, из недостатков – способности». Выготский указывает, что из такого понимания развития потом может возникнуть динамическая теория детской одаренности, которая позволяет рассматривать одаренность и дефектность как два разных исхода одного и того же процесса компенсации. Причем исход зависит от размеров дефекта и богатства компенсационного фонда.

Современное понимание природы одаренности, предложенное отечественными исследователями, обобщено в Рабочей концепции одаренности [10], где она определяется как «...интегральное проявление способностей в целях конкретной деятельности, выступающее как системное качество субъекта деятельности». Уровень и качественное своеобразие одаренности – это всегда результат сложного взаимодействия природных задатков (наследственности) и социальной среды, опосредованного деятельностью ребенка (игровой, учебной, трудовой) и подчиняющегося психологическим механизмам саморазвития личности. В Рабочей концепции сформулированы основные признаки (критерии) одаренности. К инструментальным критериям (способы деятельности) относятся: особый тип обучаемости (быстрый или медленный, но с резким изменением структуры знаний); наличие специфических стратегий деятельности (например, быстрота или изобретение новых способов); сформированность индивидуального стиля деятельности; высокая структурированность деятельности. К мотивационным критериям (отношение к деятельности, себе в деятельности) – высокая, избирательная чувствительность к определенным сторонам действительности; ярко выраженный интерес, увлеченность определенной деятельностью; высокая познавательная потребность. В ряде зарубежных моделей одаренности, предложенных Р. Стернбергом, Ф. Монксом, Д. Фельдманом, К. Хеллером и др., также выдвигаются идеи о многогранности природы одаренности (несводимости ее к какому-либо одному фактору) и о том, что развитие одаренности не может рассматриваться вне взаимодействия личности и ее социального окружения (цит. по [11]).

Представление о многофакторной обусловленности одаренности поновому поставило вопрос о частоте одаренных детей в выборке. При однофакторном подходе речь шла о выявлении 1-2% детей (особая одаренность, вундеркинды); благодаря появлению многофакторных концепций выборка расширилась до 20-30%, и в нее вошли дети с повышенными познавательными возможностями и потребностями, которые могут быть названы разными «подтипами» одаренности: нормальная одаренность или «высокая норма», особая одаренность, вундеркинды. При этом часть одаренных детей проявляет черты «неуспешной» одаренности («недостиженцы»), а вундеркинды часто демонстрируют настолько дисгармоничный путь развития, что их можно отнести к группе риска по общему психологическому статусу. Таким образом, эта выборка оказалась довольно многочисленна и очень разнородна [4; 5; 11]. Эти теоретические разработки показывают, что одаренность является системным и динамичным (развивающимся) качеством личности. В связи с таким пониманием природы одаренности и неоднородностью выборки интеллектуально ода-

ренных детей в последнее время большой интерес представляет изучение не-когнитивных личностных (мотивации, эмоциональных и волевых характеристик, самооценки, интересов и др.) и социальных (климата семьи, школы, социального и культурного окружения) факторов одаренности. Изучение этих факторов продемонстрировало специфику развития личности одаренного ребенка. Со стороны развития способов познания и познавательной мотивации одаренные дети в разной степени превосходят своих нормативно развивающихся сверстников, но со стороны эмоционально-волевого и социального развития они часто проявляют признаки отставания или искажения в развитии. Таким образом была сформулирована идея о неравномерности развития одаренного ребенка, проявляющейся в разной степени и являющейся источником их проблем в общении, обучении и поведении. Именно неравномерность психического развития, с точки зрения многих авторов, составляет суть специфической личностной организации одаренного ребенка [3; 5; 9; 11].

В. С. Юркевич в результате многолетней работы с одаренными детьми пришла к выводу, что для них в той или иной мере свойственны типичные проблемы развития, являющиеся обратной стороной их достоинств. Они получили название специфических проблем одаренности [12; 13]:

- Проблемы *саморегуляции* в обучении (нарушение баланса долгосрочных и ближних целей, трудности подчинения правилу, выполнения рутинной работы, доведения начатого до конца и пр.). Эта проблема одаренных детей обусловлена различными причинами и поддерживается определенными условиями. Во-первых, она вытекает из их привычки учиться без особых усилий, «хватать на лету», в результате чего такие дети оказываются неподготовленными к преодолению трудностей. Нередко и окружающие невольно ориентируют их именно на избегание усилий, которые сам ребенок может начать воспринимать как нечто унижительное для себя и указывающее на недостаток его способностей. Во-вторых, трудности саморегуляции в обучении являются следствием общей личностной незрелости, проявляющейся в эгоцентризме; повышенной потребности во внимании взрослых, стремлении его монополизировать; перфекционизме, который часто является источником неудач, сильных переживаний, чувства неудовлетворенности и непереносимости неуспеха; нетерпимости, в основном по отношению к сверстникам и внесемейному окружению (Уитмор, 1980, Dixon & Scheckel, 1996, Fleith, 1998, Hayes & Sloat, 1990, Silverman, 1993, цит. по [9]). Встречаются дети, чьи «дефекты» в волевой и эмоциональной сферах в значительной степени обесценивают их умственные достоинства [6].

- Низкий уровень потребности (а следовательно, и способности) в *творческой деятельности*. Причины снижения творческих способностей одаренных детей обычно связаны с их неумением работать в неопределенной ситуации (возникает сильная тревога), что отчасти обусловлено слабым развитием игровой мотивации, без которой не формируются мотивы творческой деятельности, и навыков игровой деятельности (характерное для многих одаренных детей «проскакивание» игровой стадии развития).

- Трудности *общения* со сверстниками (иногда доходящие до социальной изоляции). В исследовании Е. К. Ягловской показано, что не отставание в социальной сфере наблюдается у одаренных детей, а ее специфическое раз-

вите: выраженная потребность в общении у детей сочетается с их эмоциональным эгоцентризмом, доминирующей позицией и повышенной конкурентностью, что неизбежно влечет за собой конфликтность, избирательность или отказы от общения [14]. Это очень серьезная проблема одаренного ребенка, так как значение сверстникового общения огромно не только для развития социальной компетентности, но и для познавательного развития.

Своеобразие личности одаренного ребенка отражено в исследовании С. А. Хазовой, посвященном изучению совладающих стратегий у одаренных подростков. Автор показывает, что они более интровертированы, чем их обычные сверстники, редко прибегают к социальной поддержке и общению как к способам совладания, предпочитают никому ничего не рассказывать о своих проблемах («уход в себя»). Они часто не принимают в качестве совладания профессиональную психологическую помощь, полагая, что могут сами со всем справиться (такие психофобические проявления и «всемогущество» очень характерны для одаренных). При этом обращение к интеллектуальной или творческой деятельности является для них безусловным помогающим ресурсом [8]. Традиционно считается, что наиболее ярко черты неравномерности в развитии (интенсивность специфических проблем одаренности) проявляются у так называемых высоко или особо одаренных детей, IQ которых составляет от 160 до 200 баллов. «Нормально» одаренные дети демонстрируют «социально оптимальный интеллект» - 125-155 баллов [11]. Исследования качества адаптации интеллектуально одаренных людей действительно показали связь адаптивных возможностей с уровнем одаренности: взрослые и дети с так называемой нормальной одаренностью («высокая норма») принципиальным образом отличаются от особо одаренных. Если первые приспосабливаются к окружению значительно успешнее обычных детей (статистической нормы), то особо одаренные дети и взрослые характеризуются резким снижением адаптационных характеристик [7].

Наш собственный опыт работы с одаренными детьми также показывает, что интенсивность и выраженность указанных проблем наблюдается у них в разной степени, иногда доходя до дисгармонии развития и грубо нарушая процессы адаптации. Однако у части детей такие проблемы вообще отсутствуют. Представление о том, что все одаренные детиотягощены описанными проблемами, стало в последнее время своеобразным мифом, распространенным как в жизни, так и среди профессионалов. Отчасти это связано с тем, что подавляющее большинство исследований интеллектуально одаренных детей связано с изучением их познавательной сферы, структуры способностей, разработкой технологий развития способностей и обучения и т. п. Отсюда – ставшее уже традиционным разделение детей на группы по критерию проявления способностей («высокая норма», одаренность, особая одаренность). Однако учет только этого критерия, адекватного для соответствующих исследовательских целей, не отражает специфики личностного развития одаренного ребенка: в одну группу могут попасть дети с совершенно разными личностными особенностями. При определении индивидуально-типологических вариантов развития одаренного ребенка, с нашей точки зрения, важно учитывать не только уровень способностей и его проявление в результатах деятельности, но и выраженность специфических проблем одаренности.

При формировании групп испытуемых, участвующих в нашем исследовании, мы опирались на понимание интеллектуальной одаренности ребенка как особого типа развития личности. Его *основным (системообразующим) фактором* является сочетание специфической иерархии мотивов, центральное и определяющее место в которой занимает познавательная мотивация (постоянная потребность в «переваривании» знаний), и более зрелых, чем у сверстников, способов умственной деятельности (способы решения интеллектуальных задач, тенденция к разработке собственных способов, планов и методов обучения и познания). Причем высокие интеллектуальные или учебные достижения не всегда сопровождают деятельность ребенка в силу разных причин.

К вторичным особенностям интеллектуально одаренного ребенка относятся следующие: способность усваивать огромные объемы информации, высокий уровень работоспособности в ситуациях, связанных с основным интересом ребенка, хорошо развитая речь и вербальная сфера. Это может сочетаться со специфическими проблемами одаренности: трудности в общении со сверстниками (референтная группа этих детей в основном состоит из взрослых); трудности саморегуляции (например, непереносимость ожидания, склонность к неконтролируемым аффектам, некритичное принятие и обесценивание авторитетов и правил); проблемы креативности. В целом, *общей вторичной особенностью* одаренного ребенка является негармоничность развития, проявляющаяся в рассогласовании между опережением познавательной сферы и запаздыванием эмоционально-волевой, а иногда и моторной. Вторичные особенности могут иметь разную интенсивность в картине развития конкретного ребенка, что создает различные психологические портреты (варианты) детской одаренности.

Методы формирования групп испытуемых

Опираясь на анализ литературы по проблемам диагностики интеллектуальной одаренности и отдавая себе отчет в тех сложностях, которые на сегодняшний день существуют в вопросах определения и идентификации одаренности, мы сочли адекватным комплексный подход к диагностике наших испытуемых (см. Приложение). В итоге в диагностический пакет вошли следующие методы.

1. Анализ результатов деятельности [5; 8; 11]. При формировании групп испытуемых мы учитывали особенности процесса и результатов обучения, проектной (исследовательской) деятельности ребенка, его участия во внешкольных мероприятиях (олимпиады, турниры и пр.).

2. Метод экспертов. Данный метод является одним из самых востребованных и цитируемых при идентификации одаренности [8; 11]. В нашем случае были использованы неструктурированный и структурированный варианты. По стандартизированной схеме учителя, воспитатели, а также сам ребенок оценивали особенности самоорганизации, общения и успешности обучения.

3. Методы анкетирования и беседы. Данные, полученные с помощью специально составленной анкеты и интервью, представляют социально-психологический портрет семьи: состав семьи, возраст, образование и профессиональная реализация членов семьи, а также особенности ранних этапов развития ребенка и отношения родителей к его способностям.

4. Метод тестов (невербальный тест интеллекта V. Serebrakoff [15]). Эта

методика относится к так называемым culture free тестам. Она состоит из 36 образно-пространственных задач, сложность которых постепенно возрастает от первой к последней. Измерение IQ не являлось самостоятельной задачей нашего исследования, поэтому мы решили ограничиться межгрупповым сравнением результатов выполнения теста.

Испытуемые

В исследовании приняли участие ученики Школы-пансиона «Интеллектуал». Возраст детей - от 11 до 14 лет (6-9 классы), из них – 28 девочек и 57 мальчика. В результате анализа данных комплексной диагностики одаренности были сформированы 5 групп испытуемых. При делении детей на экспериментальные группы мы опирались на следующие критерии:

- уровень познавательной мотивации и интеллектуальных возможностей ребенка;

- степень проявления специфических проблем одаренности.

Первая группа («статистическая норма», Н) – 22 человек (12 мальчиков и 10 девочек). Учебная деятельность подростков данной группы, как правило, мотивируется привлекательностью внеурочной жизни в данной школе и избеганием неудачи. Подростки не демонстрируют высоких достижений в проектной и исследовательской деятельности, а высоких и устойчивых результатов в обучении достигают прежде всего за счет добросовестности и работоспособности. Мотивация общения выражена у них наиболее ярко. У многих подростков наблюдаются специфические проблемы, связанные с учебными перегрузками, которые имеют тенденцию усиливаться при переходе в более старшие классы.

Вторая группа («высокая норма», ВН) – 27 человек (14 мальчиков и 13 девочек). Про таких учеников в школе обычно говорят, что это сильные ученики и яркие индивидуальности. У большинства подростков этой группы познавательная мотивация выражена ярко, но при этом имеет относительно неустойчивый характер: предмет познавательного интереса может изменяться, а сам интерес усиливаться и угасать под влиянием многочисленных факторов. В целом, группа представляет картину гармоничного развития, соответствующего возрасту. Подростки этой группы хорошо и с удовольствием общаются, имеют много разнонаправленных интересов, успешны в различных сферах деятельности, отличаются хорошей саморегуляцией. Они проявляют довольно высокий уровень умственных способностей и при этом не «отягощены» специфическими проблемами одаренности. Уровень интеллектуальных и учебных достижений в целом соответствует успешному усвоению учебных программ, разработанных для данного возраста, и несколько превосходит его.

Третья группа («высокая норма» с признаками невротического развития, ВНнр) – 19 человек (14 мальчиков и 5 девочек). Существенное отличие этой группы от предыдущей связано с тем, что в развитии этих детей обнаруживаются специфические симптомы проблем одаренности, имеющие невротический характер. Мотивация общения, познания, достижений имеет внутренне конфликтный характер, что проявляется в нестабильности процесса и результата учебной и исследовательской деятельности, конфликтности в общении, трудностях самовыражения, неуверенности в себе в сочетании с демон-

стративностью, обостренном поиске внимания и одобрения, сложностях саморегуляции. Эти особенности могут создавать впечатление большей «яркости» и одновременно «странности» данных детей по сравнению с группой ВН, из-за чего на первый взгляд они кажутся более одаренными.

Истории развития подростков, отнесенных к «высокой норме», в общем отражают некоторое опережение возрастно-психологических нормативов. По словам родителей, они несколько раньше, чем их сверстники, начали читать (4-5 лет), были более любознательны и изобретательны, активно занимались в разных кружках. Многие из них посещали детский сад. С необходимостью в более интенсивном и углубленном обучении своих детей родители столкнулись в начальной школе («В обычном классе учиться было слишком легко», «Все хватал на лету», «На уроках скучал или отвлекал учителя вопросами»).

Четвертая группа («особая одаренность», ОО) – 8 человек (все мальчики). Группа отличается интенсивностью и устойчивостью познавательной мотивации в одной или нескольких сферах научных знаний. Познавательная мотивация занимает одно из ведущих мест в мотивационной системе подростка, но не исключает других, например, мотивов общения и достижения. Это группа одаренных детей с относительно благополучным развитием личности. Уровень исследовательских и учебных достижений таких детей в одной или нескольких связанных друг с другом сферах знания намного превосходит уровень ровесников и, как правило, имеет устойчивый характер.

Опираясь на слова родителей о первых годах их детей, можно сделать вывод о значительном опережении в общем психическом развитии. Дети рано научались читать, причем их излюбленными книгами были энциклопедии и «взрослая» художественная литература, в дошкольном возрасте многие из них уже определяли сферы своих научных интересов (химия, археология, история, развитие метростроения и пр.). Большинство из них не ходило в детские сады, а посещало многочисленные кружки. Они интенсивно общались со взрослыми, но не в ущерб общению со сверстниками. Проблема поиска адекватных форм развития и обучения детей встала перед родителями этой группы уже в дошкольном возрасте.

Пятая группа («особая одаренность» с признаками дисгармоничного развития, ООдр) – 9 человек (все мальчики). Дети из этой группы отличаются уже выраженной дисгармонией в личностном развитии, что характеризует ее как группу риска. Стремительное развитие интеллектуальных способностей сочетается с запаздыванием микромоторики (а часто и физического развития в целом), навыков и мотивации общения, эмоционального развития и саморегуляции. Например, одним из ярких проявлений нарушений саморегуляции является то, что при внимательном наблюдении обучение такого ребенка строится в основном на переживании им интереса и успеха, а то, что вызывает трудность и напряжение, часто влечет за собой потерю интереса, отказ от задачи или ее обесценивание. Познавательная мотивация оказывает сильное влияние на стиль жизни и деятельность ребенка, причем без познавательной мотивации у таких детей никакая другая деятельность может не складываться вообще. Мотивы познания, связанные, как правило, с какой-либо одной областью знаний, доминируют в мотивационной системе ребенка, которая в результате становится искаженной или «специализированной». Ярко выражен-

ными проблемами этой группы детей являются проблемы общения со сверстниками и проблемы саморегуляции в областях, не связанных с основным интересом ребенка. Такие дети предпочитают общаться со взрослыми, общение крайне интеллектуализированно, их речь звучит как нарочито взрослая или псевдонаучная. Как правило, они отстают в физическом развитии и очень скованы. Интенсивность этих специфических проблем такова, что может серьезно затруднить проявление и реализацию способностей ребенка.

Ненормативность детского развития большинство родителей этой группы отмечало с первых месяцев жизни ребенка. Родители указывают на позднее проявление комплекса оживления, непереносимость прикосновений, несинтонность ребенка, некоторые родители считали, что ребенок аутичен. Большинство детей начало читать в возрасте 1-3 лет. С точки зрения родителей, их суждения и поведение отличались, с одной стороны, чрезмерной «зрелостью» и рассудительностью, а с другой – им свойственны неконтролируемые вспышки аффекта, непереносимость ожидания, страхи в отсутствие близких взрослых. Дети общались в основном в кругу близких взрослых, но самым комфортным «партнером» по общению для них была книга. Излюбленными занятиями у детей этой группы в дошкольном возрасте были создание научных теорий, разработка новых систем языка, создание географических карт вымышленных государств и пр. Такие виды деятельности, как ролевая игра, рисование, восприятие сказки, сотрудничество со сверстниками, практически полностью выпадают из хода детского развития. Подобное дисгармоничное развитие с первых месяцев жизни ставит перед родителями сложные задачи, связанные как с обучением, так и с терапией ребенка. Причем решение одной задачи часто противоречит другой, создавая амбивалентную ситуацию детского развития.

Выводы

Данная статья является частью исследования, посвященного изучению и анализу специфики семейной ситуации развития интеллектуально одаренных детей. В каждом описанном варианте развития личности одаренного ребенка она имеет свои особенности и проясняет психологический смысл детской одаренности. В рамках статьи представлены только варианты личностного развития детей. В ней показана неоднородность выборки одаренных детей, связанная не только с уровнем способностей, но и с особенностями личностного развития в целом. Описаны четыре группы интеллектуально одаренных детей, каждая из которых подразумевает свой путь и прогноз развития: «высокая норма» с чертами гармоничного или невротического развития, «особо одаренные» с чертами относительно гармоничного или дисгармоничного развития.

Для группы подростков «высокая норма с признаками невротического развития» характерно то, что их интеллектуальные и учебные достижения в определенной степени служат средствами получения признания и внимания со стороны значимых людей и таким образом приобретают защитную или компенсаторную функцию. Это позволяет прогнозировать вероятность угасания проявлений одаренности в результатах деятельности такого подростка при нормализации значимых межличностных отношений либо их перерастание (замену или расширение) в другие невротические симптомы в неблагоприятных обстоятельствах. Тем не менее, для большинства детей этой груп-

пы «выбор» познавательной деятельности как компенсаторного способа решения эмоциональных конфликтов означает высокий уровень их потенциала, способного сохраниться в дальнейшем.

Подростки из группы «особая одаренность с чертами дисгармоничного развития» характеризуются высокой социальной и личностной тревожностью, низким уровнем адаптации за пределами семьи и низкой социальной компетентностью. Поэтому такие дети часто оказываются в своеобразной ловушке: расхождение между интеллектуальным потенциалом и эмоциональной незрелостью дает расцвет познавательных способностей, увлеченность самим процессом познания в детстве благодаря его комфортной безопасности для ребенка этого типа развития, но, с другой стороны, серьезные проблемы саморегуляции и общения, «встроенные» в развитие детей данной группы, позволяют прогнозировать трудности самореализации в дальнейшем, создающие условия для вторичной психологической травматизации, углубления личностной дисгармонии, отказа от деятельности, ухода «в себя».

Таким образом, к группе риска могут быть отнесены только дети, проявляющие черты невротического или дисгармоничного развития (группы ВН_{нр} и ОО_{др}). Именно они нуждаются в соответствующей психологической поддержке и помощи, тогда как подросткам из групп ВН и ОО (относительно гармоничное развитие) требуются прежде всего адекватные педагогические и развивающие условия.

Приложение. Сводные результаты комплексной диагностики уровня одаренности.

Группа	Внешкольные мероприятия, 2003-06 гг. (среднее значение суммарных баллов* для группы)	Участие в проектной деятельности, 2005-06 уч. г.** (количество участвующих детей в группе)	Неверб. тест (среднее количество правильно решенных задач для группы, в скобках – величина станд. отклонения)
Н	7,5	27%	17,7 (3,34)
ВН	24,3	85%	20,9 (4,87)
ВН(нр)	18,1	53%	20,5 (6,7)
ОО	64,5	100%	22,9 (3,33)
ОО(др)	50,4	100%	19,6 (4,45)

* - участие во внешкольных мероприятиях (конференции, олимпиады, интеллектуальные марафоны и пр.) оценивалось в баллах в зависимости от сложности мероприятия и места, которое занял ребенок.

** - в 2005-06 учебном году участие в проектной деятельности стало абсолютно добровольным, именно поэтому в таблице было решено отразить данные только по этому году.

Данные, представленные в таблице, согласованы с экспертными оценками педагогов и воспитателей. Необходимо отметить, что за цифрами, отражающими участие детей разных групп в проектной деятельности, стоят и качественные различия. По оценкам педагогов, руководящих проектами, для группы «норма» характерны проекты «школьного» уровня, не выходящие за

рамки общей учебной программы и часто сделанные в коллективной форме («за компанию») или под давлением родителей. В группе «высокая норма» также много коллективных работ, но, с точки зрения педагогов, они более объемны, проработаны, оригинальны и выходят за рамки учебных планов. Для группы ВНр характерно большое количество заявленных, но незаконченных проектов, а также то, что уровень заявленной темы часто не соответствует окончательному результату. В группах ОО и ООдр подростки много времени посвящают работе над своими проектами, в основном они оригинальны, глубоки и отражают устойчивый интерес ребенка к той или иной теме (обычно занятия ребенка не ограничиваются рамками проектной работы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгер А. Л., Морозова Е. И., Морозов В. А., Галеева Р. А. Групповой тренинг с одаренными подростками // Московский психотерапевтический журнал, № 2, 2006.
2. Выготский Л. С. К вопросу о динамике детского характера. Собр. соч., т. 5. - М., 1986.
3. Иовчук Н. М. Динамика одаренности у детей и подростков, больных шизофренией / Материалы конференции «Uzdolnienia. Intelktualne i tworcze». - Warszawa, 1998.
4. Кузнецова Ю. И. Изучение и обучение одаренных детей в американской педагогической психологии XX века. Автореф. дисс. канд. психол. наук. - Н. Новгород, 1996.
5. Ландау Э. Одаренность требует мужества. Психологическое сопровождение одаренного ребенка. - М., 2002.
6. Лейтес Н. С. Способности и одаренность в детские годы. - М., 1984.
7. Лукаш Е. Ю. Отношение к социальной адаптации у творчески одаренных детей в России и США // Вопросы психологии, 2004, № 4.
8. Хазова С. А. Совладающее поведение одаренных старшеклассников // Психологический ж-л., 2004, № 5.
9. Хеллер К. А., Перлет К., Сьервальд В. Лонгитюдное исследование одаренности // Вопросы психологии, 1991, № 2.
10. Шадриков В. Д. Введение в психологию: способности человека. - М., 2002.
11. Щебланова Е. И. Психологическая диагностика одаренности школьников: проблемы, методы, результаты исследований и практики. - М.-Воронеж, 2004.
12. Юркевич В. С. Основные направления работы психологической службы в школе, ориентированной на работу с одаренными детьми // Одаренный ребенок, 2004, № 3.
13. Юркевич В. С. Работа психолога с одаренными детьми и подростками // Одаренный ребенок, 2004, № 2.
14. Ягловская Е. К. Взаимоотношения умственно одаренных дошкольников в группе // Вопросы психологии, 1998, № 3.
15. A Guide to Intelligence and Personality Testing by Viktor Serebrakoff. - N-Y, 1988.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Эффективность реабилитации детей-инвалидов во многом определяется успешностью их интеграции в социум, что обуславливает необходимость целенаправленной работы по их социальному развитию. С другой стороны, не вызывает сомнений, что и социум должен быть готов принять инвалида. Готовность социума к такому принятию проявляется, в частности, в отношении к инвалиду отдельных его представителей. Во многих исследованиях подчеркивается значение формирования позитивного отношения к инвалиду, но, как правило, речь идет об отношении общества в целом. Закономерности становления индивидуального отношения к человеку с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время практически не изучены.

В данном сообщении приведены результаты исследования отношения младших школьников к детям-инвалидам, проведенного под нашим руководством О. А. Добровольской, студенткой МГППУ. В исследовании принимали участие дети младшего школьного возраста, обучающиеся в общеобразовательной школе и не имеющие опыта непосредственного общения с инвалидами. Обращение к младшему школьному возрасту закономерно, так как в этом возрасте отношение к другому (а именно к своему сверстнику) становится очень важным для ребенка и влияет на развитие его личности. В младшем школьном возрасте “происходит перестройка всей системы отношений ребенка с действительностью” [2]. При этом отношение младших школьников к сверстникам-инвалидам рассматривалось в сопоставлении с их отношением к своим одноклассникам.

Можно выделить различные пласты (уровни) отношений: функционально-ролевые, эмоционально-оценочные и личностно-смысловые. Первые (нормы, образцы поведения и пр.) являются тем материалом, который усваивается личностью в процессе социализации, они зафиксированы в специфических для данной культуры различных сферах жизнедеятельности детей и взрослых. Эмоционально-оценочный уровень базируется на переживании симпатий-антипатий, которые могут проявляться в ситуациях возможных конфликтов, например, при распределении ролей в игре. И, наконец, личностно-смысловые отношения проявляются в том случае, когда интересы и потребности другого переживаются как свои собственные. Возникая в реальном взаимодействии ребенка с другими, они обладают определенной независимостью и, более того, способны активно влиять на другие уровни отношений, например, на эмоционально-оценочный уровень.

В исследовании был использован специально разработанный опросник и различные проективные методики. Опросник включал в себя 20 вопросов, выявляющих особенности отношения школьника к инвалиду, а также к своим одноклассникам. К каждому из вопросов были предложены варианты ответов.

Все вопросы можно разделить на четыре группы, по которым был проведен анализ ответов:

- 1) Собственная позиция ребенка по отношению к детям-инвалидам (в

представляемой ситуации).

2) Мнение о предполагаемом отношении одноклассников к детям-инвалидам.

3) Общая осведомленность и личный опыт ребенка.

4) Мнение о должной позиции общества по отношению к детям-инвалидам.

Кроме того, два последние вопроса предполагали выбор из предложенного списка качеств, характерных, по мнению респондента, для детей-инвалидов и для одноклассников:

Проективная методика – “Соотношение плохих и хороших качеств”:

Каждому ребенку предлагалось нарисовать на листе бумаги три круга, обозначающие – самого ребенка (“Я”), ребенка-инвалида (“И”) и одноклассников (“О”). Каждый из кругов нужно заштриховать. При этом заштрихованное пространство круга будет означать количество плохих качеств в человеке, а незаштрихованное – количество хороших качеств.

Проективная методика – “Рисунок ребенка-инвалида”:

После беседы каждому из детей предлагалось изобразить ребенка-инвалида так, как он себе его представляет. По окончании рисунка ребенок получал уточняющие вопросы. Рисунок оценивался по определенным критериям.

Проективная методика – “Дерево”:

Испытуемому предлагается изображение дерева с человечками, каждый из которых занимает определенное положение на этом дереве, имеет определенную позу и настроение. Ребенку нужно выбрать 4 позиции:

1. Человечка, который больше всего похож на самого ребенка;
2. Человечка, который больше всего похож на ребенка-инвалида;
3. Человечка, который больше всего похож на ребенка-инвалида, по мнению одноклассников (в представлении респондента);
4. Человечка, который больше всего похож на одноклассников.

Проективная методика – “Круг чувств”:

Ребенку предлагается нарисовать круг, в котором с помощью использования определенных цветов будут отражены чувства (и их интенсивность), которые он испытывает к инвалидам и к своим одноклассникам.

Результаты

Опрос

Младшие школьники дали следующее определение: ребенок-инвалид – это тот, кто “имеет физический недостаток или хроническое заболевание”. При этом никто из опрошенных не считает, что детей-инвалидов можно определять как “умственно отсталых детей”. Мы считаем, что на то, как исследуемый определяет понятие ребенок-инвалид, во многом влияет наличие опыта общения с такими детьми. Это подтверждается данными, полученными О. А. Добровольской в предыдущем исследовании, проводившемся в интегративной школе. Дети, которые там учатся, имеют большой опыт личного общения с детьми-инвалидами, и большинство из них определило таких детей как имеющих физические и умственные нарушения.

Источник информации о детях-инвалидах. Большинство исследуемых младших школьников узнало о том, кто такие дети-инвалиды от своих родителей. Дополнительным источником информации о них также послужило теле-

видение. Здесь также необходимо отметить, что все дети упоминали о том, что специальных уроков по толерантному отношению к инвалидам в школе не проводилось. По мнению большинства младших школьников, у нас в стране очень много детей-инвалидов. Большинство из опрошенных младших школьников встречало или видело детей-инвалидов, но при этом не общалось с ними.

Многим школьникам интересно что-то узнать о детях-инвалидах, но общаться, обучаться и дружить с ними (т. е. устанавливать близкие отношения) дети не стремятся. Это говорит о том, что, несмотря на то что общество в целом прививает ребенку чувство жалости к “больным и убогим” и желание помогать им, сам ребенок совсем не готов к близкому общению с такими людьми. Все 20 опрошенных детей заявили, что не хотят, чтобы среди их друзей или одноклассников были дети-инвалиды. Нежелание дружить объясняется в основном страхом перед “странными детьми”, а нежелание совместного обучения – жалостью или тем, что другие школьники могут обижать детей-инвалидов. В отношении младших школьников к детям-инвалидам сильнее всего выражено чувство жалости.

Все опрошенные младшие школьники считают, что никто из их одноклассников не хотел бы дружить или учиться с детьми-инвалидами. Но причина здесь указывается совсем другая – по мнению респондентов, дети-инвалиды неприятны одноклассникам. По мнению большинства опрошенных, в отношении одноклассников к детям-инвалидам преобладают негативные чувства – неприязнь и безразличие. Никто из испытуемых не отметил, что их одноклассники могут испытывать дружеские чувства по отношению к детям-инвалидам.

Здесь также необходимо отметить, что все опрошенные дети считают, что их одноклассники относятся к детям-инвалидам гораздо хуже, чем они сами. Так, многие из них упоминают о том, что их одноклассники будут обижать ребенка-инвалида и смеяться над ним.

Младшие школьники считают, что большинство взрослых испытывают жалость к детям-инвалидам и хотят им помочь. Также они считают, что дети-инвалиды должны обучаться в специальных школах, а помогать им должны специалисты.

Таким образом, по итогам опроса младших школьников выявляются следующие особенности их представления и отношения к детям-инвалидам:

1. Понятие “инвалидность”, формирующееся у обычных детей, характеризуется простотой и поверхностностью. Образ ребенка-инвалида в представлении младшего школьника складывается как “имеющего какое-либо заболевание или физический недостаток”. При этом они учитывают только наиболее яркие физические (внешне проявляющиеся) признаки и полностью игнорируют интеллектуальные.

2. В отношении младших школьников к детям-инвалидам преобладает позитивное чувство жалости. Наличие негативных чувств по отношению к детям-инвалидам полностью отрицается. В отношении же одноклассников к детям-инвалидам, по мнению младших школьников, напротив, преобладают негативные чувства, такие, как неприязнь (раздражение) и безразличие. Таким образом, мнение младших школьников о своем отношении и своих чувствах к детям-инвалидам противоположно их мнению о том, как относятся и

что чувствуют к детям-инвалидам их одноклассники.

3. Позиция младших школьников по отношению к детям-инвалидам очень противоречива и носит формальный характер. С одной стороны, младшим школьникам интересно знать, кто такие дети-инвалиды, и они готовы им помогать, но, с другой стороны, они совершенно не хотят дружить, общаться и обучаться с такими детьми, то есть устанавливать с ними близкие отношения.

Таким образом, можно сделать вывод, что отношение младших школьников к детям-инвалидам двойственно. С одной стороны, оно имеет позитивный характер. Это объясняется тем, что на отношение младших школьников к детям-инвалидам основное влияние оказывает мировоззрение взрослых, которое усваивается ребенком в процессе его развития, а не личный опыт общения с детьми-инвалидами (так как он отсутствует). С другой стороны, это отношение имеет и некоторый негативный характер. Это связано с тем, что в глубине души многие из детей испытывают страх и неприязнь к детям-инвалидам, но эти чувства являются неприемлемыми и поэтому проявляют себя только через мнение об отношении других детей к инвалидам. Возможно, именно поэтому младшие школьники считают, что их одноклассники относятся к детям-инвалидам гораздо хуже, чем они сами.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что младшие школьники позитивно и с жалостью относятся к детям-инвалидам. Такое отношение определяется выбором следующих качеств – жалкий, добрый, больной, хороший, которые, по мнению младших школьников, лучше всего характеризуют ребенка-инвалида. Отношение же младших школьников к своим одноклассникам, напротив, имеет, скорее, негативный характер, поскольку определяется выбором таких качеств как задира, вредный, трудный, нормальный, уверенный.

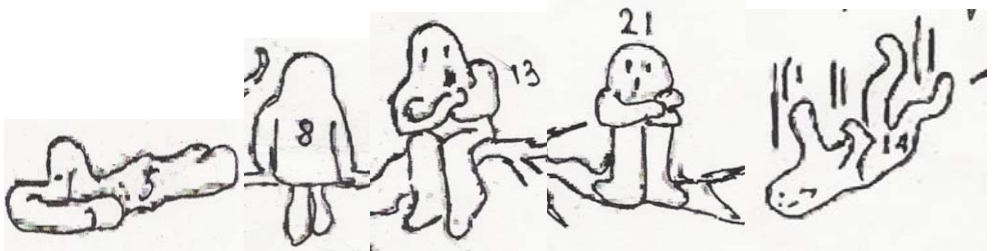
Соотношение плохих и хороших качеств

Все испытуемые дети единодушны в том, что их одноклассники имеют самое большое количество плохих качеств. Подобная оценка одноклассников сопровождается негативным к ним отношением. Испытуемые также солидарны в мнении о том, что меньше всего плохих качеств имеют дети-инвалиды. Это определяет позитивное отношение к ним со стороны младших школьников. Себя младшие школьники чаще всего считают немного хуже детей-инвалидов и намного лучше своих одноклассников.

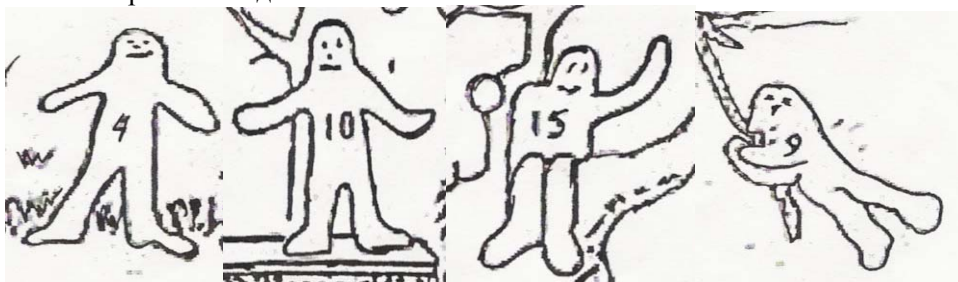
Подобное отношение подтверждается и другими данными, приведенными выше, например, выбором качеств.

Рисунок ребенка-инвалида

Изображения детей-инвалидов:



Изображения одноклассников:



Проанализировав рисунки детей можно сделать следующие выводы:

1. Изображение ребенка-инвалида для младшего школьника неразрывно связано с изображением на рисунке признаков его инвалидности, которые выступают как социальный штамп. Вследствие этого образ ребенка-инвалида на всех рисунках очень стереотипен;

2. Дети-инвалиды на всех рисунках младших школьников изображаются с явными, сильно выраженными физическими нарушениями. Никто из детей не изобразил ребенка-инвалида как обычного ребенка, не имеющего никаких видимых нарушений;

3. Среди рисунков нет ни одного, в котором ребенок-инвалид изображался бы вместе со своими друзьями. Кроме того, никто из младших школьников не изобразил себя на рисунке рядом с инвалидом. В основном, кроме ребенка-инвалида там изображается его семья или случайные прохожие;

4. Большинство рисунков производит позитивное впечатление. Это также подтверждается и рассказами детей. Такая позитивность рисунка отражается во всем: в яркости красок, доброжелательности обстановки, позитивном отношении окружающих и т. д. При этом встречаются рисунки, которые, напротив, оставляют после себя негативное впечатление. Чаще всего на них младшие школьники изображают ситуации, в которых люди насмехаются над инвалидами, или ситуации, в которых инвалидам приходится бедствовать. Но таких “негативных” рисунков намного меньше, чем “позитивных”.

Методика “Дерево”

Из всех возможных позиций (21 фигура) для ребенка-инвалида исследуемыми детьми выбирались только четыре, но очень характерные. Наиболее часто ребенку-инвалиду приписывалась фигура, символизирующая замкнутость, тревожность, уход в себя, отстраненность от учебного процесса.

На вопрос “Какую позицию для ребенка-инвалида выбрал бы твой одноклассник?” ответы также однозначны, но практически всегда отличаются от собственного выбора детей. Наиболее часто здесь выбирается фигура, символизирующая утомляемость, общую слабость, небольшой запас сил и застенчивость.

3. Себя дети чаще всего идентифицировали с позициями, символизирующими уверенность, комфортное состояние, устойчивость и нормальную адаптацию;

4. Выбор испытуемыми позиций для своих одноклассников очень разнообразен и неоднозначен, но наиболее часто выбиралась фигура, символизирующая стремление к веселью, наличие мотивации на развлечение.

Видно, что те фигуры, которые выбираются для детей-инвалидов, качественно отличаются от тех фигур, которые выбираются для обычных детей. При этом выборы фигур для самого испытуемого и фигур для его одноклассника иногда совпадают.

Фигуры, которые младшие школьники выбирали для обозначения ребенка-инвалида, имели схожие характеристики – замкнутость, тревожность, уход в себя, отстраненность, утомляемость, общая слабость, небольшой запас сил. Фигуры, выбираемые для одноклассников, чаще всего символизировали такие качества, как непослушание, стремление к веселью, мотивация на развлечение. Те фигуры, с которыми респонденты идентифицировали самих себя, символизировали уверенность, комфортное состояние, устойчивость, хорошую адаптацию.

“Круг чувств”

Результаты выполнения данной методики наглядно продемонстрировали, какие чувства испытывают респонденты к сверстникам: детям-инвалидам и одноклассникам. Среди тех чувств, которые младшие школьники испытывают к детям-инвалидам, преобладает чувство жалости. Оно выражено очень сильно и практически затмевает все остальные. Негативные чувства к ребенку-инвалиду практически не выражаются. Что касается чувств, которые младшие школьники испытывают к своим одноклассникам, то здесь ярче всего выражено чувство дружелюбия, но при этом значительную долю занимают негативные чувства (чего не было по отношению к детям-инвалидам) – безразличия и неприязни.

Заключение

Представление младших школьников о детях-инвалидах абстрактно и собирательно. Это связано с тем, что оно складывается не из личного опыта общения с такими детьми, а из мнений взрослых, социальных норм и штампов, которые усваиваются ребенком в процессе развития. Отношение младшего школьника к ребенку-инвалиду противоречиво. С одной стороны, оно содержит позитивные характеристики, в нем преобладает чувство жалости. Ребенку интересно знать, кто такие дети-инвалиды, и он заявляет о готовности им помогать. Но, с другой стороны, он совершенно не хочет дружить, общаться и обучаться с детьми-инвалидами, то есть устанавливать с ними близкие отношения, объясняя это преимущественно страхом. Таким образом, можно утверждать, что отношение младшего школьника к ребенку-инвалиду находится на функционально-ролевом и эмоционально-оценочном уровне, не достигая личностно-смыслового.

Проведенное исследование показало, что отношение младших школьников к одноклассникам скорее негативно. Все респонденты сходятся в том, что их одноклассники имеют самое большое количество плохих качеств. Они единодушны в том, что меньше всего плохих качеств имеют дети-инвалиды. Себя младшие школьники чаще всего оценивают немного хуже детей-инвалидов и намного лучше своих одноклассников. У одноклассников, по мнению респондентов, преобладают негативные чувства по отношению к детям-инвалидам, такие, как неприязнь и безразличие, что совпадает с теми чувствами, которые они сами испытывают к своим одноклассникам (также неприязнь или безразличие).

Мы видим, что отношение ребенка к детям-инвалидам во многом определяется тем, как к ним относятся его родители или другие взрослые, мнение которых отражает мнение общества в целом. Очевидное в настоящее время распространение интегративных подходов сопровождается критическим осмыслением результатов интеграции [1]. Такая же двойственность наблюдается и в целом в отношении современного общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья. Благотворительность, организация различных фондов и обществ часто сочетаются с желанием дистанцироваться от инвалидов. Общество как бы говорит – хорошо, мы готовы помогать инвалидам, но пусть они не вмешиваются в нашу жизнь.

Активная пропаганда толерантного отношения к инвалидам далеко не всегда может преодолеть негативные установки избегания «иных» людей, основанные на переживании чувств неприязни и страха. В то же время, результатом подобной пропаганды может быть сокрытие (или подавление) истинных чувств и замена их “социально одобряемыми”. Мы считаем, что проведенное исследование наглядно демонстрирует такой результат. Младшие школьники, стремясь подавить свои негативные чувства, проецируют их на одноклассников, приписывая им агрессию, неприязнь и безразличие в отношении детей-инвалидов. При этом создается в целом негативный образ одноклассника как носителя социально неодобряемых качеств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малофеев Н. Н. Интегрированное обучение в России: задачи, проблема и перспективы // Особый ребенок: исследования и опыт помощи, 2000. – Вып. 3. – С. 65-73.
2. Эльконин Д. Б. Психология обучения младшего школьника. - М., 1974.

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

**Г. В. Козловская, М. А. Калинина, Н. И. Голубева, М. Е. Проселкова,
Т. П. Ключник, О. С. Брусов, А. М. Дупин, И. В. Щербакова
ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РИСПЕРИДОНОМ
РАННЕЙ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМА У ДЕТЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Известно, что терапия у детей рано начавшейся шизофрении и тяжелых форм аутизма традиционными нейролептическими средствами малоэффективна. В то же время современная психофармакология располагает довольно широким спектром новейших нейролептических средств, эффективность которых в лечении психозов шизофренического круга у взрослых значительно возросла. В числе таковых – рisperидон, относящийся к группе атипичных нейролептиков, рассматривающийся как средство первого выбора в лечении шизофрении, особенно выраженного шизофренического дефекта и хронической шизофрении, резистентных к традиционной терапии. Механизм действия атипичных нейролептиков определяется тенденцией к гармонизации процессов в дофаминергической и серотонинергической системах, нарушение которых лежит в основе базисных симптомов шизофрении в виде позитивных и негативных проявлений психической болезни. В публикациях, посвященных эффективности рisperидона, сообщается о его высокой антипсихотической активности, превосходящей галоперидол в десятки раз, отмечается также его антидефицитарный эффект при малой выраженности побочных (в частности, экстрапирамидных) действий и осложнений. Не случайно данный препарат нашел заслуженное распространение в общей психиатрии [4, 8].

Однако в детской психиатрической практике рisperидон, несмотря на известные безопасность и эффективность, не находит должного применения. О его использовании в лечении детских психозов имеются лишь единичные сообщения [6, 12, 16, 17]. Причиной данного положения является указание в аннотации к препарату о противопоказании применения его у пациентов младше 15 лет. Серьезность указанной проблемы состоит в том, что многие современные психотропные препараты (в том числе рisperидон) не рекомендуются к употреблению их в детском возрасте. Но заявленные ограничения объясняются не токсичностью лекарства, а чаще связаны с отсутствием информации об использовании его как средства терапии у детей тех же заболеваний, что и у взрослых, где препарат успешно зарекомендовал себя. В то же время в детской психиатрии все более растет потребность в новых методах лечения тяжелых форм эндогенных психических заболеваний. Рisperидон в этом отношении выглядит убедительно безопасным и перспективным. В связи со сказанным было решено приступить к лечению рisperидоном детей с малокурабельными состояниями - рано начавшейся шизофренией и аутизмом, что и было начато в 1999 г. на базе поликлинического отделения раннего возраста НЦ психического здоровья РАМН.

Целью работы было клиническое наблюдение за применением рisperи-

дона у детей (в том числе раннего возраста) с эндогенными психическими заболеваниями, резистентными к традиционной терапии, для определения его эффективности в лечении.

В задачи работы входило:

1. Проследить терапевтическую эффективность (ТЭ) рисперидона у детей с шизофренией, и ранним детским аутизмом (РДА).
2. Уточнить побочные действия рисперидона.

Критериями отбора детей в группу исследования являлись:

- выраженность негативных и позитивных расстройств;
- хроническое течение заболевания;
- резистентность к ранее проводимой терапии.

Критерии исключения:

- выраженные психоорганический синдром;
- умственная отсталость;
- судорожные приступы;
- тяжелые соматические заболевания.

Первое клиническое наблюдение эффективности рисперидона было проведено с 1999 по 2002 гг. у 25 детей (20 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 3 до 12 лет с ранними формами шизофрении и аутизма [6]. Второй этап изучения эффективности рисперидона проводился с 2002 по 2006 гг. у 40 детей в возрасте от 4 до 12 лет (10 девочек и 30 мальчиков) также с ранней шизофренией и аутизмом. Диагнозы заболеваний и в той, и другой группе больных квалифицировались по МКБ-10 и DSM-4 как недифференцированная форма шизофрении детский тип и детский аутизм. Средний возраст детей в обеих группах был 5,5 лет, средняя продолжительность заболевания – 4,5 года. Средняя продолжительность лечения 5,5 лет. Все дети до настоящего исследования наблюдались психиатром и получали обычное лечение по поводу шизофрении и аутизма – галоперидол, стелазин, лепонекс и др., а также симптоматические средства - без существенного терапевтического эффекта. По тяжести психического состояния все дети были приравнены к инвалидам детства.

Распределение больных по полу, возрасту и нозологии представлено в таблице 1.

Нозология пол Возраст	Шизофрения		Аутизм		Всего
	М	Д	М	Д	
Ранний 1-3 года	8	2	4	2	16
Дошкольный, 4 - 6 лет	15	3	6	2	26
Младший школьный, 7-10 лет	8	3	2		13
Средний школьный, 11-12 лет	7	3			10
Итого	38	11	12	4	65
Всего	49		16		65

На применение рисперидона у детей было получено согласие их родителей с условием регулярного (не реже одного раза в неделю на первых этапах

лечения, и не менее одного раза в один-два месяца в дальнейшем) посещения врача, а также письменной фиксацией родителями в домашних условиях психического и физического состояния ребенка. Кроме того, на применение рисперидона у детей было получено разрешение Этического экспертного совета НЦПЗ РАМН. Стратегия лечения строилась в соответствии с правилами, принятыми в педиатрии и детской психиатрии в частности [7, 11]. Это и приоритет показаний к лечению над возрастными ограничениями, и минимизация доз препарата; это и стремление к достижению главной цели терапии – не полной редукции патологической симптоматики, а предупреждение регресса психического развития и сохранение возможности к дальнейшему развитию; минимизация побочных эффектов терапии с предпочтением выбора наименее токсичных препаратов; комплексность и системность терапии; индивидуальный подход в лечении; гибкость в выборе доз и длительности курса терапии; обязательная психотерапевтическая подготовка семьи ребенка к принятию поставленного ребенку диагноза и выбора лечения, привлечение родных ребенка к активному сотрудничеству в терапии и необходимость информированного согласия родителей на проводимое лечение.

Однако следует отметить, что в применении новых малоизученных препаратов у детей (даже с учетом возрастных стандартов доз), требуется определенная осторожность. Обоснованием к этому служат известные из современной общей физиологии и нейрофизиологии [5, 9] факты о наиболее распространенных осложнениях от приема лекарственных веществ в традиционных дозах. Среди таковых – феномен адаптации (привыкания) патологического процесса к лекарственным препаратам; включение установившегося уровня концентрации вещества в патогенез болезни и возникновение патологического процесса нового типа; формирование сначала психологической, а затем и физической зависимости от дозы поступления препарата; сопутствующие побочные эффекты его применения. Выявленные и относительно изученные ответные реакции на лекарственное воздействие у взрослых в той или иной форме ожидаемы и у детей, организм которых подчиняется общим биологическим закономерностям.

В то же время в современной медицине накапливаются данные о высокой чувствительности организма к воздействию факторов малой интенсивности различной природы или **малых доз** биологически активных веществ, в том числе и медикаментозных, вступающих в непосредственное взаимодействие с рецепторами нервной клетки, переводящими информацию с внеклеточных процессов, через связанные с ними лиганды, на внутриклеточные [1, 2, 3, 10]. Диапазон малых доз довольно большой – от гомеопатических (сверхнизких) при концентрации в 1 литре жидкости 10^{-20} – 10^{-60} вещества до собственно малых доз (1 молекула на литр). Последние (малые дозы) относятся к неспецифическим адаптогенам, которые, мобилизуя естественные защитные силы организма, включают дополнительные регулирующие влияния, направленные на перевод организма из неустойчивого патологического состояния болезни в относительно устойчивое состояние нормы или приближения к ней. Важен и тот факт, что эффект от воздействия малых доз в ряде случаев превосходит таковой от применения макродоз. Это объясняется механизмами т. н. «каскадных» рецепторных ответных реакций и феномена «па-

раметрического резонанса», с включением «резерва рецепторов клетки» и активацией их чувствительности к воздействиям малой интенсивности. Весь этот комплекс может усиливать ответный сигнал в значительное число раз [13, 14, 15, 18, 19, 20]. В то же время малые дозы, имитируя по интенсивности воздействия естественные (природные) факторы, оказывают на организм практически безопасное влияние и в связи с этим представляют большой интерес в применении их у детей.

В связи со сказанным для преодоления известного негативизма родителей к психотропному воздействию (в данной случае рисперидона) на организм ребенка, а также для создания у родителей чувства уверенности в безопасности применения выбранного лечения был выбран метод «**малых доз**» со значительным уменьшением средней терапевтической дозы рисперидона, особенно у детей раннего возраста. Дети в возрасте от 3 до 4 лет жизни получали 1/20 средней дозы для взрослых, в возрасте 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. Кроме того, следует отметить, что рисперидон в виде монотерапии не использовался. На протяжении всего периода лечения рисперидон сочетался с приемом биологически активных адаптогенов или биотиков типа кортексина, биолана, глицина, дельтарана, церебрамина, семакса и др., которые использовались регулярно по 2-3 курса по 10 дней приема одного препарата в год. В ряде случаев рисперидон сочетался с короткими периодами приема малых доз неулептила, галоперидола, sibазона и других нейролептиков и транквилизаторов в периоды эксацербаций. Продолжительность лечения была длительной: наблюдаемые группы детей получали и продолжают получать рисперидон уже более 6 лет. Средний катамнез по группам 5,5 лет.

До начала лечения все дети были обследованы клинически психиатром, невропатологом, педиатром, а также психологом. Были также изучены биотоки мозга (ЭЭГ) во сне и уровень постоянных потенциалов (УПП) в бодрствовании, электрокардиограмма (ЭКГ) и др. Кроме того, у детей проводилось иммунологическое и биохимическое исследование уровня антител к фактору роста нервов (АФРН), лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) а также ее ингибитора – альфатрипсина (АТ). Проведено биохимическое исследование двух показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ - малонового диальдегида (МДА) и эритроцитарной супероксидисмутазы (СОД)) до начала лечения и в процессе его. Все указанные показатели тесно связаны с патогенезом шизофрении и расстройств шизофренического спектра, к которым относится РДА, и являются как предикторами этих заболеваний так и показателями тяжести патологических процессов

Терапевтическая эффективность (ТЭ) препарата оценивалась по системе PANSS, применяемой в оценке таковой при шизофрении. Тяжесть клинического состояния, степень его улучшения на терапии оценивались по системе CGI – шкале общего клинического впечатления. Кроме того побочные эффекты (ПЭ) и выраженность побочных явлений анализировались по системе UKU (наличие ПЭ, их степень и причинная связь ПЭ с препаратом). Кроме того, с учетом задач исследования нами был разработан специальный протокол клинического наблюдения у детей, особенно раннего и дошкольного воз-

раста по 8 основным позициям (внимание, активность, влечения, когнитивные функции и восприятие, эмоции, моторика, социальное поведение, соматовегетативные функции). Степень выраженности выявленных отклонений также квалифицировалась по 7-балльной системе CGI. Статистическая обработка результатов показала процентные показатели динамики состояния больных по международным клиническим шкалам в проведенном варианте терапии тяжелых форм рано начавшейся шизофрении и аутизма у детей.

Выраженность психопатологических нарушений, представленная в баллах по шкалам PANSS в обеих группах детей (1999-2002 и 2002-2006 гг.) до начала лечения была относительно идентичной. Средние показатели таковой были – 133 и 131 балл соответственно. Однозначной была и средняя оценка тяжести клинических проявлений до начала лечения в двух группах по шкале CGI (6 баллов).

Показатели среднего улучшения по шкалам PANSS в процентах (психопатологические нарушения позитивные - П, негативные – Н, общие – О), а также средние (Ср) показатели по группам в целом оказались следующими:

П – 41,0%; Н – 37,5%; О – 42,0% и Ср – 40,2%.

Приведенные процентные величины показывают высокую степень улучшения психического состояния детей. Средние показатели улучшения по шкале CGI были представлены величинами – 2,5, или значительное улучшение.

Наиболее курабельными (в течение первого года лечения) оказались позитивные (П) нарушения, в их числе – бредовые и галлюцинаторные расстройства, нарушения мышления, а также психомоторное возбуждение, подозрительность и враждебность, с ТЭ по шкале в целом – 41%. В дальнейшем лечении преобладающий эффект наблюдался в отношении негативных нарушений. Среди негативных (Н) расстройств наиболее отчетливый ТЭ отмечен в рубриках аутистических проявлений - 39%, эмоциональной отгороженности и притупленности - 36,5%, а также пассивности и апатии - 37,5%. В шкале общей (О) психопатологии подверглись значительной динамике нарушения внимания, воли, импульсивность, аутистические симптомы, что выразилось величиной улучшения – 40,5% (в среднем).

Остались резистентными по всем трем шкалам PANSS следующие симптомы: в шкале П – переоценка личностных возможностей или рудименты идей величия – пункт 1.5; в шкале Н – нарушения абстрактного мышления, отдельные стереотипии поведения и мышления - пункты 2.5; 2.7. В шкале О - необычное содержание мыслей, манерность в поведении – пункты 3.9; 3.12.

Клиническая картина ПЭ по шкале UKU в сравниваемых группах была также относительно идентична. В начале терапии наиболее частыми были ПЭ типа вегетативных нарушений (75%) в виде повышения аппетита и веса, эпизодического энуреза, единичных кожных сыпей, эпизодов повышенной потливости, тахикардии, кратковременных подъемов температуры тела без отчетливой соматической симптоматики, носовых кровотечений, желудочно-кишечных дискинезий. Реже выявлялись ПЭ типа психических отклонений (30%) в виде нарушений сна (укорочение периодов дневного и ночного сна с увеличением времени бодрствования); отмечались единичные случаи усиления общего беспокойства и эмоциональной раздражительности. Неврологические ПЭ шкалы UKU были еще более редкими (15%) и касались одного

типа ПЭ в виде усиления двигательной активности. Все перечисленные ПЭ сохранялись до 7-10 дней и затем самостоятельно редуцировались. Все указанные ПЭ в обеих группах по выраженности были незначительными, не требовали отмены препарата. Только в отдельных случаях к основной терапии были на короткое время добавлены легкие седативные средства (настой трав типа морфей, баю-бай, препаратов – неврохель, валерианхель и др.).

У многих детей выявлялись признаки улучшения общего физического статуса: улучшалось состояние кожи, волос и ногтей, исчезали сухость, повышенная сальность, ломкость волос, улучшался цвет лица, повышался тургор. Изменялся характер аппетита, пища становилась более разнообразной, дети лучше чувствовали вкус еды, Их поведение в целом становилось более осознанным и социальным. Дети становились более опрятными, проявляли эмпатию к поведению и настроению окружающих. При отсутствии экспрессивной речи они выявляли довольно значительное понимание пассивной.

В процессе клинического изучения эффективности терапии рисперидоном малыми дозами был выявлен феномен сохранения полученного эффекта при прекращении терапии (перерывы в лечении на 2-4 недели), что противоречит известным механизмам нейролептической фармакокинетики больших доз, требующей, как правило, поддерживающей терапии. Более того, было отмечено явление т.н. «мертвой зоны» в динамике улучшения состояния при увеличении дозы нейролептического препарата и возвращения положительного эффекта лечения при ее уменьшении. Данные факты объясняются механизмами воздействия на рецепторы клетки малых терапевтических доз. Это т.н. «парадоксальный эффект», при котором имеет место угнетение ответных клеточных реакций при воздействии на клетку высоких концентраций действующего вещества и оптимизация ее жизнедеятельности при сниженных дозах.

Регулярное исследование общего соматического состояния, биохимии крови и кардиологии детей не выявило у них каких-либо отклонений на фоне длительного приема рисперидона.

В то же время следует констатировать, что, несмотря на убедительное улучшение при длительном приеме рисперидона у детей сохранялись (в случаях аутизма довольно выраженные) проявления основного психического заболевания. Однако в случаях шизофрении было отмечено некоторое изменение темпа течения процесса и его формы. Так, в ходе пролонгированного лечения рисперидоном выявилась тенденция к переходу от злокачественного типа течения болезни к приступообразному и малопрогредиентному (35% и 65% соответственно). У больных стали более заметными сезонные ухудшения состояния, непродолжительные по времени, но требующие на короткое время увеличения дозы рисперидона до 0,3–0,5 мг в сутки, а при усилении психотической симптоматики добавления малых доз галоперидола, неупелтила, и др. Эти дети довольно успешно занимались в школе по общей программе, а по окончании школы продолжили учебу в институте. Причем у них выявилось осознание своей болезни и критика к состоянию. При этом больные «отделяли» от себя и своей личности возобновляющуюся психотическую или другую продуктивную симптоматику в периоды обострения и, критически оценивая болезненные переживания, пытались их преодолеть (подавить) усилием воли, переключая внимание на внешние события. У них исчез нега-

тивизм к проводимому лечению и, напротив, появилось относительно сознательное отношение к терапии.

На фоне относительно длительного (более 2 месяцев) перерыва в приеме препарата наблюдалось постепенное ухудшение психического состояния больных и требовалось возобновление лечения рисперидоном, но в ряде случаев в меньших дозах, чем до отмены его. Попытки перевести больных на традиционное лечение обычными или другими атипичными нейролептиками были малоэффективны. Родители детей самостоятельно возобновляли лечение рисперидоном.

Выявленные факты, по-видимому, объясняются тем, что рисперидон при длительной терапии включается в патогенез основного заболевания (как это наблюдается при применении традиционных доз лекарственных веществ) и относительно видоизменяет его, смягчая остроту и злокачественность. В то же время рисперидон вызывает привыкание к нему и требует постоянного приема препарата, но благодаря малым дозам рисперидон не сопровождается побочными действиями и, встраиваясь в гомеостаз организма, не формирует нового патологического субстрата.

Иммунологическое и биохимическое исследования на фоне приема рисперидона подтвердили его патогенетическое воздействие. Длительный прием рисперидона продемонстрировал значительное улучшение и нормализацию аутоиммунных процессов, врожденного и приобретенного иммунитета, серотониновых показателей и др. Состояние перекисного окисления выявило тенденцию к усилению эмоциональной сенситивности, что клинически выражалось в уменьшении эмоциональной дефицитарности больных и появлению эмоционально адекватного резонанса. Исследование ЭЭГ и УПП также выявило улучшение биоэлектрической активности мозга в виде уменьшения бета- и тета-частот, подкорковой пароксизмальности, увеличения эмоциональных ритмов.

Таким образом, из проведенного пролонгированного лечения рисперидоном ранней шизофрении и аутизма у детей следуют выводы:

1. Рисперидон высокоэффективный и безопасный препарат в лечении ранней шизофрении и аутизма у детей (в том числе раннего возраста).

2. Лечение рисперидоном указанных заболеваний у детей целесообразно проводить малыми дозами в 1/10, а в случае раннего возраста детей 1/20 средней терапевтической дозы взрослых, эпизодически повышая их до 0,4-0,5 мг в сутки при обострении симптоматики.

3. Рисперидон требует пролонгированного многолетнего лечения в указанных дозах; отмена препарата на длительный срок (более 1,5 месяцев) или его замена затруднены и вызывают резкое ухудшение психического состояния. Указанные факты объясняются тем, что рисперидон включается в патогенез болезни, видоизменяет его, снижая остроту и злокачественность, относительно нормализуя дофаминергическую, серотониновую, иммунологическую системы и др.

4. Терапия рисперидоном в малых дозах не сопровождается осложнениями и тяжелыми побочными действиями и поэтому не требует корректоров.

5. Рисперидон целесообразно сочетать с активным лечением биотиками – ноотропами, адаптогенами и иммуномодуляторами. В случаях обострения

состояния рисперидон сочетается с другими нейролептиками в малых дозах.

6. Рисперидон в малых дозах наиболее эффективен в отношении негативных расстройств, он повышает психическую активность и стрессовую резистентность, уменьшает проявления аутизма, эмоциональной дефицитарности. В меньшей степени рисперидон в указанных дозах редуцирует продуктивную симптоматику, но на фоне длительной терапии он способствует появлению критического отношения к своему состоянию и адекватному эмоциональному резонансу с окружающей обстановкой, что помогает социализации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Е. Б. Эффект сверхмалых доз // Вестник РАН, 1994, т. 64, 5. – С. 425-431.
2. Варфаломеев С. Д., Гуревич К. Т. Биокинетика. - М., 1999. - 720 с.
3. Веселова Г. В., Веселовская В. А., Чернавский Д. С. Трехфазная (парадоксальная) дозовая зависимость реакции растительной клетки на факторы внешней среды // Росс. хим. журнал, 1999, т. 43, 5. = С. 44-54.
4. Вовин Р. Я. Мазо Г. Э. Иванов М. В. и др. Применение рисперидона для купирования обострений шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия – 2000, Прил. № 2. - С. 6-8.
5. Зайцев С. В. Ефанов А. М. Общие закономерности и возможные механизмы действия биологически активных веществ в сверхмалых дозах. // Росс. хим. журнал, 1999, т. 43, 5. - С. 28-33.
6. Козловская Г. В. Калинина М. А. Опыт применения рисперидона при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000, Прил. № 2. - С. 10-12.
7. Козловская Г. В. Горюнова А. В. Общие принципы лечения и профилактики психического дизонтогенеза / Рук-во по психиатрии. - М., 1999, т. 2. – С. 721-724.
8. 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.
9. Подколзин А. А. Гуревич К. Т. Действие БАК в малых дозах. - М., 2002. – 170 с.
10. Сергеев П. В. Шиманский Н. А. Рецепторы. - Волгоград, 1999. – 637 с.
11. Северный А. А. Шевченко Ю. С. Волошин В. М. Проблемы эффективности и безопасности современной психофармакотерапии детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2004 (4), 2. – С. 34-42.
12. Armenteros J. L. Wtaker A. H. Welikson et al., Risperidon in adolescents with schizophrenia – an open pilot study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36, 5, 694-700, May, 1997.
13. Armstrong D. T., Siuda A., Opavsky M. A., et al. Bimodal effects of luteinizing hormone and role of androgens in modifying superovulatory responses of rats to infusion with purified porcine follicle-stimulating hormone // Biol Reprod. vol. 41, 1, 54-62.
14. Bellavite P., Semizzi M., Lussignolli S., et al. A computer model of the

five element theory of traditional Chinese medicine // *Complementary therapies in medicine*, 1998, vol 6, 133- 140.

15. Crain S., Shen K., Ultra-low concentrations of naloxone selectively antagonize excitatory effects of morphine on sensory neurons, thereby increasing its antinociceptive potency and attenuating tolerance/dependence during chronic cotreatment // *Proc Natl Acad Sci USA* 92:10540–10544.

16. Finding R. L., Maxwell K., Wznizer M An open clinical trial of risperidon monotherapy in young children with autistic disorders // *Psychopharmacol Bull* 33, 1, 155-9, 1997.

17. Posey D. J. Walsh K. H. et al. Risperidon in the treatment of two very young children with autism // *J. Child Adolescent Psychopharmacol*, 9, 273-276, 2000.

18. Portier C., Hoel D. Low –dose-rate extrapolation using the multistage model // *Biometrics.*, vol. 8, 1-19.

19. Schnur P., Bravo F. et al. Tolerans and sensitization of biphasic effects of low–doses of morphine in the hamster // *Pharmacol. Biochem. Behav.* 1989, vol., 19, 435- 439.

20. Shen K., Crain S. Ultra-low doses of naltrexone or etorphine increase morphine's antinociceptive potency and attenuate tolerance/dependence in mice // *Brain Res*, 1997, vol 757, 2, 176-190.

21. Stein G. Bernart M Lithium augmentation therapy in tricyclic–resistant depression. A controlied trial using lithium in low and normal doses // *Br. J. Psychiatr.* 1993, vol. 162, 634-640.

М. А. Генгер

АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва).

Шизофрения – это хронически текущее психическое заболевание, характеризующееся сочетанием специфических изменений (дефекта) личности (аутизм, эмоциональное уплощение, снижение активности, утрата единства психических процессов) с разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами [8].

Исследование особенностей серьезных нарушений эмоциональной сферы, встречающихся при данном заболевании, затруднено в связи со сложностью в доступе к больным и их эмоциональной неадекватностью. Исследователи отмечают [1, 8 и др.], что детям уже на начальном этапе заболевания свойственны: сниженная потребность в контактах, замкнутость, отсутствие интересов, негативизм, диссоциация эмоциональных нарушений (эмоциональная холодность в отношении к окружающим в сочетании с чрезмерной чувствительностью, ранимостью), наличие немотивированных, бессодержательных страхов, а также страхов сверхценного или (значительно реже) навязчивого характера. В современной психологии традиционно выделяется несколько подходов к коррекции и диагностике эмоциональной сферы ребенка: психодинамический, поведенческий, гуманистический и деятельностный. Каждый подход имеет свою теоретическую базу и вытекающее из нее понимание механизмов эмоциональ-

ных нарушений и, соответственно, методов их диагностики и коррекции (игротерапия, поведенческая терапия, психодрама и др.).

Арттерапия (терапия искусством) является относительно молодым направлением психотерапии. Сам термин впервые появился лишь в 1938 г. благодаря работам А. Хилла [10]. Современная арттерапия как психотерапевтическое направление росла из наблюдений психиатров за творчеством психически больных людей и формировалась как метод диагностики и альтернативный фармакологическому вариант работы с тяжелыми психически больными взрослыми и детьми. Кроме тяжелых психических заболеваний, показаниями для арттерапевтической работы с детьми являются [11]:

1) отклонения в развитии психоэмоциональной сферы (эмоциональная депривация, чувство одиночества, трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции);

2) нарушение коммуникативно-рефлексивных процессов (наличие конфликтных межличностных отношений, внутрисемейных ситуаций, негативная «Я-концепция», низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самовосприятия);

3) психосоматические отклонения в развитии (в дыхательной, сердечно-сосудистой, двигательной, вегетативной и центральной нервной системах).

В целом арттерапия – это исцеление посредством любого художественного творчества. Соответственно, ее направления зависят от специфики видов искусства: рисуночная терапия, танцевальная терапия, музыкотерапия, библиотерапия, театротерапия, сказкотерапия и др. Традиционно арттерапия базируется на четырех психотерапевтических концепциях: психоаналитической, психодинамической, гуманистической и экзистенциальной, что вносит свою специфику в видение целей арттерапевтической работы, задач и способов их решения. Психоаналитическая арттерапия опирается на следующие понятия: доступ к бессознательному, осознание вытесненных конфликтов, катарсис. Направление представлено техниками рисования пациентом снов, фантазий, страхов, свободных ассоциаций. Также широко известна техника *fingerpaint* - спонтанное рисование рукой или пальцами, обмакивая их в краску. Предполагается, что бессознательное «выносит» вовне наиболее значимый в данный момент для пациента материал, а дальнейшая интерпретация возникающих образов помогает осознанию вытесненного материала. Психодинамическая арттерапия является одним из вариантов аналитической психотерапии К. Юнга [15] и использует такие ключевые понятия, как: коллективное и индивидуальное бессознательное, архетипические символы, отреагирование. Предполагается, что каждый человек способен выражать свои внутренние конфликты в визуальных формах, таким образом получая доступ к глубинным мыслям и чувствам, вытесненным в бессознательное. Широко используется техника, когда пациент рисует свое внутреннее состояние в данный момент. Гуманистическая арттерапия основывается на таких понятиях, как: потребность в самореализации, целостность, уникальность, процесс личностного роста. Целью гуманистической арттерапии является развитие сбалансированной личности, которая может держать равновесие между полярностями (любовь-ненависть, слабость-сила, уединенность-близость, зави-

симость-независимость и пр.). Для достижения этой цели необходимо уточнить глобальные цели индивида. Отсюда вытекает основная задача гуманистической арттерапии - расширение горизонтов личности (поддержка – развитие - целостности жизни, достижение подлинной индивидуальности, формулирование базовых жизненных целей и т. д.). Экзистенциальная арттерапия, приняв базовые положения гуманистической психологии о подходах к личности, дополнила их представлением о неизбежности экзистенциальных переживаний и кризисов, данных индивиду на разных символических уровнях (предперцепция - уровень ощущений; образование гештальта - первичные ощущения организуются в объект, а объект уже осознается; полный гештальт - возможность иметь нечто в ментальном плане, не представленное в ощущениях, реальная абстракция и концептуализация). Переход с каждого уровня сопровождается кризисным состоянием. Арттерапия, соответственно, - это изменение символического уровня индивида на данной стадии развития. Предполагается, что любая психическая патология - это, в первую очередь, патология символического процесса.

Общая цель арттерапевтической работы, вне зависимости от теоретической основы, связана с гармонизацией личности через развитие ее возможностей самопознания и самовыражения [6]. В связи с этим, арттерапию можно условно разделить на два направления. В первом в большей степени используются готовые предметы искусства, созданные профессиональными авторами, что способствует развитию самопознания. Во втором предпочтение отдается продуктам деятельности клиентов, что развивает способность к самовыражению. В. В. Лебединский и др. [17], отмечает, что психокоррекция аффективной дизадаптации должна проводиться одновременно в двух направлениях: совершенствование высших личностных образований - развитие их социализирующего и окультуривающего влияния на низшие аффективные процессы; и обратно, стимуляция базальных аффективных механизмов, на которые опираются высшие личностные механизмы. Эти задачи, на наш взгляд, в арттерапевтическом ключе решаются соответственно с помощью самопознания и самовыражения. М. Е. Бурно предложил метод Терапии творческим самовыражением, который успешно применяется в работе со взрослыми дефензивными психопатами и взрослыми больными малопрогредиентной шизофренией [2, 5, 13]. Автор выделил следующие элементы Терапии творческим самовыражением: «самопознание»; «познание других душевных расстройств и других человеческих характеров»; «продолжение познания себя и других в творческом самовыражении с осознанностью своей общественной пользы» [2, с. 79].

Тем не менее, перенос данного метода на работу с детьми, больными шизофренией, видится нам не совсем верным. В. В. Лебединский и др. [17], опираясь на исследование детей, больных аутизмом, отмечают, что в работе с нарушениями эмоциональной сферы у детей, незрелая, только формирующаяся личность, не может быть адекватной опорой в коррекции поведения и эмоциональных трудностей. Следовательно, в ходе психокоррекции необходимо опираться на «базальную аффективную регуляцию», которая формируется довольно рано, но имеет большие резервы роста и механизмы саморегуляции и самокоррекции. Соответственно, арттерапевтическая работа с деть-

ми, больными шизофренией, должна быть связана в большей степени с развитием самовыражения, нежели самопознания.

Помимо коррекционных возможностей, продукты арттерапевтической работы (рисунки, поделки, рассказы, фантазии и т. д.) имеют большое диагностическое значение. Тем не менее, качественный и количественный анализ формальных элементов данного арттерапевтического материала затруднен ввиду отсутствия стандартных шкал оценок особенностей продуктов творчества и собственно стандартных диагностических методик в этой области психотерапии. Более того, считается, что осознание и сам процесс работы являются более информативными и значимыми, нежели внешние признаки законченного произведения, а исключительно формальная диагностика и интерпретация - бессмысленны [10].

В данной работе была предпринята попытка диагностики особенностей эмоционального реагирования больных шизофренией детей через анализ динамики структуры рисунка «настроения» в ходе арттерапевтических занятий. Работа носила поисковый характер, и ее задачей являлось выделение наиболее явных характеристик рисунков «настроения» и попытка их соотнесения с возможной структурой эмоционального реагирования больных детей.

С детьми в возрасте 7-9 лет, которым психиатрами детского отделения МНИИ психиатрии был поставлен диагноз «шизофрения, детский тип», на фоне психотропной терапии (рисполепт) в невысоких дозах приводились сеансы арттерапии (1 час в неделю) в течение 3 месяцев. На каждом занятии, помимо прочего, ребенку предлагалось нарисовать гуашью на белом листе А4 «свое настроение».

Несмотря на небольшое количество испытуемых (5 чел.), у всех было отмечено сходство в динамике рисунков «настроения» по ходу работы. Были выделены следующие характеристики рисунков: 1) структура изображения; 2) количество используемых цветов; 3) качество используемых цветов (цветовые предпочтения).

Рисунок «настроения» в рамках наших арттерапевтических занятий изменяется следующим образом:

1. Изначально на рисунке «настроения» дети изображали хаотично разбросанные на листе бумаги небольшие пятна, каждое из которых было закрашено своим цветом. Обычно их было не больше 3-4, и среди них обязательно присутствовали белый и черный цвет.

2. Далее, в ходе нашей арттерапевтической работы, дети начинали использовать в своей палитре (помимо белого, черного и нескольких ранее использованных цветов), новые цвета, и рисунок видоизменялся (4-5-е занятие). Дети смешивали разные цвета в одном большом пятне, не имеющем явных границ. В результате рисунок занимал весь лист, а часто и выходил за его пределы – на стол. Из-за того что используемые детьми цвета смешивались друг с другом (в том числе с черным), рисунок получался преимущественно в черно-коричневых тонах.

3. На следующей стадии (7-9-е занятие) дети уже использовали все цвета радуги, смешивая их в одно большое пятно. Параллельно из палитры постепенно уходил белый цвет. Затем у рисунка появлялась четкая граница – дети обводили нарисованное пятно, занимающее большую часть листа.

4. После этого (8-10-е занятие) дети изображали свое «настроение» как закрашенный толстыми полосками разного цвета лист, на котором отсутствовали белый цвет и, при арттерапевтической отработке страхов, черный.

5. Далее (11-12-е занятие) у рисунка «настроения» появлялся видимый центр, вокруг которого располагались другие чистые цвета. Например, рисунок «настроения» мог выглядеть как цветок с разноцветными лепестками.

Необходимо отметить, что у детей, больных шизофренией, получавших только фармакологическое лечение (рисполепт) в детском отделении МНИИ психиатрии, без арттерапевтической помощи, (15 человек в возрасте от 7 до 14 лет), структура рисунка «настроения» не менялась как минимум в течение года. Дети, которым психиатрами нашего отделения был поставлен диагноз «шизофрения, детский тип», при поступлении в отделение проходили психологическое обследование, где им, помимо стандартных методик, предлагалось нарисовать свое «настроение». В течение года они получали только фармакологическое лечение, без арттерапевтической помощи. Затем, через год, было проведено повторное аналогичное психологическое обследование. Сравнение рисунков «настроения» показало, что цветовой выбор детей в ходе психотропного лечения несколько изменился: используемые цвета в целом стали более «светлыми», в некоторых случаях из рисунка ушел черный цвет. Тем не менее, белый цвет присутствовал у всех детей, а также структура рисунка «настроения» оставалась прежней.

Таким образом, можно предположить, что первоначальное состояние рисунка «настроения» отражает эмоциональную уплощенность и расщепление аффективной сферы – эмоции не представляют собой системы, это разрозненные элементы, которых в доступном наборе имеется небольшое количество. Что касается самого цветового выбора, то здесь интерпретация возможна на нескольких смысловых уровнях, но однозначно следующее: дети без психопатологии в рисунке «настроения» белый цвет не используют практически никогда, а выбор черного цвета связан с наличием у психически здоровых детей сильных страхов.

В ходе нашей арттерапевтической работы ребенок, по-видимому, осваивает разные эмоциональные состояния; в рисунке это отражается включением в палитру новых цветов. От состояния разрозненных элементов, имеющих в доступном наборе в небольшом количестве, судя по изменению рисунков можно предположить, что эмоциональная сфера ребенка переходит на противоположный предыдущему полюс – смешение, отсутствие границ, «эмоциональный хаос». Далее в рисунке «настроения» у разных цветов появляется своя четкая граница, а черный и белый уходят из палитры, что может свидетельствовать о том, что доступ к разным эмоциональным состояниям теперь открыт для ребенка и у него появляется выбор в эмоциональном реагировании. В рисунке «настроения» (а предположительно и в эмоциональной сфере) формируется структура, появляется центр. На этом этапе можно предложить ребенку нарисовать свое «настроение» в кругу – изобразить мандалу, символизирующую «единство и целостность» [4] эмоциональной сферы. Круг – это мифологический символ гармонии, из-за отсутствия острых углов он считается самой «доброжелательной» из всех геометрических фигур [10, стр. 108]. К. Юнг [18] отмечал, что рисование в кругу (мандала) – это своеобразный

мост между внутренним и внешним мирами, он позволяет изобразить в виде рисунка самость, целостную личность, ее гармоничное состояние, восстановить утерянное внутреннее равновесие.

В результате наших арттерапевтических занятий положительные изменения у детей отмечались не только в настроении и эмоциональном реагировании, но и в сфере социальной адаптации. Как отмечали родители, дети становились менее тревожными, более сдержанными, у них появлялись свои интересы, они становились эмоционально более адекватными в общении и даже частично включались в совместные игры с детьми преимущественно младшего возраста (чего не наблюдалось ранее).

Особое внимание стоит обратить на то, что в ходе нашей арттерапевтической работы, от простого экспериментирования с красками и формального выполнения задания, что свойственно больным шизофренией, дети переходили к процессу вовлеченности в рисуночную деятельность. В начале работы дети без особой инициативы подходили к предложенным заданиям: выполняли их быстро; оценивали результат (нравится/не нравится), зачастую не глядя на рисунок; дома в течение недели рисовали одинаковые рисунки «настроения». В дальнейшем дети начинали более адекватно оценивать результат своей деятельности и дополнять рисунок, если что-то в нем не нравилось. Выбор цветов для рисунка становился выбором для ребенка в полном смысле этого слова, например, рисунки «настроения в школе», «настроения дома», «настроения с мамой» становились отличными друг от друга и отражали эмоциональное отношение ребенка к предложенной ситуации. Важным психотерапевтическим шагом для ребенка становился этап рисования «настроения других людей» в разных ситуациях.

Аналогичная динамика рисунков «настроения» наблюдалась и у детей, пострадавших при террористическом акте в Беслане в 2004 г. [16]. При поступлении в наше отделение у детей, побывавших в заложниках (11 чел), независимо от возраста рисунки «настроения» выглядели как большое цветковое пятно, выполненное в коричневых тонах, иногда выходящее за пределы листа, хотя сам коричневый цвет не использовался. В динамике можно было проследить, что из беспорядочной смеси цветов, приобретающих коричневый тон, рисунки «настроения» по ходу работы становились более структурированными и четкими, причем использовались чистые цвета, которые практически не смешивались и имели свои границы либо плавно переходили друг в друга. При более острой симптоматике и большей тяжести течения реакции на стресс (в основном депрессивные реакции у детей, потерявших в результате террористического акта своих близких.) такого четкого разделения не наблюдалось, но общий коричневый тон заметно светлел и на нем появлялись четкие линии желтого или зеленого цвета.

Можно предположить, таким образом, что вышеперечисленные особенности рисунков «настроения» детей, пострадавших при террористическом акте в Беслане в 2004 г., отражали их эмоциональное состояние в ходе арттерапии: из депрессивно-фобического фона, непонятного для ребенка и вытесненного вследствие чрезмерного психологического травматизма, начинало выстраиваться более дифференцированное эмоциональное реагирование. В некоторых работах был виден своеобразный субъективный выход из эмоцио-

нально тяжелого состояния: левая половина рисунка – неструктурированная, с преобладанием черного цвета, а правая заканчивается четким оранжевым и желтым. Другой вариант того же выхода – когда весь рисунок берется в плотное черное кольцо, которое разрывается в правой верхней части листа.

У психически здоровых дети, имеющих некоторые психологические сложности, динамика рисунка «настроения» менялась по той же схеме, только начальным уровнем являлся этап смешения цветов с выходом за границы листа.

Таким образом, предложенная схема развития рисунка «настроения» является универсальной для работы с разными психическими состояниями, включая и психически здоровые.

Методика рисунок «настроения» расширяет возможности оценки эмоциональной сферы, особенно ее нарушений при различных психических заболеваниях, и позволяет проводить необходимую коррекцию. Более того, к этой диагностической методике нет так называемого «привыкания», она может использоваться как тонкий измеритель динамики эмоционального состояния в ходе каждого занятия с ребенком (равно как и со взрослым). Несмотря на некоторую субъективность интерпретаций, что характерно для подавляющего большинства проективных методик, рисунок «настроения» наглядно открывает доступ к пониманию структуры эмоциональной сферы, ее развитию, механизмам взаимодействия ребенка с окружающим миром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Ранняя диагностика шизофрении (статика и динамика). – М. : Медицина, 1980.
2. Бурно М. Терапия творческим самовыражением. 3-е изд., испр. и доп. - М. : Академический проспект, 2006.
3. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении (2-е изд.). – СПб. : Питер, 2001.
4. Диагностика в арттерапии. Метод «мандала» / под ред. Капытина А. И. - СПб. : Речь, 2002.
5. Зуйкова Н. Л. Краткосрочная терапия творческим самовыражением больных с шизоидных личностей с семейными конфликтами. Автореферат дисс. канд. мед. наук. - М., 1998.
6. Изотова Е. И., Никифорова Е. Ф. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М. : Издательский центр «Академия», 2004.
7. Клиническая психиатрия. Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. - М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
8. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: изд. 2-ое, переработанное и дополненное. - М. : Медицина, 1995.
9. Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. - М. : Гос. издат. медицинской литературы, 1963.
10. Лебедева Л. Д. Практика арттерапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб. : Речь, 2003.
11. Медведева Е. А., Левченко И. Ю., Комисарова Л. Н., Добровольская Т. А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. - М. : Академия, 2001.
12. Научные труды института. Вопросы шизофрении и инфекционные

психозы. Вып. 73. Ленинградский государственный ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова. – Л., 1978.

13. Некрасова С. В. Краткосрочная терапия творческим самовыражением больных с шизотипическим расстройством и дефензивными проявлениями. Автореферат дисс. канд. мед. наук. - М., 1999.

14. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. - М. : Сфера, 2004.

15. Свирепо О. А., Туманова О. С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. - М. : Изд-во Института психотерапии, 2004. – 270 с.

16. Сухотина Н. К., Красов В. А., Крыжановская И. Л., Куприянова Т. А., Красова А. В., Генгер М. А., Петрова М. А. Клиника и лечение психических нарушений у детей, пострадавших при террористическом акте в Беслане // Социальная и клиническая психиатрия, 2006, Т. 16, вып. 1.

17. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990.

18. Юнг К. Г. Человек и его символы / Под общ. редакцией С. Н. Сиренко. М: Серебряные нити, 1998.

О. С. Заюнчковский, Н. В. Зверева
ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДСТВАМИ БОС-ТЕРАПИИ
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Существенной характеристикой патопсихологического синдрома при шизофрении является изменение мотивационно-волевой сферы у больных, связанное с развитием болезненного процесса. Нарушение волевого компонента деятельности начинается с момента дебюта заболевания и продолжает прогрессировать с разной степенью интенсивности на протяжении всего периода болезни. По мере углубления дефекта нарастает снижение инициативности и продуктивности деятельности, ухудшается произвольная регуляция деятельности [3, 4, 7]. Психологические исследования и клинические описания детской шизофрении выделяют нарушение произвольной регуляции деятельности у этих детей как одну из характерных особенностей заболевания [1, 3, 5, 8, 10].

Более подробно влияние заболевания на изменение психической деятельности изучено на взрослом контингенте [9, 11]. Показано, что различия уровня реализации определенных видов деятельности больных шизофренией по сравнению с нормой углубляются по мере возрастания активности (устойчивости внимания, удержания задачи, целенаправленности и пр.), сложности задания качественными и количественными характеристиками (например, объемом материала) [7]. Обнаружена своеобразная динамика параметров изменения произвольного внимания по мере нарастания дефекта, в частности, больше нарушена его переключаемость по сравнению с показателями устойчивости [11].

В последние годы отмечено, что течение детской шизофрении видоизменя-

ется в связи с успехами современной фармакотерапии [5]. Вопросы коррекции последствий или проявлений заболевания не только фармакологическими средствами особенно актуальны в период детства, когда продолжается, пусть и в искаженных болезнью условиях, психическое развитие ребенка. Новые пути реабилитации данного контингента больных открываются за счет разработки коррекционных мероприятий и мер медико-психолого-педагогической поддержки и/или сопровождения детей. Реабилитационные мероприятия могут начинаться уже в рамках стационара и продолжаться в ходе обучения больного ребенка. Современные научно обоснованные психокоррекционные технологии позволяют проводить психологическую коррекцию, уменьшая патологическое влияние заболевания на психическую деятельность и развитие больного ребенка [5,12].

Одним из современных методов психологической коррекции высших психических функций является метод биологической обратной связи (БОС-терапия) [2, 13, 15]. Биологическая обратная связь (БОС) (biofeedback – англ.) – нефармакологический метод коррекции психологических и психосоматических нарушений, базирующийся на современных представлениях о функционировании мозга. Суть метода заключается в том, что пациент, получая информацию о рабочей динамике какой-либо физиологической системы, реализующей протекание тренируемой функции, обучается как контролировать свое психофизиологическое состояние, так и произвольно управлять работой данной системы. В контексте терапии методом БОС патология рассматривается как нарушение в структуре управления функциональной системой какого-либо психофизиологического процесса. Соответствующий тренинг независимо от причины, повлекшей нарушение протекания процесса, позволяет внести элемент произвольного контроля над ним. В качестве маркера функционирования психического процесса или состояния может выступать показатель КГР, частота сердечных сокращений (ЧСС), параметры ЭЭГ [6, 15]. Проводимые с его помощью коррекционные мероприятия могут быть направлены на восстановление произвольности высших психических функций (в частности, внимания), повышая адаптивные возможности ребенка, оказывая благотворное влияние на психическую активность личности. Имеется положительно зарекомендовавший себя опыт работы по данной технологии с некоторыми контингентами детей и взрослых с отклонениями в состоянии психического здоровья. [6 ,14, 16].

Мы предположили, что БОС-тренинг может стать эффективным методом коррекции произвольности внимания у детей, страдающих вялотекущей мало-прогредиентной шизофренией (шизотипическое расстройство, по МКБ-10).

На базе НИЦПЗ РАМН проводилось исследование возможностей БОС-терапии для коррекции нарушения произвольности высших психических функций у детей с шизотипическим личностным расстройством.

Цель исследования - выявить возможности БОС-терапии в коррекции произвольной регуляции деятельности у больных шизофренией детей. В ходе исследования решались следующие задачи:

1. Формирование двух сопоставимых выборок детей с шизотипическим расстройством (экспериментальной и контрольной) для проведения БОС-тренинга.
2. Составление психодиагностического комплекса для оценки уровня со-

хранности произвольности высших психических функций в обеих выборках.

3. Организация диагностических обследований до и после БОС-тренинга.

4. Проведение психокоррекционной работы методом БОС-тренинга.

5. Оценка результатов (динамики состояния произвольного внимания и памяти под воздействием БОС-тренинга).

В работе был использован прибор БОС, регистрирующий ЧСС. Мотивацией к саморегуляции является специально разработанная компьютерная игра, в которой успешность деятельности ребенка напрямую зависит от его ЧСС. Чем выше ЧСС, тем меньше успешность игры. Ребенок за счет внутренних механизмов учится регулировать свое психомоторное возбуждение, контролировать и управлять вниманием, ставить цели и регулировать свою деятельность в соответствии с существующими условиями, т. е. развивать произвольность своей психической активности. В качестве психологических функций, владение которыми подвергалось коррекции, были избраны произвольное внимание и произвольная слухоречевая память.

Материалы пилотажного этапа работы получены на двух небольших выборках испытуемых по 7 человек. Все дети находились на стационарном лечении в НЦПЗ РАМН, обучались по программе массовой школы (иногда в индивидуальной форме). Первое диагностическое обследование проводилось некоторое время спустя после поступления ребенка в отделение, по миновании острого периода. Все дети находились под воздействием фармакотерапии.

С экспериментальной группой детей (7 человек) проводилось 10 занятий по методу биологической обратной связи, продолжительностью по 60 минут каждое. Контрольная группа детей (7 Чел) не проходила БОС-терапию, больные участвовали только в диагностических процедурах до начала занятий в экспериментальной группе и по их окончании (примерно через 15 дней). Диагностика состояния функций произвольной памяти и внимания до и после БОС-тренинга обеспечивалась применением экспериментально-психологического комплекса методик:

1. Проективная методика «Рисунок несуществующего животного» введена для установления контакта с испытуемыми.

2. Методика на непосредственное произвольное запоминание 10 слов (по А. Р. Лурия).

3. Тест Струпа (оценка показателей динамики работоспособности и влияния интерференции).

4. Таблицы Шульце (оценка устойчивости и распределения внимания, работоспособности).

5. Тест Бурдона (объем, устойчивость внимания, работоспособность и темп деятельности).

6. Методика «Шифровка». Символьный и цифровой варианты (объем, устойчивость и переключаемость внимания, продуктивность и темп деятельности).

Экспериментальное исследование включало **3 части**: первичная диагностика, БОС-тренинг (по 10 занятий с каждым пациентом), повторная диагностика состояния произвольной регуляции деятельности анализируемых функций.

Проведение **первой части** работы связано с диагностикой состояния произвольного внимания и памяти у испытуемых до начала БОС-тренинга и в кон-

трольной группе. При выполнении предложенного комплекса в экспериментальной и контрольной группах имелись общие черты (стойкие нарушения произвольности внимания, переключаемости, динамики работоспособности). Трудности усвоения и удержания инструкции отмечались у некоторых испытуемых в обеих группах. Корректирующая проба Бурдона в ряде случаев была малодоступна, выполнялась не до конца, с большим количеством ошибок. Отмечались повышенная истощаемость, трудности переключаемости внимания. По окончании предварительного тестирования с каждым ребенком экспериментальной группы проводился краткий ознакомительный сеанс БОС.

Вторая часть работы проводилась только с экспериментальной группой. БОС-тренинг начинался после тихого часа и полдника (15 ч. 30 мин.-16 ч.) и проходил в учебном классе со специально организованными под специфику проведения БОС-тренинга условиями. В классе поддерживалась комнатная температура, сводились к минимуму все посторонние шумы, это позволяло снизить отвлекаемость ребенка и повысить эффективность проводимого психокоррекционного процесса.

Процедура заключалась в следующем: ребенку предлагалось сесть и принять удобную для него позу, после чего регулятором громкости персонального компьютера обеспечивалась комфортная громкость звукового сопровождения, включенного в блок психокоррекционного программного обеспечения. Прибор закреплялся на пальце ребенка, после чего запускалась необходимая программа.

Все пациенты, даже настроенные первоначально негативно, к самому тренингу приступали охотно, уже через 5-10 минут эффективность деятельности возрастала, проявлялись увлеченность и заинтересованность в результате.

В пакет программного обеспечения прибора БОС входило несколько игровых вариантов, обеспечивающие возможность выбора в соответствии с требованиями ситуации. Если основная рабочая программа не устраивала ребенка своей сложностью или просто не интересовала его, существовала возможность ее смены на более подходящую. Мальчики предпочитали не основную программу, имитирующую академическую греблю, а альтернативную ей «гонку на автомобилях»; девочки, напротив, предпочитали спокойную игру с построением пирамиды из кубиков. Данные предпочтения можно отнести как к особенностям темперамента, так и к актуальному состоянию пациента на момент начала психокоррекционного процесса.

В ходе проводимого БОС-тренинга выявлена динамика поведенческой стратегии у испытуемых экспериментальной группы. На основе наблюдения было выделено 4 сменяющихся типа поведенческих реакций.

На первом этапе (2-3 занятия) в ситуации эмоционального напряжения, связанного с вовлеченностью в процесс, у всех наблюдались повышение ЧСС и стремление «перехитрить» прибор. Испытуемые движениями пальца искусственно сбивали показания датчика ЧСС. После объяснения не соответствия такого поведения правилам игры, некоторое время попыток изменять показания не следовало. На втором-третьем занятии все пациенты перестали сбивать датчик и условно приняли исходную инструкцию: стараться максимально расслабиться и снять волнение.

На втором этапе все испытуемые, поняв условия успешной деятельности,

пытались перекрыть канал визуального восприятия информации с монитора, закрывая глаза или просто отводя их в сторону. В ответ на сделанное им замечание испытуемые старались найти другие пути снятия эмоционального напряжения, при этом в конце концов они прекращали отводить и закрывать глаза.

На третьем этапе обследуемые пытались ослабить воздействие визуального ряда методом расфокусировки хрусталиков глаз, о чем в последствии давали отчет в рассказах. Продолжительность данного этапа была различной, но в целом укладывалась в несколько занятий центральной части психокоррекционного процесса.

На четвертом, заключительном, этапе для регуляции психосоматических реакций испытуемые прибегали к контролю над дыханием. Равномерные и глубокие вдохи позволяли добиться высоких результатов (по сравнению с начальными) у всей экспериментальной группы.

Проведенное исследование показало, что стойкий положительный эффект БОС-тренинга ребенка возникает к 8-10 занятию (продолжительность одного занятия 30-40 минут, длительность курса 10-14 дней). За это время ребенок обычно достигает высоких результатов в игре и показывает позитивную динамику результатов при комплексном психологическом тестировании, направленном на диагностику произвольности ВПФ.

Третья часть работы включала повторное тестирование обеих групп по принятой схеме экспериментально-психологического диагностического комплекса. Качественная оценка динамики полученных изменений показала:

- улучшился уровень произвольного запоминания 10 слов у экспериментальной группы (как по объему, так и по характеру заучивания), улучшения были отмечены и в контрольной группе;
- методика Струпа стала выполняться детьми экспериментальной группы безошибочно (возросла точность внимания);
- в методике Таблицы Шульте в экспериментальной группе заметно улучшились временные показатели работы;
- корректурная проба Бурдона стала доступна для всех пациентов, заметно улучшены результаты (точность, темп и др.) в экспериментальной группе

На основании проведенного исследования можно говорить об эффективности применения прибора БОС. Грубые нарушения произвольности ВПФ, вызванные болезненным процессом, могут быть несколько сглажены (в определенных видах деятельности) психологической коррекцией. Данный тип тренинга может благотворно сказаться на психической активности детей. Для более точного подтверждения эффективности БОС-тренинга следует продолжать подобную работу на большей выборке испытуемых.

Анализ полученных в ходе исследования данных отражает ситуацию динамических изменений в произвольности высших психических процессов, проходящих в обеих группах. У обеих групп была отмечена положительная динамика непосредственного запоминания, больше выраженная в экспериментальной группе, хотя обе группы находились на фармакотерапии. В деятельности произвольного внимания улучшились показатели точности, эффективности, темпа работы, в экспериментальной группе эта динамика носила стабильный, выраженный характер.

Опыт использования БОС-тренинга с больными шизофренией детьми

младшего школьного возраста показал, что данный вид психологической коррекции – хорошее дополнение к существующим методам фармакотерапии шизотипического расстройства в детском возрасте. При должном уровне организации условий проведения и реализации самого процесса, психокоррекционные мероприятия на основе БОС могут принести эффективные и результативные положительные сдвиги в произвольной регуляции психической деятельности детей, страдающих шизофренией. Возможности этого метода еще до конца не изучены. Для уточнения различных аспектов БОС-тренинга следует расширить эмпирическую базу и продолжать исследования. Работа показала также, что современные технологии коррекции находят свое место в системе оказания коррекционно-реабилитационной помощи больным детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика), М. Медицина, 1980.
2. Василевский Н. Н., Мигаловская Н. А., Никитина С. Б., Зингерман А. М. Метод альтернативного биоуправления с обратной связью и критерии эффективности тренинга // Биоуправление-2: Теория и практика. Новосибирск: ИМБК СО РАМН. 1993.
3. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М. : Медицина, 1971.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - М. :Академия, 2003.
5. Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб. : Питер, 2006.
6. Квасовец С. В., Безносюк Е. В., Дмитриев С. П. и др. Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием современных технических психодиагностических и психокоррекционных средств. – М., 1997.
7. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М. : Издательство МГУ, 1991.
8. Мелешко Т. К., Алейникова С. М., Захарова Н. В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / В сб. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста /Под ред. М. Ш. Вроно. - М., 1986 г. - С. 147-160.
9. Мелешко Т. К., В. П. Критская, Литвак В. А. Патология познавательной деятельности и проблемы ее обусловленности при шизофрении / В сб. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю. Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР. Под общей редакцией академика АМН СССР А. В. Снежневского. Том I. - М., 1982. - С. 28-59.
10. Поляков Ю. Ф., Мелешко Т. К., Алейникова С. М. Особенности формирования мышления у детей, больных шизофренией // Журн. Невропатол. и психиатр., 1979, № 12.
11. Савина Т. Д. Изменение характеристик произвольного внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта / В сб. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю. Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР под общей редакцией академика АМН СССР А. В.

Снежневского. Том I. - М., 1982. - С. 149-162.

12. Семаго Н. Я. К вопросу о психологических технологиях / Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань, 23-26 мая 2006 г. - М., 2006. - С. 197-198.

13. Суворов Н. Б., Меницкий Д. Н., Фролова Н. Л. Знакопеременный кардиотренинг: практика применения // Биоуправление-3: Теория и практика. - Новосибирск: ИМБК СО РАМН, 1998.

14. Шубина О. С. Биоуправление в лечении и диагностике дистимических расстройств (предикторы эффективности). - Новосибирск, 1998.

15. Ayers, M. A controlled study of EEG neurofeedback training and clinical psychotherapy for right hemispheric closed head injury. Paper presented at the National Head Injury Foundation Conference, Los Angeles, California, December 1991.

16. Lubar, J. F. Neurofeedback for the management of attention deficit/hyperactivity disorders. In M. S. Swartz & Associates (Eds.), Biofeedback (2nd edition). New York, NY: Guilford Press, 1994.

Т. Е. Туленкова

РАННЕЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРИНСТВА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Центр "Семья" (Реутов, Московской области).

В настоящее время вопросы раннего сопровождения семьи, находящейся в периодах планирования, ожидания и воспитания ребенка раннего возраста являются как никогда актуальными. Создание таких программ определяется веянием времени как необходимость подобных форм работы с семьей. Современные программы дородовой подготовки (подготовки к родам, родительству, материнству), созданные как форма санитарно-просветительской работы с беременными в женских консультациях, ограничиваются кратким, длиною в несколько лекций, описанием образа жизни женщины во время беременности, поведением роженицы в родах, пользы грудного вскармливания. В то же время врачи, связанные профессионально с рассматриваемой проблемой, вообще не придают должного значения профилактической работе в виде полноценного санитарно-гигиенического обучения будущих и молодых родителей, а также не имеют для нее дополнительного времени. А тем временем только врачи – акушеры-гинекологи и педиатры-неонатологи, владея необходимой информацией, способны квалифицированно и доступно довести ее до молодых пап и мам.

Как правило, женщина с новорожденным ребенком выписывается домой из роддома растерянной и неуверенной в себе, что приводит к ухудшению ее психофизического статуса, вызывая, гипогалактию, семейные конфликты, послеродовую депрессию как у матери, так и у молодого отца. Поэтому целесообразным и полезным в работе с молодой семьей видится участие в программах раннего сопровождения семьи специалистов по перинатальной психологии, в последнее время развивающих свою деятельность в женских консультациях и на базе государственных лечебно-профилактических учрежде-

ний. Но особенно активной ощущается их деятельность в коммерческих центрах (сознательного родительства, родительской культуры, перинатального воспитания). Использование в работе с беременными и молодыми семьями лишь методик, разработанных благодаря новому научному направлению – перинатальной психологии, крайне недостаточно и ошибочно. Возможно, такое одностороннее развитие и внедрение в практику данные методики получили по причине не только волнующей умы ученых и практиков проблемы профилактической работы, но и лавинообразного внедрения во все сферы трудовой деятельности таких специалистов, как психологи, в чьей специальности сегодня отмечается явное перепроизводство. Более того, к работе с беременными допускаются психологи, не только не имеющие высшего медицинского образования, но и также являющиеся недостаточно квалифицированными и опытными специалистами. Среди них встречаются приверженцы ненаучных взглядов по вопросам психологии беременности и родов, а их деятельность сродни практике целителей и экстрасенсов.

Существенным разделом родительских знаний являются медико-педагогические аспекты воспитания ребенка раннего возраста, обеспечивающие в дальнейшем своевременное нервно-психическое развитие ребенка, становление навыков и умений, что говорит о необходимости подключения к процессу дородовой подготовки такого специалиста, как педагог. Вопросы социальной защиты женщины-матери, ее права и льготы находятся в компетенции юриста, в силу этого необходимость подключения такого специалиста к работе не подлежит сомнению.

Все вышеизложенные положения определяют необходимость более серьезного отношения к проблеме создания образовательной программы подготовки семьи к родительству, обеспечивающей повышение их медико-психолого-педагогической информированности и активности. Наиболее целесообразным представляется осуществление такого рода деятельности в учреждениях немедицинского профиля (например, в центрах социальной помощи семье и детям), где возможна деятельность междисциплинарной команды специалистов, необходимых для такой работы. Интеграция смежных сфер деятельности для решения одной, но многогранной проблемы – охраны материнства и детства обеспечит наиболее плодотворную работу специалистов и приведет к более значительным результатам.

В постнатальном (т. е. послеродовом) периоде профилактическая санитарно-гигиеническая работа врачей-педиатров и медсестер детских поликлиник обычно заключается в кратких беседах с молодой мамой в процессе проведения патронажа новорожденного. Как правило, функции психолога также осуществляют врачи-педиатры. А тем временем, именно в послеродовом периоде семья как никогда нуждается в квалифицированной и профессиональной психологической помощи. В течение ежемесячных профилактических осмотров ребенка грудного возраста врач на приеме лишь успевает оценить физическое и нервно-психическое развитие, порекомендовать питание, направить на прививку, назначить лечение ребенку «группы риска» или «реконвалесценту». Таким образом, можно утверждать, что профилактическая работа на педиатрическом участке проводится недостаточно, лишь врач-энтузиасты остаются верны такой форме работы с молодыми матерями, а о

профессиональной психологической поддержке молодой матери речи здесь вообще не ведется.

Актуальность вопроса подготовки семьи к рождению здорового ребенка возрастает в связи с перспективой реализации программы реформирования первичного звена здравоохранения, когда педиатрическая помощь в полном объеме станет для обычной российской семьи недоступной, а лечебная и даже санитарно-просветительская работа семейного врача - недостаточно квалифицированной.

Учитывая вышеизложенные положения, соответствующие существующей реальности, на базе «Московского областного социально-реабилитационного и научно-методического Центра «Семья» в г. Реутове создана новая организационно-функциональная структура - **Школа для родителей «Здоровый ребенок»**. На территории города проект по раннему сопровождению семьи осуществляется уже в течение 10 лет. А с 2001 г. Программа раннего сопровождения реализуется в рамках работы **Школы**. Основной задачей **Школы** является **формирование здоровья семьи на ранних этапах ее развития**. Здесь поэтапно – а именно, в дородовом периоде, периоде младенчества и периоде раннего детства – осуществляется медико-психолого-педагогическое сопровождение семьи. Работа ведется со здоровыми детьми, в «группах риска» и с детьми, имеющими пограничные состояния.

ПРЕНАТАЛЬНОЕ (или дородовое) СОПРОВОЖДЕНИЕ

На данном этапе работы с семьей в группах будущих матерей проводятся семинары **«Уроки материнства»**. Здесь беременные женщины получают психофизиопрофилактическую подготовку к родам, информацию в отношении специфики своего образа жизни, питания, предупреждения действия факторов риска на плод; знакомятся с особенностями поведения и активной ролью роженицы в родах, современными тенденциями ухода за новорожденным, с особенностями развития ребенка раннего возраста, правилами домашнего ухода за больным малышом, методикой проведения оздоровительных процедур, с вопросами социальной защиты материнства и детства. К такой работе подключены: 1) врачи (неонатолог, акушер-гинеколог), 2) перинатальный психолог, 3) педагог, 4) юрист. Специальное занятие проводится в акушерском стационаре. Информацию по подготовке к рождению ребенка также получают и будущие отцы на занятиях «Азбука отцовства».

Такое раннее и активное вовлечение родителей (в особенности матерей) в процесс ухода и воспитания собственного ребенка, несомненно, усиливает их взаимную привязанность, укрепляет материнскую доминанту. «Если в период пренатального онтогенеза материнская доминанта воспитывалась преимущественно на эндогенной основе, то с появлением младенца он сам становится сильнейшим фактором укрепления материнской доминанты» [3].

После рождения ребенка семья имеет возможность получить т. н. постнатальное (послеродовое) сопровождение.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ заключается в следующих формах работы с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста:

Кабинет поддержки грудного вскармливания:

1) По отзывам молодых матерей, занятия, обеспечивающие их необходимыми знаниями еще в период беременности и формирующие лактационную

доминанту, имеют неоценимое значение на протяжении всего времени лактации, помогая кормящей женщине принять быстрое и грамотное решение при возникновении какой-либо проблемы в процессе естественного вскармливания ребенка, а также быть психологически готовой к длительной лактации.

2) В послеродовом периоде кормящая мать имеет возможность обратиться к врачу-неонатологу **Кабинета** для решения проблем питания ребенка. Решение вопросов техники и режима вскармливания, затруднений при кормлении и гипогалактии, нарушения пищевого поведения, проблем здоровья и развития ребенка, связанных с его питанием и питанием кормящей матери, – вот объем профессиональной помощи врача-неонатолога **Кабинета**. В реальных пределах помощь по данным вопросам оказывается по телефону «горячей линии».

3) На семинарах «Уроки материнства» будущие матери учатся справляться с лактостазом, поэтому в послеродовом периоде обычно данную проблему им удастся решить самостоятельно. Но в сложных случаях молодые матери имеют возможность получить медицинскую помощь в виде расцеживания груди и массажа молочных желез, оказываемую специалистами родильного отделения ЦГБ. Такая слаженная работа специалистов демонстрирует элемент межведомственного взаимодействия, направленного на решение одного, но такого важного вопроса, как поддержка грудного вскармливания.

Кабинет скрининга развития:

1) Ранняя диагностика отклонений в развитии ребенка – одна из форм постнатального сопровождения.

Оценка состояния органов чувств:

Методики по раннему выявлению состояния органов зрения и слуха с участием матери становятся ей известны еще на занятиях «Уроки материнства», которые она посещает в дородовом периоде. При появлении новорожденности в вопросах полноценности зрения и слуха ребенка мама обращается к специалистам раньше декретированных сроков. Мы ориентируем матерей на т. н. «группы риска» по снижению зрения и слуха: это дети, заслуживающие более пристального внимания со стороны родителей и специалистов:

- недоношенные, маловесные;
- дети, рожденные в состоянии асфиксии;
- дети, перенесшие родовую травму;
- дети, получавшие дополнительный кислород в периоде новорожденности («страдает» орган зрения);
- дети, получавшие лечение ототоксичными препаратами («страдает» орган слуха),
- дети, рожденные от матерей, получавших ототоксичные препараты в период беременности и лактации (в этом случае у ребенка также «страдает» орган слуха);
- в случае наследственной предрасположенности.

Оценка состояния нервно-психического развития:

Нами разработаны таблицы с указанием сроков и последовательности формирования тех или иных психомоторных навыков и умений детей раннего возраста. Эти таблицы выдаются маме на «Уроках материнства», а после рождения ребенка родители пользуются ими, в результате чего создается объективная картина нервно-психического развития ребенка. Поэтому мама

знает, на что следует обратить внимание врача на приеме. Знает, как стимулировать и формировать тот или иной навык в целях профилактики или коррекции задержки его развития.

Таким образом, в рамках работы Кабинета скрининга развития мы помогаем семье оценить физическое и нервно-психическое состояние здоровья ребенка. В данном случае это делает врач-неонатолог. Дети, вызывающие тревогу в плане появления патологической неврологической симптоматики, подлежат консультированию у детского невролога.

Наша задача выявить патологию или риск ее развития, дать рекомендации по обращению к специалистам или по проведению дополнительного обследования. Благодаря такому подходу, в ряде случаев мы предотвратили нарушение и задержку психомоторного развития у детей первого года жизни, учитывая анамнестические данные и клиническую картину.

2) Профилактика и ранняя коррекция перинатальной патологии – следующая форма постнатального сопровождения, используемая в работе Кабинета скрининга развития.

Еще на семинарах «Уроки материнства» будущие мамы обучаются приемам профилактики и ранней коррекции возможной перинатальной патологии, связанной с периодами внутриутробного развития ребенка и его рождения и постепенно приводящей к заболеваниям и даже к инвалидизации.

Группы здоровья «Крепыш» являются еще одной формой постнатального сопровождения семьи, имеющей ребенка раннего возраста.

На методических занятиях в группах здоровья «Крепыш» проходит обучение матерей формированию и стимуляции навыков и умений ребенка младенческого возраста. *Мы даем программу развития – а мама ежедневно проводит ее дома.* Каждому ребенку уделяется внимание в индивидуальном порядке, с учетом его проблем здоровья и развития. В возрасте от одного года до трех лет после прохождения программы в группах здоровья «Крепыш» дети переводятся на следующий этап:

в **Детскую мини-студию раннего гармоничного развития**: *здесь акцент ставится на развитие эмоциональной сферы, формирование мелкой моторики, проведение нейросенсорной стимуляции.*

На протяжении всего периода сопровождения дети подлежат периодическим профилактическим осмотрам, проводимым специалистами (педиатром, неврологом, педагогом, психологом), с целью контроля за физическим и нервно-психическим развитием.

За время существования Школы проведен анализ ее деятельности и получены следующие данные:

1. 92% детей, рожденных матерями, посещающими Школу, находятся на длительном грудном вскармливании (до 1,5 лет).
2. Все дети, посещающие группы здоровья «Крепыш», опережают своих сверстников в психомоторном развитии на 1-1,5 месяца.
3. У детей, посещающих Детскую мини-студию раннего развития, в 2-3-раза реже отмечается отставание по показателям нервно-психического и речевого развития, также в 2-3 раза реже они страдают гиперактивностью.
4. Не зарегистрировано ни одного случая установления инвалидности детям первого года жизни, несмотря на наличие «состояний-предшественников»

ДЦП и неблагополучного репродуктивного анамнеза их матерей (экстракорпоральное оплодотворение, хроническая внутриутробная гипоксия, внутриутробное инфицирование, асфиксия в родах, преждевременные роды и т. д.).

5. Не отмечалось ни одного случая отказа от ребенка среди женщин, посещавших Школу, чья беременность не являлась запланированной.

6. Активное вовлечение отцов в проблемы ухода и воспитания детей обеспечивает повышение родительской ответственности за жизнь и здоровье ребенка, а также укрепляет социальную роль отцовства, что значительно улучшает внутрисемейные отношения.

7. Реализована организация междисциплинарной формы работы с семьей, способствующей формированию ее здоровьесберегающей функции и психологического климата в один из кризисных периодов, связанный с рождением ребенка, на базе учреждения социального обслуживания семьи и детей.

За период 1996-2006 гг. количество ежегодно принимаемого населения возросло с 70 чел. (1996 г.) до 6000 человек (2006 г.). В настоящее время данную работу осуществляет междисциплинарная команда специалистов в составе:

- 1) врачи: неонатолог – 1, невролог – 1, гинеколог – 1;
- 2) педагог - 1
- 3) психолог – 1
- 4) юрист – 1
- 5) технический персонал – 2.

Вывод. Система раннего комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения семьи с преемственностью на всех этапах охраны здоровья и воспитания ребенка повышает уровень специальных знаний родителей, формирует положительный настрой на участие в процессах роста и развития ребенка и тем самым становится фундаментом для профилактической работы с целью снижения детской заболеваемости, инвалидности и смертности. Социальная значимость проведенной работы заключается в разработанной системе медико-социальной профилактики семейного неблагополучия. Направленная на здоровую и благополучную семью система медико-психолого-педагогической поддержки обеспечивает «культивирование» и преумножение в обществе данных социальных групп, способствующих оздоровлению нашего социума в целом и улучшению качественных характеристик популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романенко Е. И. К вопросу о медико-психолого-социальном сопровождении беременности // Тезисы докладов V Всероссийского конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии с международным участием «Через интеграцию наук – к сохранению репродуктивного здоровья семьи». – М.: Издательство Института психотерапии, 2005. – С. 75.

2. Туленкова Т. Е. Уроки материнства (из опыта медико-социальной работы с семьей): Методические рекомендации. – М.: МСЗН МО ГУ «Центр «Семья», 2005. – 22 с.

3. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. - Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – С. 34.

**К РАЗРАБОТКЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ
ТОЛЕРАНТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ГосНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).**

В современных исследованиях толерантность рассматривается как социальная норма, определяющая устойчивость к конфликтам, способность признавать существование иной точки зрения, понимать многообразие социокультурных отличий, строить взаимоотношения на основе уверенности своих позиций, обеспечивающих устойчивость индивидуальности и гармоничное развитие личности в социуме, но в рамках универсальных прав и свобод личности [2, 4, 5, 8]. Толерантность связана с волевыми качествами человека, т. к. психологи считают выдержку и самообладание внешним ее проявлением. Волевые качества прежде всего заключаются в умении владеть своими эмоциями и сдерживать отрицательные побуждения (волевая сфера личности), решать конфликт через диалог, так как само свойство толерантности может проявиться при общении и взаимодействии индивидов [12]. Исследования последних лет, посвященные формированию коммуникативной компетентности [11], определяют коммуникацию как смысловой аспект социального взаимодействия, ставят задачу укреплять дух толерантности, формировать отношения открытости, уважения, внимания друг к другу. Формирование толерантных взаимоотношений является процессом, который включает в себя педагогические воздействия и внутренние факторы развития личности младшего школьника.

При всей демократичности общения взрослого с ребенком, опыт подлинной толерантности во взаимоотношениях дети получают лишь в диалоге со сверстниками. В сообществе с ними ребенок ощущает равенство, свободно проявляет коммуникативную самостоятельность, учится учитывать индивидуальные особенности партнера, договариваться с ним. Особенность толерантности детей [5], связана с тем, что она складывается с рано появляющейся у детей способностью своеобразной ценностной селекции «социальных» впечатлений, оценки различных факторов окружающего. Толерантные взаимоотношения у детей начинают формировать уже с дошкольного возраста. В [10] исследованиях раскрываются возможности диалога, характеристикой которого является позитивная установка на широкое общее культурное развитие ребенка, всех его потенциальных возможностей и способностей, а также раскрытие перед ребенком его собственных возможностей в различных видах деятельности.

Наибольшую сложность у дошкольников и младших школьников вызывают такие требования толерантного отношения к окружающим, как: проявить терпимость к чужому мнению, поведению; простить обидчика; хорошо относиться к людям с физическими недостатками, сиротам, детям другой национальности. У детей этого возраста чаще всего можно встретить временное, эпизодическое проявление терпимости. Младший школьный возраст является сенситивным для формирования толерантных взаимоотношений между детьми. Переход к школьному обучению и новому образу жизни открыва-

ет возможности для дальнейшего формирования его личности.

В нашей культуре основной деятельностью в младшем школьном возрасте является учебная деятельность, которая по своей сути является первой социальной деятельностью, субъектом которой должен стать ребенок. Развитие рефлексии, которое происходит в учебном процессе, создает предпосылки для осознания ребенком поведения других людей и своего собственного. У младших школьников начинает формироваться отношение к себе как к субъекту и объекту чужой радости, происходит развитие эмпатийных процессов, предполагающих вхождение в положение другого, идентификацию с ним. Базовым и в то же время самым подвижным компонентом при этом является эмоциональное состояние личности, что позволяет выстраивать целостную систему развития терпимости у детей. Социально-нравственный и познавательный опыт детей младшего школьного возраста становится богаче и разностороннее, что накладывает отпечаток на скорость процесса формирования толерантных взаимоотношений.

Отношения между детьми в группе на начальном этапе строятся преимущественно через взрослого. Взрослый является центральной фигурой для детей 6–8 лет, носителем существующего среди них общественного мнения. К 8–11 годам уже не только мнение взрослого, но и взаимоотношения со сверстниками определяют положение ребенка среди других детей и обеспечивают переживание им большего или меньшего эмоционального благополучия. Таким образом, оценки товарищей, мнение детского коллектива становятся постепенно основными мотивами поведения ребенка. Большие изменения происходят в младшем школьном возрасте в отношении детей друг к другу. В этот период у них возникают коллективные связи, начинают формироваться общественное мнение, требовательность друг к другу, взаимная оценка. На этой основе у них начинает определяться направленность личности, происходит довольно интенсивное усвоение нравственных требований, предъявляемых не только учителями, но и товарищами, появляются новые нравственные чувства и потребности.

Однако независимо от таких общих характеристик данного возраста отмечаются закономерности, которые определяют этапы и логику изменения поведения и взаимоотношений школьников. Они изменяются в зависимости от степени и характера ориентации ребенка на внешние факторы (контроль окружающих, влияние поощрения, наказания и др.), развитие идет от простого подражания и совершения поступков по прямой или косвенной просьбе взрослых или детей к действиям по внутреннему убеждению; поведение становится более независимым от личных отношений: ребенок сначала легче проявляет справедливость в поступках по отношению к своим друзьям, постепенно распространяя эти проявления на других; в своих суждениях ребенок идет от суждений учителя, впоследствии начинает строить оценку на основании собственного опыта взаимоотношений с тем, кого оценивает.

На основании проведенных исследований можно утверждать, что формирование толерантных взаимоотношений осуществляется успешно, если младшие школьники:

- адекватно относятся к действительности, к конкретным ситуациям, своему поведению и окружающим;

- положительно относятся к самой деятельности, к объекту и субъекту совместных отношений;

- умеют выбрать тот способ общения, который позволяет конструктивно взаимодействовать с окружающими;

- стремятся предвидеть результаты своих поступков, возможных способов поведения. Оценка школьником ситуации в целом, принятие решения о своем поведении во взаимоотношениях позволяет развивать самооценку и учит оценивать поступки других;

- готовы противодействовать внешним и внутренним столкновениям, угрожающим сохранности и стабильности групповых взаимоотношений.

Помимо содержательных границ, толерантные взаимоотношения имеют качественные границы. Диапазон этих границ широк: от полного приятия, согласия, дружелюбия в отношении того или иного объекта – до безразличия, равнодушия.

Важны и этические, ценностные границы, требующие понимания и особенно четкой нравственной позиции педагога в процессе воспитания толерантных взаимоотношений у детей. Это те границы, за пределами которых находится то, что должно быть неприемлемо, с чем нельзя равнодушно сосуществовать. Истинная толерантность должна подвигнуть ребенка на действенное неприятие, доступную возрасту и статусу реальную борьбу с тем, что антигуманно, а потому неприемлемо, будь то разрушение природы или издевательство над слабым, неуважение старости или национальная вражда... Борьба со злом - всегда есть утверждение добра, и такое утверждение неизменно выступает одним из подлинных и значимых результатов толерантности. Между тем противоречивость, несовпадение, альтернативность позиций требует толерантности от обеих сторон по отношению друг к другу. В достижении устойчивости, укреплении, обогащении таковой и состоит главная педагогическая задача формирования толерантных взаимоотношений. Ее решение в значительной мере обусловлено тщательным диагностированием ценностных оснований, процесса и динамики результатов воспитания толерантности.

Степень проявления толерантности во взаимоотношениях младших школьников зависит:

- От уровня их самооценки. Адекватная самооценка открывает большие возможности для становления и развития толерантных взаимоотношений. Учащиеся с такой самооценкой, как правило, самокритичны, самостоятельны, целеустремленны. Школьники, склонные к переоценке своих способностей, высокомерию, недооценке мнений и достоинств других, не всегда радуются чужому успеху. Дети с заниженной самооценкой чаще всего малоинициативны, не уверены в себе. Отклонения в самооценке изменяют способ общения ребенка с окружающими.

- От адекватности восприятия информации, которая поступает от человека, с которым ребенок взаимодействует. Исследования [1] подтвердили, что стойкая тенденция к повышению уровня толерантности к своим сверстникам проявляется у школьников, обладающих навыками адекватного восприятия информации, и снижается у тех, кто информацию интерпретирует не адекватно. Была зафиксирована взаимосвязь между умением школьников адекватно понимать воспринятое и проявленной степенью дружелюбия к своим

сверстникам.

- От оптимистичности восприятия себя и окружающего мира. Так, дети, «образ мира» которых имеет негативные черты, скорее будут склоняться либо к неконтролируемо агрессивному поведению, либо равнодушному игнорированию происходящего.

- От степени тревожности личности. Уровень тревожности показывает внутреннее отношение ребенка к определенному типу ситуаций и дает косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми [9]. Тревожность окрашивает в мрачные тона отношение к себе, другим людям и действительности. Ребенок уже не только неуверен в себе, но и недоверчив ко всем и к каждому. Тревожные дети могут не пользоваться всеобщим признанием в группе, но и не оказываются в изоляции, они чаще всего неуверенны, замкнуты, малообщительны или, напротив, сверхобщительны, назойливы, озлоблены. Также причиной непопулярности является их безынициативность из-за своей неуверенности в себе. Следовательно, эти дети не всегда могут быть лидерами в межличностных взаимоотношениях. Результатом безынициативности тревожных детей является то, что у других детей появляется стремление доминировать над ними, что ведет к снижению эмоционального фона тревожного ребенка, к тенденции избегать общения, возникают внутренние конфликты, связанные со сферой общения, усиливается неуверенность в себе. Также в результате отсутствия благоприятных взаимоотношений со сверстниками появляется состояние напряженности и тревожности, которые и создают либо чувство неполноценности и подавленности, либо агрессивности. Это может способствовать формированию отрицательного отношения к детям, людям вообще, мстительности, враждебности, стремления к уединению.

- От овладения умением выражать свое несогласие, аргументировать отказ от сотрудничества, нежелательной деятельности. Уровень умения пользования когнитивной моделью коррекции агрессивных действий, предложенный Н. А. Дубинко [6], может применяться у детей младшего школьного возраста.

- От положительного отношения к изучению собственного «Я», выявлению своих возможностей и их дальнейшей реализации.

Говоря о педагогических воздействиях на процесс формирования толерантных взаимоотношений младших школьников, необходимо особо выделить создание ситуаций нравственного выбора (естественных или специально созданных), которые ставят ребенка перед необходимостью сделать самостоятельный выбор, результат которого повлияет на отношения с другими детьми, в котором проявятся моральные противоречия, требующие своего разрешения. Осуществляя такой выбор, ребенок привыкает действовать без руководства и контроля, что оказывает влияние на характер его взаимоотношений в группе, он несет индивидуальную ответственность за последствия своего выбора.

Для формирования толерантных взаимоотношений важно, чтобы ситуации, при которых дети принимают самостоятельные решения, были ими осмыслены и осознаны (оценить нравственную сторону поступков людей, выделить отношение человека к какому-то явлению, к другим людям, к самому себе, к своим обязанностям, осознать мотивы поступков других людей и сво-

их собственных, увидеть взаимосвязь мотива и результата поступка, последствия поступка для других людей, для товарищей, уметь поставить себя на место другого).

На основании анализа литературы, мы выделили следующие основные критерии оценки толерантности взаимоотношений младших школьников:

- знания о ценностях и нормах межличностных взаимоотношений (знание правил поведения в обществе, правил вежливости; знание языка и других средств коммуникации; знание психологических особенностей человека);
- умение воспринимать и понимать другого человека (способность к эмпатии; умение прогнозировать поведение партнера по общению; умение выражать свои чувства и настроение, анализировать свои действия);
- умение участвовать в совместной деятельности (планировать, организовывать, осуществлять совместную деятельность; вырабатывать формы и нормы совместных действий; умение разрешать проблемные ситуации).

Единство и взаимосвязь трех компонентов: интеллектуального, эмоционального и действенного обеспечивают возможность и целесообразность формирования толерантных взаимоотношений у детей в процессе значимой для них деятельности в контексте общей системы нравственного воспитания. По мере накопления опыта увеличивается количество ситуаций, в которых ребенок действует согласно требованиям толерантности. Возникает самостоятельность ребенка в принятии и выборе решения.

На основании изложенного можно определить толерантные взаимоотношения младших школьников как отношения, которые формируются на базе нравственных и волевых качеств (таких, как доброжелательность, справедливость, дружба, коллективизм, ответственность) и проявляются в потребности разрешить конфликт принятия Другого без ущерба для двух сторон в рамках нравственной нормы. В каком-то смысле при формировании толерантных взаимоотношений младших школьников центральной идеей является идея самоограничения, умения побороть свое естественное желание поступить определенным образом ради другого, который по различным причинам не может соответствовать представлениям о желательном взаимодействии. Важен мотив такого самоограничения - ради одобрения других (что для младшего школьника является очень распространенным) или по внутреннему убеждению.

Основа толерантных взаимоотношений младших школьников будет наиболее успешно закладываться в организованном особым образом устойчивом процессе коммуникации, направленном на формирование мотивации развивающейся личности ребенка к познанию и творчеству, которым является дополнительное образование детей. Формирование таких отношений в учреждениях дополнительного образования усиливается добровольным выбором каждым ребенком этих занятий, личным интересом к их содержанию, желанием достичь лично значимых результатов. Еще более расширяют эти возможности разнообразные формы занятий, которые проводятся как праздники, коллективные творческие дела, олимпиады, соревнования и т. п. Организация деятельности творческих объединений в системе дополнительного образования связана с формированием установки на восприятие, отношение и действие с другими людьми на основе таких личностных качеств, как эмпатия, доброжелательность, аутентичность, принятие чувств, конфронтация и

самопознание [3].

На занятиях происходят разнообразные совместные действия и переживания детей, накапливается опыт согласования своих действий с действиями и мнениями других, взаимная поддержка и требовательность, умение слушать и реагировать на соображения других, отстаивать свое мнение, выражать отношение к своим успехам и неудачам и своих товарищей, рождаются отношения, свойственные совместному труду вообще. При организации коллективной формы выполнения задания взаимоотношения детей складываются из-за необходимости получить общий результат, когда усилия каждого необходимо соединить. Для этого каждый ребенок должен проявлять доброжелательность, справедливость, ответственность за общее дело, что делает отношения толерантными.[7]

Этические нормы и ценности коллектива учреждения дополнительного образования детей определяются в результате целенаправленно организуемых взаимоотношений педагогов, воспитанников и их родителей. Межличностные и межгрупповые отношения выстраиваются на основе творческого взаимодействия детей и взрослых. Учреждения дополнительного образования оказывают значительное влияние на личную концепцию (эталон) взаимодействия человека с окружающим миром, с другими людьми для осознания себя как личности, своего смысла жизни.

Итак, процесс формирования толерантных взаимоотношений детей с наибольшей эффективностью будет проходить в рамках гуманистической воспитательной системы учреждения дополнительного образования с ее открытостью внешней социокультурной среде, с ее направленностью на освоение этой среды, с предлагаемыми ею вариантами общения и деятельности, с ее ценностными ориентирами, которые задают отношения, возникающие в процессе межкультурного диалога.

Одним из вариантов разрешения обозначенной проблемы, на наш взгляд, является построение модели, которая позволит определить педагогические условия формирования толерантных взаимоотношений младших школьников в образовательном процессе учреждения дополнительного образования. Предметом моделирования выступает процесс формирования толерантных взаимоотношений младших школьников в учреждении дополнительного образования, а его результатом - создание такой модели. Содержательным компонентом модели является образовательная программа как особый нормативный документ, содержание которой способствует присвоению норм толерантного поведения детьми младшего школьного возраста и реализации подобного поведения в взаимоотношениях. Занятия осуществляются на основе последовательного ознакомления с основными способами и понятиями толерантных взаимоотношений, направленных на выработку коммуникативности, психологической зоркости, наблюдательности.

Программа рассчитана на 3 года и ставит следующие задачи:

- 1) организация целенаправленной педагогической деятельности в ходе работы по формированию толерантных взаимоотношений обучающихся в учреждении дополнительного образования;
- 2) обеспечение планомерного усвоения школьниками основных моментов, связанных с формированием толерантных взаимоотношений;

3) развитие и поддержание у детей интереса к окружающим людям, чувства понимания и эмпатии;

4) формирование адекватной оценочной деятельности, направленной на анализ собственного поведения и поступков других людей;

5) повышение уровня самоконтроля своего эмоционального состояния в ходе взаимодействия;

6) развитие творческих и организаторских способностей, активности и самостоятельности детей в процессе взаимодействия;

7) осознание практического значения знаний, получаемых в процессе занятий.

Тематика содержания программы включает 3 этапа, в ходе реализации которых происходит воздействие на интеллектуальную, эмоциональную и действенную сферы ребенка.

На первом этапе «Про меня» ребенок получает возможность взглянуть в свой внешний облик, задуматься о своем характере, о тех социальных ролях, которые он выполняет; осознать свои эмоции и выработать умение управлять ими; понять свою значимость для других людей и ее причины, то есть ребенок получает возможность понять самого себя. Но изучая себя, он одновременно интенсивно знакомится с другими детьми, потому что каждый рассказывает о себе. Более того, чем больше каждый узнает себя, чем лучше начинает осознавать свою единственность и уникальность, тем легче оказывается со временем понять, что каждый человек тоже уникален и единствен в своем роде и что его собственная ценность и ценность других детей определяется тем, что они способны сделать хорошего для других людей.

Встречи второго этапа «Про тебя» приводят ребенка к открытию, что всякий человек (в том числе незнакомый, чужой) для кого-то – свой, что всякий человек при этом для себя является личностью. Что личностное богатство человека обусловлено тем, сколько людей воспринимают его личность как нечто близкое им и родное, что стать значимым для других – непростое дело, требующее значительных осознанных усилий.

На этапе «Про нас» ребенок исследует объединения людей, в которые он сам непосредственно включен, которые для него наиболее значимы. Он приходит к мысли, что человеку хорошо в той семье и в том коллективе, где ценность коллектива не подавляет каждого человека; а он, в свою очередь, добровольно ограничивает себя ради других; где люди умеют договариваться между собой.

Реализация программы предусматривает использование обучения в сотрудничестве, комфортных условий учебных групп, которые готовят обучающихся к реальной коммуникации, формированию уважения чувств и эмоций окружающих людей, побуждают к выражению собственного мнения, оценке, что стимулирует развитие толерантности учащихся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьянц Т. З. Социально значимые закономерности в толерантных и нетолерантных реакциях современных детей // Вопросы психологии.

2. Байбаков А. М. Воспитание толерантности у старшего подростка в условиях взаимодействия малых групп. Дисс...канд. пед. наук. – Волгоград, 2003.

3. Березина В. А. Дополнительное образование детей как средство их

творческого развития. Автореф. дис. . . канд. пед. наук. – М., 1998.

4. Валитова Р. Р. Толерантность как этическая проблема : Автореф. дис. . . . канд. филос. наук. – М., 1997.

5. Вульфов Б. З. Воспитание толерантности: сущность и средства // Внешкольник. – 2002, № 6. – С. 12-16.

6. Дубинко Н. А. Влияние когнитивных процессов на проявление агрессивности в детском возрасте // Вопросы психологии. – 2000, № 1.

7. Максакова В., Семина Л. Учимся договариваться (я–ты–мы). Методическое пособие для учителя начальной школы. – М., 2000.

8. Мириманова М. С. Воспитание толерантности через социокультурное взаимодействие // Вопросы психологии.

9. Мухина В. С. Феноменология бытия и развития личности. — М., Воронеж, 1999.

10. Парамонова Л., Алиева Т., Арушанова А. Дошкольник в мире диалога: воспитание толерантности: Центр «Дошкольное детство» имени А. В Запорожца.

11. Скрыбина О. Б. Педагогические условия формирования коммуникативной толерантности у старшеклассников. Автореф. дис. . . канд. пед. наук. – 2000.

12. Теоретические и эмпирические подходы к изучению толерантных установок сознания и толерантности отношений. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2002.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МИКРОПСИХИАТРИИ»¹ (28 марта 2007 г., Москва, НЦ психического здоровья РАМН)

Н. Е. Буторина, И. Р. Лебедева
**РАННИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ
У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава (Челябинск).

Физиологической основой психики является высшая нервная деятельность, которая особенно быстро развивается в период первого года жизни ребенка. У некоторых детей в процессе постнатального развития обнаруживается умственная отсталость (УО). В связи с этим актуальным является изучение состояния здоровья на первом году жизни.

Цель исследования: изучить особенности психоневрологического статуса у детей первого года жизни, которые в последствии наблюдались с разными формами УО.

Материал и методы исследования. Исследование включало изучение катамнеза 147 детей, среди которых 66,6% (n=98) наблюдались с легкой, 22,5% (n=33) со средней и 10,9% (n=16) с тяжелой степенью УО. Обследование проводилось клинико-анамнестическим методом, включающим беседы с родителями, изучением особенностей течения беременности и родов, изучением выписок из родильного дома, амбулаторных карт, оценивались особенности неврологического статуса ребенка, использовались данные проведения дополнительных методов обследования — нейросонографии, эхоэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии.

Результаты обследования. В период новорожденности у детей с легкой степенью УО гипоксически-ишемическое поражение ЦНС отмечено в 20,4% (n=20) случаев, травматическое поражение ЦНС — в 9,2% (n=9) случаев, в том числе на долю внутрижелудочковых кровоизлияний приходилось 6,1% (n=6). Перинатальная дисметаболическая энцефалопатия наблюдалась в 25,5% (n=25) случаев. Внутриутробная инфекция отмечена в 18,3% (n=18) случаев. У детей со средней степенью УО в 48,5% (n=16) случаев гипоксически-ишемическое поражение ЦНС сочеталось с метаболическими нарушениями, в 24,2% (n=8) случаев отмечена цереброспинальная травма, в 15,2% (n=5) случаев с внутрижелудочковым кровоизлиянием, в 24,2% (n=8) случаев — внутриутробная инфекция. У детей с тяжелой степенью УО преобладала цереброспинальная травма (62,5%, n=10). Внутрижелудочковое кровоизлияние отмечено в 37,5% (n=6), внутриутробная инфекция в 25,0% (n=4) случаев.

Неврологические синдромы по частоте встречаемости при легкой степени УО проявлялись синдромами гипервозбудимости (49,0%, n=48), двига-

¹ Окончание. Начало в предыдущем выпуске.

тельными нарушениями (16,3%, n=16), синдромом вегетовисцеральных нарушений (22,4%, n=22) и синдромом двигательных нарушений (16,3%, n=16). У детей со средней степенью тяжести преобладали гипертензионно-гидроцефальный синдром (33,3%, n=11), двигательные нарушения (21,2%, n=7). У детей с тяжелой степенью отмечалось сочетание различных синдромов с преобладанием синдрома двигательных нарушений (75,0%, n=12).

По данным нейросонографии и МРТ-исследований, у детей с легкой УО в 7,1% (n=7) случаев выявлены синдром Арнольда-Киари, кисты в перивентрикулярной зоне в 37,8% (n=37) случаев, аномалия развития сосудов — 2,0% (n=2). У детей со средней степенью УО внутричерепные кальцификаты — в 30,3% (n=10) случаев, агенезия мозолистого тела — 6,0% (n=2), гидроцефалия — 24,2% (n=8) случаев. У детей с тяжелой формой УО врожденная патология нервной системы представлена микроцефалией — 12,5% (n=2), лиссэнцефалией — 18,8% (n=3), гидроцефалией — 25% (n=4), порэнцефалией — 12,5% (n=2), полимикрогирией — 6,3% (n=1).

Таким образом, из представленного исследования видно, что наблюдение за ребенком первого года жизни с учетом особенностей акушерского, перинатального анамнеза, особенностей неврологического статуса и данных инструментальных методов обследования позволяет предвидеть возможные патологические состояния и как можно раньше проводить реабилитационные мероприятия.

И. Г. Гагаркина

ФАКТОРЫ РИСКА ДИСГАРМОНИЧНОГО НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Красноярская государственная медицинская академия (Красноярск).

Изучены особенности психологического формирования личности и здоровья 526 детей в возрасте от 5 до 15 лет с расстройствами адаптации в дошкольных учреждениях и в процессе школьного обучения. Все дети в анамнезе имели перинатальное поражение ЦНС. Проявления дизадаптации у детей выражались головными болями, страхами, ипохондричностью, заторможенностью, агрессивностью, аутоагрессивностью, речевыми нарушениями, расстройствами сна, аппетита, энурезом, тиками.

При оценке нервно-психического развития детей с учетом корреляционной зависимости между физическими параметрами первых 3 лет жизни и развитием психических функций (комплекс оживления, развитие речи и др.) было отмечено, что 40% детей имели гармоничное развитие, большую часть их составили мальчики (72%). По уровню инфекционной заболеваемости обследованных детей можно отнести к группе часто болеющих, т. к. только 9,37% детей в течение года не переносили инфекционных заболеваний.

Комплексное медико-социальное обследование 526 семей детей с расстройствами адаптации выявило, что 75,51% — это семьи служащих со средним уровнем материального обеспечения, где глава семьи в 68,9% случаев имеет высшее или неполное высшее образование. Преобладали (73,34%) семьи с зарегистрированным браком. В 66,5% случаев обеспеченные нормальными условиями быта. В совокупности семей детей с дисгармоничным развитием преоб-

ладали неполные семьи (78,83 %). Высшее образование имели 48,2% отцов и 52,3% матерей. Больше половины семей (56,29%) имели одного ребенка.

Выявлена зависимость своевременного развития речевой функции ребенка и игровой деятельности в случае хороших взаимоотношений в семье между родителями, когда пол ребенка удовлетворил обоих родителей, ему уделялось большое внимание в воспитании, выработке навыков опрятности у ребенка в соответствии с возрастом. Совместная деятельность членов семьи, хобби у членов семьи, занятия спортом ребенка также способствовали нервно-психическому развитию и формированию здоровья ребенка соответственно возрасту. Семейные традиции, благополучный жизненный сценарий ребенка, создаваемый родителями, общительность, совместное творчество членов семьи были у социально успешных родителей.

Протестные формы поведения против взрослых, проблемы с учебой в школе наблюдались у детей, которые расставались с родителями на 2-м году жизни, в семьях которых были частые конфликты между членами семьи в возрасте ребенка 7-9 лет, а также жесткие дисциплинарные требования к ребенку в младшем школьном возрасте. В семьях «край военных действий» и при неадекватном обращении по отношению к детям они демонстрировали агрессивные формы поведения, жестокость, часто пропускали школьные занятия. Дети имели высокий уровень тревожности в этих семьях и потребность в психологической поддержке со стороны отца, чаще имели психосоматические расстройства. Общая нервность ребенка (плаксивость, смена настроения, раздражительность, повышенная утомляемость) выявлялись у детей из конфликтных семей, сопровождались частыми пропусками детьми школьных занятий. Участие отца в воспитании приводило к удовлетворенности семейными отношениями. Гиперкинетический синдром с дефицитом внимания наиболее часто приводил к нарушению поведения, что являлось причиной обращения к специалистам Красноярского краевого психоневрологического диспансера.

Проведенное исследование позволило проводить лечебные и коррекционные мероприятия с учетом реабилитационных возможностей семей и разработать систему комплексных профилактических мероприятий по предупреждению дисгармоний развития детей с перинатальным поражением ЦНС.

С. В. Горяинова

ОСОБЕННОСТИ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Эмпирическое исследование особенностей страхов у детей дошкольного возраста с заболеванием шизофренией было проведено в декабре 2006–феврале 2007 гг. на базе 9-го отделения 6-й детской психиатрической больницы. В исследовании участвовали 17 детей дошкольного возраста (4-7 лет), 11 мальчиков и 6 девочек. Основными методами исследования были: наблюдение за поведением и игровой деятельностью испытуемых, проективные рисуночные методики («Дом, дерево, человек», «Несуществующее животное»).

В норме страхи основаны на инстинкте самосохранения и несут защитные, регулирующие и символообразующие функции, но при определенных условиях они становятся патологическими. Согласно психоаналитическим концепциям З. Фрейда, О. Ранка, М. Кляйн, страх появляется еще до того, как ребенок начинает осознавать себя отдельной личностью, отделимой от матери. Но этот страх проявляется в форме неосознаваемой тревоги. Акт рождения воспринимается ребенком как первый травматический опыт и первичный шок, который на бессознательном уровне не переживается и может всплывать в отдельные периоды развития ребенка. Страхи у детей дошкольного возраста, больных шизофренией, обусловлены не травматическим опытом, а связаны с усилением базальной тревоги, возникшей вследствие развития заболевания. Главная функция страхов - это защита, с помощью которой больной ребенок пытается пережить агрессию внешнего мира. Поэтому страхи у детей с шизофренией имеют свои специфические особенности и требуют специальной коррекции.

В результате проведенного структурированного наблюдения за поведением детей, а также сюжетной игрой, и анализа графической продукции дошкольников, больных шизофренией, были выявлены следующие особенности эмоциональной сферы испытуемых: повышенная тревожность к окружающей обстановке, связанная с гиперсенситивностью; страх вербального и глазного контакта с другим человеком; общее тревожное состояние, выражающееся в постоянном напряжении, бедной мимике, редком появлении улыбки. Игра у этих детей эмоционально насыщена в основном тревогой и агрессией. Проигрывая во время игры свой отрицательный опыт, связанный с общими страхами, они не изживают его, хотя сюжет проигрывается многократно. При наличии в сюжете отрицательных героев игра никогда не имеет положительного конца. Жертва и агрессор не всегда четко определены: дети могут идентифицироваться то с агрессором, то с жертвой. Страхи детей не конкретизированы, не объективированы, не несут функциональной роли, не перерабатываются, не изживаются; в игре у ребенка объектом страха может быть любой предмет. Сильно выражена стереотипия, которая несет защитную функцию. Тревожное состояние не снимается и с помощью рисования - в рисунках испытуемых присутствует выраженное нарушение целостности и общей структуры, вызванное, скорее всего, защитным механизмом расщепления. Дети, как правило, не пользуются яркими цветами, предпочитают темные, мрачные тона или выбирают всего 1-2 определенных цвета. Например, ребенок берет только синий карандаш или зеленый. На предложение взять другой цвет отвечает категорическим отказом, вплоть до отказа вообще рисовать. Важно отметить, что для испытуемых старшего дошкольного возраста типичным является детализированное схематическое изображение, содержащее большинство из наиболее важных второстепенных деталей. К последним относятся шея, пальцы, ступни, волосы, брови, одежда.

Таким образом, при шизофрении у детей дошкольного возраста деструктивные импульсы, и связанная с ними первичная тревога чрезвычайно сильны, в результате чего процессы расщепления, проекции и интроекции становятся очень сильными, нарушается интроекция хороших объектов, а, следовательно, положительный опыт не может оказать помощи в интеграции Эго.

НЕКОТОРЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

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

Нарушения становления психических функций у детей с церебральными параличами, как правило, начинаются уже во внутриутробном периоде. Чаще всего их связывают с различными экзогенными вредностями, заболеваниями беременной женщины. Однако, необходимо учитывать и неблагоприятное психологическое состояние женщины, стрессы во время гестации.

Одним из значимых стрессогенных факторов для беременной женщины является супружеская дисгармония. Исследования показали, что более чем у половины обследованных нами матерей (54%) детей с церебральными параличами, зачатие произошло в неблагоприятную для этого стадию формирования супружеских отношений (И. В. Добряков, С. В. Церетели, 2003). Соматические заболевания, осложняющие течение беременности, могут являться причиной нарушений антенатального развития центральной нервной системы ребенка. В тоже время и соматические, и акушерско-гинекологические заболевания часто представляют собой как результат, так и источник повышенной тревоги. У женщин, родивших детей с церебральными параличами, соматическая патология во время беременности отмечалась в 3,2 раза чаще, а акушерско-гинекологические осложнения в 2,6 раз чаще, чем у женщин, родивших здоровых младенцев (И. В. Добряков, С. В. Церетели, 2003). У женщин, родивших детей с церебральным параличом, в 40% случаев во время беременности отмечалась угроза выкидыша, роды в 70% случаев протекали стремительно или, наоборот, затягивались и были осложнены длительным безводным периодом. В 60% случаев во время родов приходилось прибегать к акушерским вмешательствам (наложение щипцов, применение вакуум-экстрактора и т. п.) (Е. В. Крыжко, 2001).

Заболевания беременных способствовали формированию у них неблагоприятного типа психологического компонента гестационной доминанты, представляющего собой совокупность механизмов психической саморегуляции, направленной на сохранение гестации и создание благоприятных условий развития плода. Лишь у 4% женщин, родивших детей с церебральными параличами, удалось выявить оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты. Это в 7,5 раз меньше, чем у женщин, родивших здоровых детей (И. В. Добряков, С. В. Церетели, 2003). Таким образом, неблагоприятный тип психологического компонента гестационной доминанты следует считать одним из факторов, способствующих возникновению у детей церебральных параличей.

Ранняя профилактика детских церебральных параличей должна включать не только заботу о соматическом и гинекологическом здоровье женщин, но и об их психологическом состоянии. Своевременное выявление неблагоприятного типа психологического компонента гестационной доминанты, проведение адекватных, дифференцированных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий могут способствовать улучшению течения беременности и родов, здоровья новорожденных.

ПРАВО И НАСУЩНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ СИРОТ ЗНАТЬ СВОЮ ИСТОРИЮ

Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков (Москва).

Р. Шпиц, Дж. Боулби показали, что надежная привязанность к матери или человеку, заменяющему ее, является основой для полноценного развития ребенка. К.Эльячефф дала яркие свидетельства эффективности психоаналитической терапии тяжелых расстройств, возникших вследствие разрыва отношений с матерью у детей раннего возраста из сиротских учреждений.

Сироты, оказавшиеся в домах ребенка и детских домах в результате смерти своих родителей, родительского отказа от детей или лишения родительских прав их матерей и отцов, глубоко травмированы событиями их жизни, и это делает насущным оказание им глубинной психотерапевтической помощи, что невозможно, как и само развитие детей, без осознания ими своей истории рождения и жизни. Если мать отказывается от ребенка в родильном доме, дитя знает, хотя никогда без сообщения ему таких сведений не сможет дать в этом отчета, что женщина, чье сердце и чей голос оно слышало в утробе, покинула его и у него не было возможности встретить никого, кто мог бы заменить мать хотя бы таким образом, чтобы возникла стойкая привязанность. Ведь условия воспитания в детских учреждениях таковы, что люди, обеспечивающие уход, меняются очень часто, лишая детей возможности сформировать базальную привязанность и уверенность, что их не покинут. Приемные родители находятся не так быстро, как это нужно для того, чтобы обеспечить удовлетворение базальной потребности в любимом и любящем объекте. Если родители умирают, то дети, которые жили с ними не меньше 6-7 месяцев, переживают острую травму потери объекта привязанности и тоже сильно нуждаются в его заместителях, отношения с которыми будут обладать всеми характеристиками, необходимыми для возникновения взаимной любви. Но и приемное родительство не уберезет в таком случае от расстройств, с которыми позволяет справиться глубинная психотерапевтическая проработка влияния прошлого на актуальные отношения с миром и людьми. Социальное сиротство чаще всего предполагает, что та чрезмерно амбивалентная привязанность, которая сформировалась к родителям, в последствии лишенным родительских прав, угасает с окончательной потерей первичных объектов привязанности и заменяется иными глубокими отношениями с заботящимися взрослыми, но в них неизбежно будут перенесены в том или ином виде все бессознательные конфликты, связанные с первичными объектами.

Особую проблему для себя и общества представляют дети, чье нормальное воспитание прервалось на 2-м или 3-м году жизни. Д. В. Винникотт, исследовавший возникновение антисоциальных тенденций у таких детей, рассматривал первые антисоциальные акты как доказательство наличия у ребенка чувства, что он обманывается относительно того, что принадлежит ему по праву, т. е. относительно обладания парой надежных родителей.

По аналогии с тем, как отсутствие любознательности и общую заторможенность в познавательной сфере у детей З. Фрейд связывал с чрезмерным

подавлением их интереса к тому, как рождаются дети, и к другим сексуальным вопросам, можно гипотетически выводить происхождение катастрофического отставания сирот в интеллектуальном развитии не только из условий детских сиротских учреждений, в которых невозможно сформировать надежную привязанность, но и из порочной практики пренебрежения точной информацией об истории рождения, воспитания и сиротства детей и об их родителях и несообщения им ее в психотерапевтически приемлемой форме. Сочетание неосознаваемого знания пережитого и повторяемого в настоящем травматического опыта с отсутствием слов и адекватной помощи для его «переваривания» не позволяет сиротам выйти из патогенного прошлого и устремиться в будущее, поставив перед собой цели и идеалы, а также выстроить приемлемые отношения с опекунами, родителями и другими людьми. С детьми *любого* возраста необходимо говорить о происходящем с ними, нелепо и вредно делать секрет для них из того, что они уже пережили.

А. И. Ковалев

**ОЦЕНКА ПОЛОРОЛЕВОГО КРОССДРЕССИНГА
ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону).

Целью настоящей работы было выявление клинически значимых признаков ранней диагностики расстройства половой идентификации в детского возрасте.

Были обследованы 25 детей и подростков в возрасте от 4 до 15 лет (9 мальчиков и 16 девочек) с инверсным полоролевым поведением, а также проанализированы 43 истории болезни взрослых с транссексуализмом. Дети обследованы по инициативе их родителей или иных законных представителей. Критериями отбора служили: наличие инверсии половой социализации личности, отсутствие признаков эндогенного заболевания и аномалий мочеполовой системы. Этапы психосексуального развития исследовались по Г. С. Васильченко (1990).

Инверсия половой идентичности, при которой когнитивная оценка своего биологического и гражданского пола сохранялась, а иррациональное ощущение, относящееся к ядерным характеристикам самосознания (N. Golosow et al., 1969), было аномальным, выявлена у всех пациентов на уровне полового самосознания. Этот этап предложено называть претранссексуальным (А. О. Бухановский, 1994). Дети оценивали себя правильно в соответствии с биологическим, гражданским и полом воспитания, но стихийно вели себя инверсно в предпочтении игр и игрушек (гетеросоциальность), выбора товарищей по общению (гетерофилия), манере поведения («томбоизм» - при женском транссексуализме, «сисси-боизм» - при мужском). Важным дифференциально-диагностическим критерием является полоролевой кроссдрессинг (переодевание в одежду противоположного пола). При транссексуализме он возникал на эмоционально нейтральном фоне и в начале проявлялся эпизодически во время игр или выполнения домашних обязанностей, а синдромальную завершенность начинал приобретать к пубертатному возрасту. Чем раньше он возникал и чем был более выражен, тем аномалия была ближе к ядерному варианту.

О. Е. Крахмалева, Т. И. Иванова

АНАЛИЗ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПО ПСИХИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Омская клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солод-
никова, Омская государственная медицинская академия (Омск).

Реабилитация детей-инвалидов по психическому расстройству занимает одно из ведущих направлений деятельности психиатра и является приоритетным направлением научно-исследовательской деятельности. При анализе инвалидизации детей с психическими нарушениями в Омской области выявлено, что если в 2000 г. первичный выход на инвалидность детей по психическому заболеванию составил 64,9 на 100 тыс. детского населения, то в 2005 г. - уже 83,7. Также возросли показатели общей инвалидности с 369,4 до 578,0 на 100 тыс. детского населения. При сравнении показателей инвалидизации детей Омской области с аналогичными показателями по РФ отмечаются схожие тенденции: если в 2000 г. первичная инвалидность детей по РФ составляла 47,0 то в 2005 г. - 47,3 на 100 тыс. детского населения, а общая инвалидность в 2000 г. - 269,8 и 403,2 в 2005 г.

Среди психических расстройств, приведших к инвалидизации детей в Омской области, наибольшее значение имеют умственная отсталость (64,8%) и шизофрения и олигофренические психозы (15,8%); реже к инвалидности приводят эпилепсия со слабоумием (7,7%), органические расстройства и пр. (11,7%). На момент исследования на учете у детских психиатров Омской клинической психиатрической больницы (ОКПБ) состоят 162 ребенка-инвалида в возрасте до 7 лет. На первом месте стоит умственная отсталость (F70-79) - 111 детей (68,5%). Наибольшее количество детей-инвалидов с данными расстройствами связано с выраженными нарушениями психосоциальной адаптации. Второе место занимают дети с речевыми нарушениями - 24 (14,8%), данные расстройства наиболее характерны для детей дошкольного возраста и проявляются моторной и сенсомоторной алалией. Третье место занимают дети с инвалидностью по причине органического расстройства, в том числе эпилепсии, - 19 детей (11,8%). В данном случае критерием инвалидизации является задержка интеллектуального развития с частыми пароксизмальными проявлениями, выраженной психомоторной активностью. Дети-инвалиды с аутизмом и детской шизофренией встречаются наиболее редко - 8 человек (4,9%).

Занимаясь реабилитацией детей-инвалидов, врачи ОКПБ рекомендуют кроме медикаментозного лечения посещение реабилитационных образовательных учреждений. Так, 58 (35,8%) детей посещают речевые и коррекционные детские сады, 18 (11,1%) занимаются в детских реабилитационных центрах. Из всех детей-инвалидов 117 (72,2%) проживают с родителями, остальные находятся в домах ребенка и детских домах. На базе детско-подросткового комплекса ОКПБ разрабатываются методики реабилитации детей-инвалидов по психическому заболеванию. В первую очередь, эти методики основываются на необходимости интеграции детей-инвалидов в социальную среду. С этой целью кроме медикаментозного лечения используется работа социальных педагогов, коррекционных педагогов и психотерапевтов. Индивидуально каждому ребенку определяется форма обучения. Широко используются тренинги психосоциальных навыков, обучения навыкам бытового самообслуживания.

И. Ю. Кулагина, Л. В. Сенкевич

ДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ

Московский городской психолого-педагогический университет, Государственная классическая академия им. Маймонида (Москва).

Эмпирическое исследование системных особенностей развития мотивации и личностных характеристик социальных сирот было осуществлено в 2005–2006 гг. на базе детских домов № 50, № 82, школы-интерната № 42 г. Москвы, а также Серебряно-прудского социально-реабилитационного центра «Подросток» Московской области. Основная группа обследуемых (подростки, воспитывающиеся в условиях семейной депривации) включала две возрастные подгруппы: 45 младших подростков-воспитанников детских домов и интернатов (11-13 лет) и 45 социальных сирот старшего подросткового возраста (14-16 лет). Контрольная группа (учащиеся общеобразовательной школы, живущие в семьях) включала такие же две возрастные подгруппы: 45 учащихся 6-8 классов 12-14 лет и 45 старшеклассников 14-16 лет, обучающихся в массовой общеобразовательной школе № 660. Выделение возрастных групп основано на принятой отечественной периодизации Д. Б. Элькомина. Всего в исследовании приняли участие 180 подростков.

В исследовании использовались: методики «Ценностные ориентации» Б. Н. Рыжова; «Доминирующая мотивация» В. Н. Колюцкого и И. Ю. Кулагиной; метод мотивационной индукции (MIM) (J. Nuttin, 1980; Н. Н. Толстых, 1988); анкетные методы исследования личности и защитных механизмов - Тест акцентуации характера 13F, многофакторный личностный опросник FPI (форма В), 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (форма С), опросник Плутчика-Келлермана «Индекс жизненных стилей»), личностный опросник Пирс и Харрис «Я-концепция» в адаптации А. М. Прихожан; проективные методы изучения поведенческих паттернов социальных сирот - Тест фрустрационных реакций С. Розенцвейга и методика «Рисунок несуществующего животного»).

Полученные в ходе исследования данные позволяют сделать следующие выводы:

1. На уровне мотивационно-потребностной сферы качественное своеобразие развития личности социальных сирот проявляется в более высоком, по сравнению с их сверстниками из семей, уровне мотивации, отвечающей принципу удовольствия и более низком уровне мотивации, отвечающей принципам реальности и ценности. Такое системно-психологическое отличие мотивации социальных сирот от мотивации их сверстников, воспитывающихся в семьях, может быть названо «мотивационным сдвигом» от социального к органическому. На уровне базовых свойств личности и привычных поведенческих паттернов эта специфика выражается в снижении самооценки практически по всем параметрам, преобладании примитивных защитных механизмов, депрессивности и высоком уровне агрессивных реакций.

2. Возрастная динамика развития личности в условиях родительской депривации, наблюдаемая на протяжении подросткового возраста, приводит, в первую очередь, к резкому увеличению спонтанной и реактивной агрессив-

ности, снижению показателей Я-концепции в направлении инфантилизации, снижению общительности и нарастанию тревожности. Отсутствие значимых различий в выраженности показателей акцентуаций характера социальных сирот младшего и старшего подросткового возраста подтверждает социальную, а не конституциональную природу выявленных изменений.

3. Выявление зон деформации личности, происходящих под влиянием мотивационного сдвига, позволяет выработать конкретные направления психологической помощи подросткам, оставшимся без опеки и попечения родителей. Основными направлениями этой работы должны стать формирование навыков социальной компетентности у социальных сирот, развитие у них учебной и профессиональной мотивации, снижение агрессии и аутоагрессии.

И. Ю. Макарова, Е. В. Семакова

НАРУШЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «МАТЬ-РЕБЕНОК» В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Смоленский государственный университет, Смоленская государственная медицинская академия (Смоленск).

Интерес к семье как основной среде развития личности и условию формирования психопатологии в отечественной и зарубежной психотерапии неуклонно растет (А. Я. Варга, Д. Видра, В. Сатир, Э. Г. Эйдемиллер). Семейные нарушения выступают в качестве основных механизмов вторичного симптомообразования при минимальной мозговой дисфункции - наиболее распространенной форме нервно-психических нарушений детского возраста (1/6-1/4 детей в общей популяции). Минимальная мозговая дисфункция рассматривается нами как особая форма дизонтогенеза, характеризующаяся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. Наиболее распространенным вариантом ММД является синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Развитие СДВГ обусловлено генетическим, перинатальным и социально-психологическим механизмами. Генетические и перинатальные механизмы участвуют в образовании трудно корригируемых первичных симптомов, они вызывают поражение нервных структур, что формирует основную клиническую картину. Вторичное симптомообразование большей частью обуславливается социально-психологическими факторами (социальной ситуацией развития, реакцией ближайшего окружения на проявления первичных симптомов). Патологизирующее влияние семьи в конечном итоге выражается в деформации отношений в системе «мать-ребенок», которые и стали предметом настоящего исследования.

Эпидемиологическое исследование детей 7-10 лет (1615 человек) проведено нами в городах Андрианоле, Калуге, Кемерово, Сафонове, Сергиевом Посаде, Смоленске, Череповце, Якутске, Ярославле с помощью специально разработанной анкеты. В отдельную группу для углубленного изучения были выделены семьи детей с СДВГ в соответствии с критериями МКБ-10. Для исследования системных семейных факторов использовались: семейно-диагностическое интервью, беседа по генограмме, тест-опросник родитель-

ского отношения (ОРО) А. Я. Варги и В. В. Столина, состоящий из 5 шкал (принятие-отвержение; кооперация; симбиоз; авторитарная гиперсоциализация; маленький неудачник), данные сравнительного эпидемиологического исследования. Критериями отбора в основную группу послужили следующие характеристики: возраст 7-10 лет; наличие клинически подтвержденного диагноза СДВГ. Всего обследовали 69 детей и их семьи, средний возраст детей $8,6 \pm 0,85$ л.

После статистической обработки полученных данных достоверно установлено, что наиболее часто в отношениях матери и ребенка с СДВГ выявляется симбиотическая привязанность (шкала «симбиоз» регистрировалась в 41 случае - 59%). У матерей, проявляющих симбиотическое отношение, обнаруживаются факторы нарушения привязанности в родительских семьях и отсутствие тесных эмоциональных связей с супругом. Слабость связи в супружеской подсистеме поддерживает симбиоз в диаде «мать-ребенок». Такие особенности структурно-ролевых отношений в семье также блокируют дифференциацию «Я» ребенка. Полученные нами данные согласуются с трансгенерационными представлениями М. Боуэна о нарастании недифференцированности в семьях в ряду поколений, что подтверждает значительное участие системных семейных факторов в генезе гипердинамического синдрома.

Представленные результаты свидетельствуют о том, что наличие у детей гипердинамического комплекса существенно нарушает процесс сепарации, деформирует родительско-детские отношения и поддерживает симптоматическое поведение. Сверхактивное поведение ребенка, импульсивность, раздражительность вызывают у матери тревогу и эмоциональное напряжение. Воспитательная неуверенность способствует возникновению чувства вины, лежащего в основе депрессии.

Наиболее часто в своем отношении к ребенку с гипердинамией мать проявляет тесную привязанность (шкала «симбиоз»), стремится удовлетворить все его потребности, оградить от трудностей и неприятностей жизни. Тревога матери за ребенка не позволяет ему своевременно автономизироваться, что существенно замедляет развитие.

При «авторитарной гиперсоциализации» мать требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Она старается навязать ребенку во всем свою волю и не в состоянии учесть его точку зрения. Такое неадекватное отношение матери предрасполагает к появлению протестных реакций у ребенка и препятствует формированию нормальной связи с окружающим миром, что закрепляет полезависимый стиль поведения и ухудшает адаптационные возможности. В условиях нарушенной сепарации у ребенка не формируется адекватное представление о семье и о своем месте в семейной системе. Основа социализации – семейная идентичность грубо нарушена или не развита.

Выявление нарушений в системе «мать-ребенок», как правило, показывает того, что семья является дисфункциональной. В этом случае нарушены параметры семейной системы (коммуникации, структурно-ролевые отношения, механизмы интеграции), что ведет к нарушению функций и требует помощи семье в целом.

ПРОБЛЕМА НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО МАТЕРИНСТВА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Удмуртский государственный университет (Ижевск).

В настоящее время в отечественной психологии достаточно полно изучены особенности психофизиологического развития подростков. При этом обстоятельно показано, в чем заключаются кризисные явления этого возраста. Однако следует отметить, что в значительно меньшей мере изучена проблема социального развития подростка и, по сути дела, остаются нераскрытыми вопросы о ведущих институтах, механизмах и способах социализации, а также содержательной стороне процесса социализации в семье в этом возрасте. Раскрытие социально-психологических особенностей процесса социализации в подростковом возрасте обусловлено необходимостью организации воспитывающей среды в семье и создания условий для функционирования социально-психологических ведущих механизмов и способов социализации. Исследователи отмечают существенные перемены, происходящие в институте семьи сегодня. К семьям с наиболее глубокими дефектами социализации практически полностью относятся те, дети в которых остаются без надзора со стороны взрослых и вольно или невольно провоцируются на безнадзорность, беспризорность, бродяжничество, попрошайничество, проституцию и совершение правонарушений. В большинстве случаев это в семьях, где нарушены структура и функции семьи - отсутствует один из родителей (матери-одиночки, заключение одного из родителей, родители в разводе и пр.).

Анализ социального статуса детей, находящихся в приютах, показал, что большинство из пребывающих детей поступает в приюты *из неполных семей*. Чаще всего одним родителем является мать, которой в силу социальных обстоятельств некогда заниматься воспитанием ребенка. Исследования подтвердили наличие у женщин, психологически забросивших своего ребенка, психической и социальной незрелости, эмоциональной неустойчивости, неуверенности в своих жизненных силах.

Многие из попавших в социальный приют детей имеют *мать-алкоголика или наркомана*, против которой возбуждаются дела о лишении родительских прав. Мать в таких семьях не только не занимается воспитанием ребенка, она его просто не замечает. Вследствие чего дети приобщаются к неблагоприятным поступкам взрослых и уходят из дома.

Зарубежные исследования показывают, что большая часть матерей, плохо заботящихся о детях или проявляющих жестокость по отношению к ним, имело негативный *опыт в своем детстве* (сами испытали насилие, отвержение в своей семье, были сиротами). Причем, как указывают исследователи, собственный негативный опыт родителей необязательно должен быть сиротским.

Специалисты по социальной работе, обследующие семьи, сталкиваются с фактами *жестокоего обращения* матери с детьми. В детстве, как известно, у ребенка формируется представление об образе жизни. Оно складывается постепенно, но зато с годами становится настолько устойчивым, что переделать, изменить его практически невозможно. Усвоенные в детстве девочкой стерео-

типы поведения своей матери так глубоки и прочны, что если она страдала от них, то, став родителем, она начинает их воспроизводить в собственной семье.

Подводя итог всему вышесказанному, можно сделать вывод, что существуют ключевые проблемы, разрешив которые, можно попытаться переломить существующую тенденцию к росту числа социальных сирот (детей – «отказников»): государственные подходы, в которых применяются институализированные формы работы, как и предложенные общественными организациями, не служат целям профилактики социального сиротства, а иногда, наоборот, провоцируют его рост; в системе защиты детства отсутствует подсистема профилактики социального сиротства.

В. Н. Ослон

**ВЛИЯНИЕ СИРОТСТВА НА ФОРМИРОВАНИЕ
ПСИХИЧЕСКОГО И ТЕЛЕСНОГО «Я» РЕБЕНКА-СИРОТЫ
И КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬИ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Предметом нашего исследования² стало влияние депривационных паттернов воспитания на психическое и телесное «Я» ребенка-сироты³ и компенсаторные возможности замещающей семьи. Анализ нервно-психического статуса детей на начало приема показал, что практически все дети имели различного уровня когнитивные расстройства: пограничную и выраженную умственную отсталость, задержку психического развития вследствие раннего органического поражения ЦНС. У детей были выявлены последствия перинатальных вредностей: церебрастенический синдром, резидуальные явления энцефалопатии. Всем детям был выставлен диагноз «неврозоподобный синдром». Изучение социального анамнеза детей (анамнестическая карта), истории их семьи (стандартизированное интервью с членами расширенной биологической семьи) выявило нарушения объектных отношений на самых ранних (пренатальном и натальном) этапах, что в значительной степени было связано как с аддиктивными нарушениями в поведении матерей, так и с накоплением негативных паттернов (алкоголизма, суицидального поведения и т. д.) в поколениях. Можно сделать предположение о негативном влиянии этих паттернов на наследуемую морфологическую, физиологическую и биохимическую организацию. Широко представлены последствия перинатальных расстройств, которые, по всей вероятности, являются следствием разрушенной «первичной идентичности» ребенка с матерью в момент формирования психического и телесного «Я» ребенка. Изучение медицинских заключений по-

² В исследовании приняли участие дети (n=180) из замещающих семей – бывшие воспитанники детских домов, представители их расширенной биологической семьи (n=54), замещающие родители (n=87), педагоги (n=24).

³ Для сбора информации использовались медицинские заключения на детей, данные социального анамнеза, стандартизированного интервью по истории семьи, экспертного опроса замещающих родителей и педагогов.

зволило выявить целый регистр психосоматических заболеваний⁴, которые были диагностированы у детей в условиях детского дома. Первый ранг занимают изменения в коже, что отражает в определенной мере нарушения границ «Я», типичные для ребенка, развивающегося в условиях разрушения первичной идентичности (в неблагополучной семье и впоследствии в детском доме) и деструкции границ телесного «Я». В символической форме они находят выражение в дисфункциях контуров «Я» при саморепрезентации в семейном контексте (по результатам рисуночного теста «Моя семья»). Практически, каждый второй ребенок страдает различными соматоформными вегетативными дисфункциями различных органов и систем. По мнению Е. Jacobson (1954) отсутствие матери или «плохая» мать, не понимающая аффективный язык органов ребенка, приводит к непониманию и ребенком этого языка, что препятствует развитию соматовегетативной регуляции. «Неудачное» соединение органически неполноценной почвы и различного рода других последствий нарушений, пренатальных и постнатальных объектных отношений приводит в определенной мере к патологическому формированию психического и телесного «Я» у ребенка и привносит в дезадаптацию ребенка-сироты психосоматический и нервно-психический аспекты.

Включение ребенка-сироты в замещающую семью оказало позитивное влияние на его состояние. Снижение остроты заболевания отмечается практически у всех детей. При этом имеют место стойкие ремиссии невротического и неврозоподобного энуреза (ночного). Позитивная динамика отмечена в 32,3% случаев. Дневной энурез фактически не упоминается. То есть воспитание в семье, выполняя функцию внешней регуляции, которой дети были лишены ранее, начинает постепенно оказывать компенсаторное воздействие на незрелую соматовегетативную регуляцию. По оценкам педагогов, у всех детей уже в первые полгода приема отмечается «скачок» в когнитивном развитии.

О. В. Свариенко, И. Ю. Кулагина **ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ** **ЧЕЧЕНСКИХ ПОДРОСТКОВ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Со времен первого вооруженного конфликта в середине 90-х годов и по сей день, когда в Чеченской республике и вокруг нее продолжают боевые действия, теракты, наиболее уязвимой группой гражданского населения Чечни остаются дети. Более 10 лет чеченские дети лишены спокойной семейной жизни, возможности каждый день учиться в школе; им трудно отыскать безопасное место для игр, у них нет условий для отдыха. Тревогу вызывают данные органов здравоохранения, согласно которым до 75% детей г. Грозного страдают от психической неустойчивости или т. н. посттравматических расстройств. Эти расстройства проявляются иногда в легких формах, таких, как кошмары, нарушения

⁴Аллергический дерматит, дисгидротическая экзема (1 место), вегетососудистая дистония (2 место), энурез (3 место), реактивный панкреатит (4 место), дискинезия желчевыводящих путей, хронический гастродуоденит (4 место), функциональная кардиопатия (5 место).

речи, беспокойство, а иногда в серьезных – депрессиях и других психопатологических симптомах. В связи с этим чрезвычайно актуальной является задача разработки адекватной концепции и структуры оценки психологического здоровья чеченских школьников. Полученные результаты помогут создать эффективную программу социально-психологической коррекции, реабилитации и реадaptации учащихся и педагогов общеобразовательных школ Чеченской республики.

В 2006-2007 гг. в ряде образовательных учреждений Чеченской республики было проведено экспериментальное обследование уровня психологического здоровья учащихся. Основную (экспериментальную) группу составили 35 школьников в возрасте от 9 до 16 лет, обучающиеся в школах № 7, № 23 и гимназии № 1 г. Грозного. В контрольную выборку вошли 35 московских школьников массовой общеобразовательной школы № 157 того же возраста. В качестве методов оценки уровня психологического здоровья подростков использовались: методики стандартного патопсихологического обследования «Классификация предметов», «Существенные признаки», «Соотношение пословиц, метафор и фраз», «Пиктограмма»; многофакторный личностный опросник FPI; личностный опросник «Я-концепция» Е. Пирс, Д. Харрис в адаптации А. М. Прихожан; проективная методика «Рисунок несуществующего животного» (РНЖ).

По результатам патопсихологического исследования, чеченские подростки продемонстрировали несформированность понятийного аппарата мышления, преобладание конкретно-ситуационного способа обобщения, серьезные затруднения с выполнением заданий, требующих применения таких мыслительных операций, как анализ, синтез, нахождение необходимых и существенных признаков предметов. Данные проективных методик «РНЖ» и «Пиктограмма» свидетельствуют о высоком уровне депрессивных и суицидальных тенденций в ассоциативной продукции чеченских школьников.

Средний уровень невротизации личности у чеченских подростков по опроснику FPI значительно выше, чем у московских, что свидетельствует о большой вероятности возникновения невротического синдрома с психосоматическими нарушениями. Различия между показателями невротичности в экспериментальной и контрольной группах статистически значимы ($p < 0,05$). Еще одним проявлением «мотивационного сдвига», обусловленного посттравматическим стрессовым синдромом, является вполне понятная депрессия чеченских детей. И в самом деле, средний уровень показателя «депрессивность» по опроснику FPI у чеченских школьников существенно выше, чем у московских. Различия между показателями депрессивности у испытуемых экспериментальной и контрольной групп также статистически значимы ($p < 0,05$). Это свидетельствует о наличии депрессивного синдрома у чеченских детей, что проявляется и в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Данные опросника «Я-концепция» свидетельствуют о снижении самооценки чеченских подростков по таким параметрам, как «Общение», «Счастье и удовлетворенность», «Уверенность в себе».

Таким образом, как следует из приведенных исследований, уровень психологического здоровья чеченских школьников крайне низок. В этой связи необходимо создание на территории Чеченской республики Центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи как детям, так и взрослым с нарушенным психическим и психологическим здоровьем.

ЭКСПЕРТНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ПРИЗЫВНИКОВ.

Государственная классическая академия им. Маймонида, Городская клиническая психиатрическая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

В результате беспрецедентного роста агрессии и аутоагрессии в среде призывников срочной службы (особенно солдат первого года – юношей 18-19 лет), проблема нормализации социальной среды Российской армии становится одной из важнейших тем междисциплинарных и эмпирических исследований. Ежегодно огромное количество призывников стационарируется в психиатрические клиники из воинских частей в связи с агрессивным или самодеструктивным поведением. Одним из главных факторов агрессивных и аутоагрессивных действий военнослужащих в армейских коллективах являются так называемые «неуставные отношения», куда более употребимым названием которых является социокультурный жаргонизм «дедовщина». В условиях проведения патопсихологического эксперимента призывников, стационарированных в психиатрическую клинику, на первый план выступает проблема квалификации симулятивных и аггравационных признаков при анализе полученного клиническими психологами объективного материала.

Экспериментальное исследование, целью которого было составление возможно более полной классификации признаков симуляции и аггравации военнослужащих в патопсихологическом эксперименте, проводилось в течение 2006-2007 гг. В обследовании приняли участие 106 военнослужащих без острых психозов, проходящих стационарное лечение на базе Городской клинической психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина. В качестве методов исследования послужили стандартные патопсихологические методики: «10 слов», «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину», «Классификация», «Пиктограмма». В результате проведенного качественного анализа протоколов обследования военнослужащих, находящихся в экспертной ситуации, были получены следующие данные:

1. Метод объективного наблюдения за испытуемыми в ситуации эксперимента позволяет выделить следующие, настораживающие в плане симуляции и аггравации, признаки: реакция на тактику психолога определенной направленности – например, поощрение, одобрение со стороны психолога вызывает у больного еще более нелепые, вычурные суждения в ходе решения экспериментальных заданий, объяснение же испытуемому противоречивости его поведения и предоставляемых им ответов, то есть указание на то, что психолог обнаружил симуляцию, часто вызывает потерю контакта в беседе (обследуемый резко замыкается в себе); чрезмерное напряжение в поведении с длительным периодом анализа предложенных заданий, независимо от их сложности; несоответствие жалоб на утомляемость, истощаемость и данных истории болезни (дневниковые описания медицинским персоналом дней больного, в течение которых проявляется способность выдерживать психофизические нагрузки).

2. При выполнении методики «10 слов» для выявления признаков симуляции (аггравации) используется *метод сокращения количества стимулов*:

сначала испытуемому предлагается 10 слов для запоминания, затем - 5. Если в первом случае больной запоминает более половины слов, а во втором воспроизводит всего лишь два или три слова (т. е. меньше пяти), возможно установочное поведение.

3. Признаки симуляции и аггравации больных при выполнении методики «Счет по Крепелину»: переход через десятки с соблюдением единичных рядов; ответы больного отличаются от правильных на одно и то же число (либо в плюс, либо в минус).

4. Признаки симуляции и аггравации при выполнении методики «Пиктограмма»: отказы от выполнения заданий методики, объясняемые сложностью и непониманием инструкций, даже при опосредовании простых стимульных слов; при этом больной может легко справиться с более сложными ассоциациями, эмоционально значимыми для него.

5. Больной медленно ориентируется в материале по таблицам Шульте, в то же время способен к запоминанию незначительных деталей окружающей обстановки.

В. С. Собкин, Е. В. Баранова

СЕКСУАЛЬНАЯ АГРЕССИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Центр социологии образования РАО (Москва).

Данное сообщение основывается на результатах социологического опроса 2983 учащихся 7-х, 9-х и 11-х классов общеобразовательных школ г. Москвы. В нем рассматривается ряд вопросов, связанных с распространенностью фактов сексуального насилия среди школьников, а также мнения учащихся о том, как должен поступить подросток, если он подвергся сексуальному насилию. При анализе материалов особое внимание уделяется гендерным и возрастным различиям.

Анализ распространенности фактов сексуального насилия в школьной среде показал следующее: 6,7% респондентов указали, что среди их одноклассников есть те, кто был изнасилован или подвергся сексуальному нападению; в целом девушки несколько чаще, чем юноши, отмечают, что они осведомлены о таких случаях (8,0% и 5,2% соответственно). Причем, от 9-го к 11-му классу число осведомленных девушек увеличивается практически в 2 раза. Так, к выпускным классам каждая седьмая школьница указывает на то, что среди ее одноклассников есть те, кто подвергся сексуальному насилию.

При обсуждении вопроса о сексуальной агрессии, безусловно, одной из наиболее сложных является проблема психологической и медицинской помощи жертве. В этой связи в ходе опроса выявлялись мнения подростков относительно того, стоит ли жертве сексуального насилия рассказывать о случившемся кому-либо, их суждения о причинах, по которым стоит отказаться от обращения за помощью в случае изнасилования, а также анализировались представления о том, к кому стоит обращаться в таких ситуациях.

В целом полученные данные показали, что большинство подростков указывает на необходимость обращения за помощью в случае изнасилования (75,1% юношей и 65,4% девушек). Причем, с возрастом все меньшее количе-

ство подростков придерживается мнения о том, что факт сексуального изнасилования нужно скрывать.

Анализ же причин, по которым, по мнению подростков, «не стоит обращаться к кому-либо в случае изнасилования», показал, что здесь прослеживаются четкие различия между ответами юношей и девушек. Если для юношей наиболее травмирующим моментом, обуславливающим отказ от помощи в случае сексуальной агрессии, является проблема потери социального статуса вследствие негативного отношения окружающих («негативная реакция окружающих» - 22,4%, у девушек — 16,9%, $p=.03$), то для девушек — отсутствие понимания и эмпатии со стороны окружающих («все равно никто не сможет помочь» - 23,8%, у юношей — 16,0%, $p=.02$). С возрастом все большее количество подростков фиксирует в качестве причины отказа от помощи неспособность других «понять и помочь» в сложившейся ситуации (11,6% - в 9-м и 34,4% - в 11-м классе).

И, наконец, анализируя мнения учащихся о том, к кому следует обратиться жертве в случае, если произошло сексуальное насилие, нами были выявлены следующие тенденции:

1) Несмотря на возрастающую значимость интимно-личностного общения со сверстниками, характерную для подросткового возраста, тему сексуального насилия учащиеся склонны обсуждать в большинстве случаев только с родителями (55,6%). В тоже время, наряду с родителями каждый пятый подросток отмечает, что необходимо обратиться в медицинское учреждение. Среди девушек доля тех, кто отмечает обращение «к родителям» или «в медицинское учреждение» выше, чем среди юношей.

2) С возрастом в значительной степени сокращается доля подростков, считающих, что родители смогут оказать им должную помощь и поддержку и увеличивается число тех, кто считает, что в подобной ситуации в первую очередь необходимо обратиться в медицинское учреждение либо к профессиональному психологу.

В целом эти данные позволяют сделать вывод о том, что с возрастом акцент смещается на понимание изнасилования как особой психической и физической травмы, которой должны заниматься профессионалы.

**О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. А. Воробьева, Т. Г. Шанина,
Л. А. Пыхтина, Т. С. Абросимова**

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ МАТЕРЕЙ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова (Иваново).

В условиях продолжающейся нестабильности социально-экономической и политической жизни, на фоне снижения численности детского населения от 0 до 4 лет увеличивается число социальных сирот раннего возраста. Потеря семьи – тяжелейшая трагедия в жизни ребенка, т. к. семья является источником и опосредующим звеном передачи ребенку социально-исторического опыта и, прежде всего, опыта эмоциональных и деловых взаимоотношений между людьми. Для выстраивания системы мер по профилактике социального сирот-

ства, в том числе в семье, необходимо знать, кто же является «поставщиком» социальных сирот в дом ребенка. В связи с этим нами проведено анкетирование матерей, отказавшихся от воспитания своих детей в родильном доме и написавших заявление о согласии на их усыновление другой семьей.

Большинство женщин, отказавшихся от воспитания детей с согласием на усыновление, были в возрасте от 23 до 25 лет (38,5%). Женщины в возрасте до 16 лет и от 32 до 34 лет составили по 18,2%. Больше половины женщин (69,2%) никогда не были замужем, были замужем 15,4%, 7,7% состояли в незарегистрированном браке, и 7,7% находились в разводе. Имели других детей 76,9% женщин, из них 58,3% женщин воспитывали детей одни, 16,7% - совместно с отцом. В доме ребенка старшие дети воспитывались у 8,3% женщин. Не имели других детей 23,1% женщин.

Половина женщин имела неполное среднее образование (53,8%), у другой половины – среднее и среднее специальное образование. Среди анкетированных женщин 76,9% были работающими. Причем, половина из них (53,8%) указала на временный характер работы. Причинами незанятости неработающих женщин явились обучение в школе, нежелание работать, невозможность найти работу по специальности. Местом работы 37,5% женщин указали торговлю, 25% женщин - легкую промышленность, 12,5% - сельское хозяйство. Не предоставили сведений о месте работы 25% опрошенных. Работой удовлетворены 60% женщин, 40% не удовлетворены работой по причине низкой заработной платы. Заработная плата у 60% составила менее 2500 рублей в месяц, у 20% - 3500-4000 рублей. Большинство женщин проживало с родителями. Все женщины проживали в условиях либо недостаточной площади, либо с частичными удобствами и без удобств.

У всех женщин в период зачатия беременность была нежеланной. Большинство женщин (92,3%) хотело сделать аборт, однако в прерывании беременности им было отказано по причине позднего срока. На возможность изменения решения об отказе от воспитания ребенка в семье указали 64,7%. Из них 23,5% женщин отметили необходимость оказания материальной, психологической помощи, изменения жилищных условий, 17,6% - изменения социального положения (устройство на работу, замужество), 11,8% женщин - изменения отношения к жизни, образа жизни. 35,3% женщин выразили мнение, что никакие факторы не смогут повлиять на их решение об отказе от ребенка.

Таким образом, в результате анализа анкетных данных представлен социальный портрет женщин, отказавшихся от воспитания ребенка: возраст до 25 лет, не замужем, наличие других детей, низкий и средний уровень образования, временный характер работы в сфере торговли, легкой промышленности, сельского хозяйства, низкая заработная плата, отсутствие отдельной жилплощади при нежеланной беременности. Учитывая, что большинство из этих женщин допускает возможность воспитания ребенка в семье при оказании социальной помощи и изменении социального положения, необходимо проводить политику по профилактике социального сиротства, направленную на оптимизацию социально-экономического положения семьи. Однако мнение более 1/3 женщин о невозможности изменения их решения об отказе от воспитания ребенка свидетельствует об их девиантном поведении, причины которого кроются, по всей вероятности, в психологических особенностях этих женщин.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

И. П. Киреева, П. В. Аронов

КОНЦЕПЦИИ ДИАТЕЗОВ В ПСИХИАТРИИ

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

«Белый луч, проходя через призму, разлагается на целый спектр цветов... Болезнь – есть тот же белый луч, человеческий организм есть та же призма, через которую проходит луч, и то, что мы видим в больном организме, есть лишь разложенный на части белый луч.»

М. С. Маслов, 1926.

Как и рубеж XIX и XX веков – «эпоха Крепелина и Блейлера», так и рубеж XX-XXI, ознаменовались необычайным оживлением в психиатрической литературе, имеющим своим содержанием вопросы классификации, исходов и взаимоотношения психических расстройств.

В XIX веке предпосылкой к революции в психиатрии стала появившаяся возможность проведения систематических катамнестических исследований пациентов психиатрических лечебниц, которая позволила объединить большие группы болезней. Например, периодические мания, меланхолия, смешанные состояния, циркулярное помешательство утратили самостоятельность, получив новое название – маниакально-депрессивное помешательство [28]. Раннее слабоумие Е. Краепелина сложилось путем объединения еще большей группы болезней – «раннего слабоумия В. Мореля, кататонии и гебефрении К. Л. Кahlbaum, параноидного слабоумия, везания, аменции, паранойи, первичного и вторичного помешательства, психозов у дегенератов» (цит. по [16], с. 5). В XX веке предпосылкой к формированию новых взглядов стало то, что А. В. Снежневский и его сотрудники в своей повседневной работе называли «экспансией» психиатров во внебольничную сеть. Возможность проспективных исследований пациентов общесоматических поликлиник и популяций явилась отправной точкой возникновения новых нозологических концепций.

Научная медицина XIX–начала XX веков несколько односторонне занималась изучением экзогенных причин болезней. И психиатрическая систематика столетней давности опиралась главным образом на модели, отражавшие успех в изучении инфекционных болезней: этиологический фактор, обычно возбудитель, действуя на организм, вызывает его ответную реакцию и формирует изъян, «дефект». В XX веке сначала в общей медицине, а потом и в психиатрии получили признание модели диатезов. Диатез (diathesis) переводится с греческого как склонность к чему-то, предрасположение. *Диатезы* – «одна из форм реактивности организма, характеризующаяся своеобразными реакциями на обычные раздражители, предрасположением к тем или иным заболеваниям и представляющая собой совокупность наследственных и приобретенных свойств

организма» (цит. по [7], с. 273); *диатезы* – «это изменение функционального состояния нервно-регуляторных механизмов, неустойчивость показателей биохимической индивидуальности, из-за чего изменяется способность адаптации организма к окружающей среде» (цит. по [1], с. 8).

В общей медицине выделяют следующие наиболее распространенные диатезы: экссудативно-катаральный, или атопический диатез [18], лимфатико-гипопластический диатез [19], геморрагический диатез [4, 9], нервно-артритический диатез [20], невропатический диатез [8].

Клинические проявления диатезов могут наблюдаться с первых месяцев жизни. М. С. Маслов был первым русским педиатром, который поставил на научную основу изучение диатезов. Он рассматривал диатез как предрасположение, особенности реагирования по отношению к какой-нибудь болезни или внешней вредности, основанные на конституции. Понимание конституции, принятое М. С. Масловым [8] было следующее: «... в понятие конституции входят признаки и свойства, не только унаследованные, но и приобретенные... конституция есть нечто функциональное, определяющее, как именно данный организм реагирует на внешний мир. ... Нормальная конституция обеспечивает максимальную возможность сохранения ее носителя. Об аномалии конституции мы говорим тогда, когда функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, когда организм обладает такими индивидуальными врожденными, унаследованными, а иногда и приобретенными постоянными свойствами, которые предрасполагают его к патологическим реакциям на внешние вредности, делают его в определенной степени склонным, предрасположенным к известным заболеваниям и к тяжелому течению у него болезней» (с. 14-17). Диатез, предрасположение, являясь более узким понятием чем аномалия конституции, «входит в понятие аномалии конституции, служит даже его основой» (там же, с. 18).

В психиатрии ближе всего к проблеме диатезов подошел А. В. Снежневский, который с позиций общей патологии рассматривал ее в рамках понятия *pathos* — состояния, заключающего в себе лишь возможность развития патологического процесса (болезни, или *posos*). Относя диатезы к *pathos*, или к недугам «в понимании И. В. Давыдовского» (цит. по [17], с. 6) – своеобразным реакциям и патологическим изменениям, проявляющимся предрасположенностью к некоторым заболеваниям, А. В. Снежневский [17] обозначил состояния больных шизофренией как *posos*, а состояние ближайших родственников больных шизофренией как *pathos*, или «*шизофренический диатез*», *диатез типа «шизофа*», означающий конституциональную предрасположенность к развитию шизофрении и близкий к понятиям «латентной шизофрении», «резидуальной шизофрении», «глубокой шизоидии» и «шизофренической конституции» П.Б. Ганнушкина, который идентифицировал понятия конституции и предрасположения [2]. А. В. Снежневский подчеркивал, что оправданное исследование шизофрении, «как, впрочем, и многих других болезней» должно распространяться на родственников заболевшего, т.е. исследование *posos* должно сочетаться с изучением *pathos* [17]. А. В. Снежневский разделял шизофренический диатез на формы гиперстенические с аномалиями обмена (совпадающие с артритической аномалией) и формы астенические [17]. При исследовании шизофренического диатеза в Институте психиатрии

АМН СССР было получено, что понятие предрасположения к шизофрении выходит за рамки характерологических сдвигов, включает изменения мышления и определенные биологические изменения (в сыворотке крови и др.).

В разрабатываемой А. Б. Смулевичем и сотрудниками НИИ клинической психиатрии РАМН концепции расстройств личности шизофренический диатез [13] с уязвимостью к аффективной патологии в виде реакций и фаз развития свойственен прежде всего шизотипическому, пограничному и аффективному расстройствам личности [13, 14, 15]. В ряде современных ретроспективных исследований преморбида больных с эндогенными психозами стертая доманифестная психопатологическая симптоматика рассматривается как проявления диатеза [6, 27].

Дальнейшее развитие концепция диатеза получила в микропсихиатрии. В процессе проспективного исследования детей младенческого возраста, рожденных в семьях, в которых один или оба родителя страдают шизофренией (т. н. группа высокого риска по шизофрении), были выявлены искажения развития (психического, неврологического, соматовегетативного), обозначенные как шизотипический дизонтогенез [3]. Поскольку дизонтогенез – искажение, девиация развития и включает в себя большой набор признаков не только врожденных, но и приобретенных в результате рано перенесенного или текущего шизофренического процесса, то в качестве «*шизотипического диатеза*» рассматривались только признаки изначальной, врожденной дефицитарности, выявляющиеся уже на первом году жизни [10]. Разработанные клинические проявления шизотипического диатеза включают системную дефицитарность и диссоциированность вегетативно-инстинктивной, эмоциональной, моторной и коммуникативной сфер [5, 10]. Шизотипический диатез, или нейрорпсихическая дезинтеграция, характеризуется четырьмя специфическими признаками: 1) дисгармонией психофизического развития в форме парциальной задержки темпов созревания или акселерации; 2) дисрегулярностью развития, проявляющейся отсутствием плавности и последовательности перехода от одной ступени развития к другой; 3) диссоциацией развития; 4) дефицитарностью психической организации в целом. Шизотипический диатез, являясь, по-видимому, клиническим проявлением шизофренического генотипа в младенчестве, диагностируется в период от 0 до 4 лет и может иметь как стабильную, регрессирующую (с уменьшением диссоциации), так и прогрессирующую динамику. Отдельные признаки шизотипического диатеза в ряде случаев, по мнению авторов, имеют качество, позволяющее отнести его к процессуальной категории т. е. к раннему шизофреническому процессу [5, 10].

Проявления *психовегетативного диатеза*, описанного А.А. Северным [11, 12] при исследовании маленьких детей в возрасте до 4 лет, не ограничиваются периодом младенчества, хотя и свойственны преимущественно детскому возрасту. Психовегетативный диатез проявляется многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенностью как к психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, возможно, сочетаются с конституциональными (врожденными) органическими аномалиями. На примере кардиальной патологии (пароксизмальной тахикардии) была показана конвергенция врожденных анома-

лий проводящих путей сердца и экстракардиальных регуляторных расстройств, обусловленных психическими нарушениями [11]. Являясь более широким понятием, чем невропатия, психовегетативный диатез, в отличие от последней, не связан с каким-либо определенным конституциональным типом личности. Таким образом, понятие психовегетативного диатеза ассоциируется с понятием психовегетативного синдрома, аффективных и невротических нарушений. Однако в данном случае речь идет именно о диатезе, т. е. о предрасположении, а не о патологическом процессе.

За рубежом популярна модель *стресс-диатеза* [28]. Эта концепция возникла на основе исследований суицидального поведения, показавших, что, с одной стороны, традиционная психиатрическая диагностика мало способствует оценке суицидального риска, суицидальный риск не пропорционален тяжести психической патологии, а с другой стороны, самоубийства нельзя объяснить и как реакцию на чрезвычайный стресс. Модель стресс-диатеза объединила диатез как предрасположение к самоубийству, обусловленное наследственностью, воспитанием, хроническими болезнями, изменениями в обмене ряда веществ (серотонина, холестерина, пролактина), злоупотреблением психоактивными веществами, диетическими ограничениями, и стрессы, непосредственно предшествующие самоубийству (психотравмы, острые заболевания, недавнее использование алкоголя или седативных препаратов и др.). Стресс-диатез, по мнению автора, является ключевым элементом, разделяющим психически больных на имеющих высокий и низкий риск самоубийства.

Первые представления о диатезах в психиатрии отражали и дополняли представления о неразвернутых формах известных нозологических единиц. Например, шизофренический диатез А. В. Снежневского – неманифестная непрогредиентная шизофрения, признаки которой обнаруживаются у родственников больных с этим заболеванием, в центре понятия – характеристика шизоидной личности. Близко к шизофреническому диатезу и понятие шизотипического диатеза, который диагностируется у детей младенческого возраста и включает даже прогредиентные формы ранней детской шизофрении, не обнаруживающие в силу возраста достаточных диагностических критериев.

Если описанные концепции диатезов в психиатрии дополняют и расширяют традиционные классификации психических заболеваний, то концепция *психопатологического диатеза* С. Ю. Циркина пересматривает традиционную нозологическую систематику, объединяя, подобно тому, как это происходило столетие назад, ряд традиционных нозологических форм. Поначалу трехкомпонентная модель диатеза рассматривалась автором в рамках шизофренического диатеза [21], но в дальнейшем концепция разрабатывалась на широком материале психических расстройств в медицинских учреждениях соматического профиля¹, где шизоидные особенности редко доминируют в характерологическом складе пациентов, и получила название «*психопатологического*», или «*психического*» диатеза [22-24]. Предпосылкой для развития концепции психопатологического диатеза стало развертывание психиатрической помощи в общесоматической сети, благодаря чему психиатры получили

¹ В НИИ профилактической психиатрии, созданном А. В. Снежневским в 1982 г. и ликвидированном в 1998 г.

возможность наблюдать гораздо более широкий спектр психических расстройств. Анализ клинических случаев с обратимой функциональной психической патологией показал, что у одних и тех же лиц на протяжении жизни, но часто в разные периоды жизни, возникают как психогенные (реактивные), так и эндогенные (аутохтонные фазные) психические расстройства. Пациентов же, у которых на протяжении жизни развивались бы только психогенные или только сугубо аутохтонные состояния, обнаружить не удавалось [26]. При этом обнаруживались и личностные аномалии, но не психопатии в традиционном понимании, а разнообразная врожденная когнитивная и эмоциональная недостаточность, которая может сказываться на психологическом развитии уже в раннем детском возрасте. Таким образом, С.Ю. Циркин рассматривает психопатологический диатез как конституциональную предрасположенность к временным психическим расстройствам, не ведущим к необратимым изменениям психики и имеющую трехкомпонентную структуру: аутохтонно-фазную, реактивную, личностную [25, 26].

Понятие психопатологического диатеза таким образом объединяет и упраздняет такие традиционные нозологии, как неврозы, реактивные психозы, циклотимия, маниакально-депрессивный и шизоаффективный психозы, латентная (непрогредиентная) шизофрения, психопатии, вследствие чего вся функциональная психическая патология дихотомически делится на психопатологический диатез и шизофрению (в том числе и малопрогредиентную). Взаимосвязь диатеза и шизофрении как заболевания, приводящего к нажитому дефекту, остается, по мнению автора, не ясной.

Использование концепции психопатологического диатеза сокращает число традиционных нозологий, но не обедняет диагностический процесс. Во-первых, во всем объеме сохраняется значение синдромальных оценок. Во-вторых, при анализе случаев в целом диагноз диатеза уточняется установлением его варианта. В третьих, диагноз может дополняться оценками по другим классификационным осям (наличие олигофрении, органического поражения мозга). Упразднив искусственное, но традиционное разделение обратимой функциональной психической патологии, концепция С. Ю. Циркина облегчила изучение случаев «пограничной психиатрии», предложила возможность более определенного отдаленного прогноза - этого важнейшего момента в практической деятельности психиатра, что делает новую нозологическую концепцию психопатологического диатеза весьма перспективной.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Валентинович А. А. Развитие представлений о патогенетической сущности диатезов в отечественной педиатрии // Диатезы у детей: сб. статей. - Л. : 1972. - С. 5-10.
2. Ганнушкин П. Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции // Современная психиатрия. - М., 1914. - май. - С. 3-19.
3. Горюнова А. В., Козловская Г. В., Римашевская Н. В. К вопросу о нейропсихической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста: Сб. науч. тр. ВНИИЗ АМН СССР - М., 1986. - С. 104-114.
4. Давыдовский И. В. Общая патология человека. - Изд. 2. - М. : Медицина, 1969.

5. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1995. – 48 с.

6. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Чумаченко А. А. Психопатологический диатез и вопросы первичной профилактики психических заболеваний // Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока: Тез. докладов научно-практической конференции с международным участием, посвящ. 25-летию ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение № 41. – С. 128-130.

7. Лебедев В. П., Соколова Т. С. Диатезы // Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б. В. Петровский. – Изд. 3-е – М. : Советская энциклопедия, 1977. – Т. 7. – С. 273-274.

8. Маслов М. С. Учение о конституциях и аномалиях конституции в детском возрасте. – Л. : Практическая медицина, 1926.

9. Орлова Л. Д., Мазурин А. В. Геморрагические диатезы // Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б. В. Петровский. – Изд. 3-е – М. : Советская энциклопедия, 1977. – Т. 5. – С. 193-206.

10. Римашевская Н. В. Психические расстройства и особенности развития у детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении. : Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 200 с.

11. Северный А. А., Баландина Т. А., Березницкая В. В. и соавт. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 54 – 64.

12. Северный А. А. Психовегетативный диатез // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под. ред. С. Ю. Циркина. – Изд. 2-е – СПб. : Питер, 2004. – С. 427.

13. Смулевич А. Б. Расстройства личности. – М. : Медицинское информационное агентство, 2007. – 192 с.

14. Смулевич А. Б., Волель Б. А. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности // Психиатрия. – 2004. – № 5. – С. 7- 13.

15. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Колуцкая Е. В. Аффективные фазы в динамике расстройств личности (на модели пограничного расстройства личности) // Журн. неврол. и психиатр. – 2004. – № 8. – С. 18-23.

16. Снежневский А. В. Общепатологическое и нозологическое в клинике шизофрении // Вестник АМН СССР. – 1971. – № 5. – С. 3-6.

17. Снежневский А. В. Nosos et pathos schizophreniae / Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. – М. : Медицина. -1972. – С. 5–15.

18. Соколова Т. С. Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б. В. Петровский. – Изд. 3-е – М. : «Советская энциклопедия», 1977. – Т. 28. – С. 30-31.

19. Студеникина Л. В. Лимфатико-гипопластический диатез // Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б. В. Петровский. – Изд. 3-е – М. : «Советская энциклопедия», 1977. – Т. 13. – С. 124-125.

20. Усов И. Н. Нервно-артритический диатез // Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. Б. В. Петровский. – Изд. 3-е – М. : «Советская энциклопедия», 1977. – Т. 16. – С. 403.

21. Циркин С. Ю. Комментарии // Синапс. - 1993. - № 4. - С. 35- 38.
22. Циркин С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. - № 2.
23. Циркин С. Ю. Концепция психопатологического диатеза и ее истоки // Независимый психиатрический журнал. - 1998. - № 4. - С. 5-8.
24. Циркин С. Ю. Шизофренический дефект и понятие психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. - 2001. - № 2. - С. 12-15.
25. Циркин С. Ю. Перспективы концептуальной психиатрической систематики // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 2. - С. 100-106.
26. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. - М. : ФОЛИУМ. - 2005. - 200 с.
27. Чумаченко А. А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2003. - 23 с.
28. Kraepelin, E. Lehrbuch der Psychiatrie, VI Aufl, Leipzig, A. Barth, 1899.
29. Mann J. John. The neurobiology of suicide // Nature medicine. - 1998. - Vol. 4. - № 1. - P. 25-30.

Н. Р. Моллаева

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва).

Дефицит йода представляет большую угрозу для здоровья и развития населения во всем мире. Это связано с широкой распространенностью заболеваний внутренних органов и ЦНС, вызываемых снижением функциональной активности щитовидной железы и объединяемых общим названием «йоддефицитные заболевания». Недостаток йода в организме испытывает практически каждый 5-й житель планеты, примерно 740 млн. человек страдают эндемическим зобом, у 40 млн. человек имеет место умственная отсталость по причине тяжелой формы йодной недостаточности, 100 тысяч детей, страдающие кретинизмом, рождаются каждый год [1, 39]. Высокая частота этих заболеваний в мире объясняется экологическими факторами, определяемыми нехваткой йода в биосфере Земли. Территории 118 стран мира признаны йоддефицитными, около 30% населения планеты проживают в условиях экологически обусловленного дефицита йода в почве, воде и воздухе, что приводит к снижению интеллектуального потенциала и представляет угрозу психическому здоровью населения. Так в йоддефицитных регионах в 2 раза чаще встречается умственная отсталость, до 15% школьников испытывают трудности в обучении. Значительно повышается уровень заболеваемости, снижаются антропометрические показатели [13].

Во многих странах СНГ благодаря программам йодирования соли эта проблема была практически ликвидирована, однако из-за политических и экономических причин они были остановлены, что привело к резкому увеличению частоты расстройств, связанных с дефицитом йода [33, 45]. В настоя-

щее время крайне неблагоприятная ситуация по зубу в России выдвинула эту проблему в ряд наиболее приоритетных в здравоохранении.

Нервно-психические расстройства при нарушении функции щитовидной железы

История изучения влияния гормонов щитовидной железы на психическую сферу началась с 1888 г, когда в Лондонском клиническом обществе были доложены 109 пациентов с микседемой и отмечено, что более чем в половине случаев в структуре заболевания выявляется психопатологическая симптоматика - галлюцинации и иллюзии. В 1949 г. R Asher ввел специальный термин для обозначения психоза сопровождающего микседему «*myxedema madness*», который затем стал широко использоваться в литературе [15]. Чуть позже М. Bleuler (1954) описал «неспецифический эндокринный психосиндром» [21].

Изменения психики, отмечаемые при микседеме, очень разнообразны. Выраженные формы заболевания проявляются быстрой утомляемостью, замедлением темпа психической деятельности, торпидностью и персеверациями мышления, снижением памяти, утратой навыков, нарастающей акинезией и адинамией. Характерным симптомом при микседеме считают психическую оглушенность. Панические атаки, тревожные расстройства, депрессии, фобии и обсессивно-компульсивные расстройства наиболее часто сопровождают дисфункцию щитовидной железы [51]. Психозы при микседеме могут сопровождаться как психомоторным возбуждением с агрессивностью, так и состоянием заторможенности. Описаны психозы с развитием шизофреноподобного синдрома. Имеются сообщения о развитии коматозных состояний при микседеме, об эпилептиформных припадках, приступах нарколепсии и катаплексии [9]. В литературе есть данные о том, что 2/3 пациентов с нарушенной функцией щитовидной железы страдают различными психическими расстройствами [54]. Показано, что к нарушению психических и когнитивных функций приводит даже небольшое изменение уровня тиреоидных гормонов [38], в связи с чем они могут стать первыми признаками начинающегося заболевания [27].

Аффективные расстройства

D. D. Krahn в 1987 г, впервые показал обусловленность аффективных расстройств, развитием субклинического гипотиреоза [43]. В последствии J. J. Haggerty (1993) установил, что фактором риска развития депрессии является наличие субклинического гипотиреоза [37]. В метаанализе, проведенном R. H. Howland (1993), было показано, что приблизительно 50% пациентов с рефрактерной к лечению депрессией выявляется нарушение функции щитовидной железы [40]. Более того, показана значительная редукция депрессивной симптоматики у таких пациентов при лечении тиреоидными гормонами [24, 47]. Патогенетические механизмы, приводящие к развитию этого заболевания, окончательно не раскрыты. Показано, что уровень серотонина в мозге крыс, положительно коррелирует с уровнем Т3 и его уровень снижается при развитии гипотиреоза [24]. Вместе с тем, есть данные, что депрессивные симптомы непосредственно отражают, гипотиреоидное состояние мозга [42]. Предполагается участие катехоламинергической системы мозга: высокие концентрации Т3 найдены в норадренергическом ядре и в его проекционных сайтах центральной нервной системы крыс [53].

При нарушении функции щитовидной железы наряду с депрессивными

описаны биполярные расстройства [25, 48, 56]. Недостаточность гормонов щитовидной железы является фактором риска развития циклотимии [26]. У пациентов, страдающих биполярными расстройствами [18] и циклотимией [17], устойчивыми к лечению антидепрессантами, хороший терапевтический эффект был показан при приеме тиреоидных гормонов.

В литературе обсуждается связь тревожных расстройств с дисфункцией щитовидной железы. Установлено повышение уровня тревожности у пациентов с субклиническим гипотиреозом [46]. Высокий уровень личностной тревожности в сочетании с общей эрготропной вегетативной активацией был показан Е. Г. Филатовой (1994) у больных с гипотиреозом [11].

Психотические расстройства

Психотическая симптоматика у больных с нарушениями щитовидной железы отличается значительным разнообразием. [28, 36]. Описаны иллюзии, зрительные галлюцинации, слуховые галлюцинации, персеверации, разорванные ассоциации, возможны галлюцинаторно-параноидные переживания. Эти симптомы часто не сопровождаются помрачением сознания, в отличие от делирия или же умственной отсталости как при деменции. Психоз может сопровождаться как возбуждением, так и заторможенностью. Расстройства мышления могут встречаться у пациентов как с клинически выраженным, так и с субклиническим гипотиреозом [42].

Кретинизм и интеллектуальные нарушения

В психиатрии наиболее полно описанными нарушениями, вызванными дисфункцией щитовидной железы, являются интеллектуальные нарушения и кретинизм. Выделяют «микседематозный» кретинизм с выраженной картиной гипотиреоза и дефектом роста и «неврологический» кретинизм с патологией ЦНС. В основе патогенеза эндемического кретинизма лежит влияние йодной недостаточности на плод. При выраженном дефиците тиреоидных гормонов в эмбриональном периоде развития формируется классический неврологический кретинизм: нарушение интеллекта, сенсоневральная глухота и немота, тяжелые моторные нарушения. Тяжесть и преобладание отдельных симптомов, а также общая степень неврологических нарушений у разных больных могут значительно различаться, характер таких нарушений постоянен [6, 35]. Это заболевание отличается по своей географической распространенности, клиническими и биохимическими особенностями [22, 30]. «Микседематозный» кретинизм больше распространен в эндемических районах Центральной Африки, а «неврологический» - в горных районах Америки и Гималаях [10].

Нарушения развития мозга и интеллектуальных функций не ограничиваются проявлениями, наблюдаемыми в случаях явного кретинизма. P. R. Dodge и соавт. (1969) показали, что умственное развитие населения, проживающего в регионах йодной недостаточности, достоверно ниже, чем у жителей регионов без дефицита йода, разница составляет 10—15 единиц IQ [31]. По данным исследований S. Voyages и соавт. (1989), проведенных в Китае, у 72% молодых людей в возрасте 30—35 лет, родившихся в период тяжелого йодного дефицита, коэффициент интеллектуальности не достигал 70 [22]. Проведенный N. Bleichrodt и соавт. в 1987 г. в Голландии и Испании анализ показали отставание в умственном развитии детей из йоддефицитных районов от детей из обеспеченных йодом областей, начиная с рождения [20]. Исследования, проведенные

в Голландии и Испании показали, что начиная с рождения умственное развитие детей из йоддефицитных районов отстает от такового у детей из обеспеченных йодом областей [29, 32]. Добавление в пищу йодированного масла может улучшить интеллектуальные показатели при условии, если поражение ЦНС не произошло во внутриутробном периоде [19, 20]. Итальянские исследователи F. Vermiglio и M. Sidoti (1990), изучали коэффициент интеллекта у школьников 6-12 лет с помощью Бендер-Гештальт-Теста и Теста Мерилла в трех регионах: с высокой распространенностью эндемического кретинизма, в регионе с умеренным йодным дефицитом и в регионе без йодного дефицита [57]. Коэффициент интеллекта менее 90 чаще встречался в первой группе детей, реже во второй и вовсе не встречался в третьей группе.

В условиях легкого йодного дефицита наиболее серьезные последствия проявляются у новорожденных детей. Причиной особой чувствительности новорожденного к воздействию йодного дефицита является сочетание низкого содержания йода в его щитовидной железе с высоким уровнем обмена интратиреоидного йода. У взрослых жителей районов с невыраженным дефицитом йода существенного снижения уровня интратиреоидного йода не происходит. Иными словами, новорожденные дети наиболее чувствительны и уязвимы в отношении йодного дефицита по сравнению со старшими детьми и взрослыми.

В 1970-е годы молодой франко-канадский врач J. Dussault предложил для обследования новорожденных на гипотиреоз использовать образцы высушенной крови на нефiltroванной бумаге. Это открыло путь для проведения широкого скрининга новорожденных. До этого события выявление гипотиреоза у новорожденных и младенцев было практически невозможно из-за отсутствия специфических клинических признаков, а когда клиническая картина становилась ясной, лечение тироксином обеспечивало только нормальный рост, а умственная отсталость оставалась [35].

Это открытие стало предпосылкой исследования, которое провели L. Sava и соавт. (1984) в трех областях Сицилии, где был зарегистрирован легкий, средней тяжести и тяжелый дефицит йода. Было показано, что тяжелый интеллектуальный дефект явился следствием длительного гипотиреоза в неонатальном периоде развития ребенка. Проводилось систематическое скрининговое исследование крови пуповины, и оказалось, что большинство детей, родившихся от матерей, проживающих на территории со средней тяжести и тяжелым дефицитом йода, имеет тяжелый биохимический гипотиреоз со значительным повышением в плазме ТТГ и снижением тироксина. Однако тиреоидная функция спонтанно возвращалась к норме, что выявлено при последующем обследовании в 1-3 месяца. Это говорит о том, что гипотиреоз, возникший сразу после рождения, является транзиторным. Небольшая группа этих детей была обследована в возрасте 6-10 лет. Уровень тиреоидных гормонов был в норме, но коэффициент IQ у этих детей оказался значительно ниже по сравнению с контрольной группой [23]. Это свидетельствует о том, что гипотиреоз, который возникает сразу после рождения, пусть даже транзиторный, значительно влияет на развитие мозга и интеллектуальный потенциал. Также было показано, что риск развития транзиторного гипотиреоза увеличивается с увеличением степени недоношенности. В дальнейшем отечественными исследователями были установлены отклонения в психическом раз-

витии на первом году жизни ребенка. Более того, в дошкольном возрасте сохранялись негативные тенденции нарушения, а наиболее выраженными были нарушения речевого развития [2, 4, 12]. Е. В. Киселева и соавт. (2003) выделяет в группу высокого риска по развитию нервно-психических заболеваний детей, перенесших транзиторный неонатальный гипотиреоз [3].

Наиболее распространенной формой заболевания у детей и подростков, проживающих в районах с легкой степенью недостаточности йода, является субклинический гипотиреоз, или «гипотиреоидное состояние» [5]. Субклинический гипотиреоз приводит к нарушению интеллектуальной деятельности, что проявляется в виде снижения как функциональных способностей ЦНС (нарушения динамики умственной работоспособности, памяти и внимания), так и способностей к обучению, усвоению нового материала, что существенно снижает школьную успеваемость и адаптацию ребенка в школе.

В ряде зарубежных исследований показано, что дети школьного возраста, проживающие в регионах Европы с умеренным йодным дефицитом, имеют явные нейропсихологические, моторноперцептивные и интеллектуальные отклонения [14, 16, 31, 41, 49, 52]. Так, например, из 90 обследованных школьников 10-12 лет в индийском штате Сикким у большинства детей была выявлена задержка интеллектуального развития и серьезные неврологические нарушения. Медиана йодурии в этом регионе составила 42,3 мкг/л, частота зоба у детей - 91%, глазодвигательные нарушения были выявлены у 69%, а сниженный интеллект (индекс $IQ < 70$) у 21% детей. 80% детей имели значительное снижение памяти, числового мышления, затруднения в освоении языка [32]. По данным проф. Л. А. Шеплягиной (НИЦ здоровья детей РАМН, Москва) 85,5% детей в йоддефицитном регионе имеют отклонения по тем или иным показателям интеллектуально-мнестической сферы. У 27 (55,5%) детей обнаружен парциальный когнитивный дефицит различной степени выраженности [13]. При этом, помимо нарушения когнитивных функций, у школьников, испытывающих дефицит йода, выявляются эмоционально-волевые нарушения, снижение уровня побуждений [55]. Добавление в пищу йодированного масла может улучшить интеллектуальные показатели при условии, если поражение ЦНС не произошло во внутриутробном периоде [19]. Аналогичные результаты были получены отечественными исследователями: йодный дефицит снижает успеваемости у школьников, что обусловлено нарушением познавательных процессов — показателей памяти, объема и концентрации внимания, расстройством логического мышления [7]. Функциональная активность коры головного мозга при этом снижена, что подтверждается результатами электроэнцефалографических исследований с компьютерным анализом полученных данных. Данные ПЭТ, показали значительное снижение церебрального кровотока и метаболизма глюкозы.

Трудности в обучении у школьников, проживающих в районах йодного дефицита, обусловлены не только функциональными нарушениями ЦНС, но и более низким уровнем развития структурных зрительно-моторных функций и сформированности опознавательных и изобразительных навыков [9]. Выявлены особенности эмоциональных проявлений — эмоционально-волевая заторможенность, снижение потребностно-мотивационного компонента психической активности, апатичность, инертность [8].

Таким образом, наиболее серьезные, вплоть до необратимых проявления йоддефицитных заболеваний ассоциируются с поражением головного мозга. Вызываемые дефицитом йода проблемы, связанные с нарушением интеллектуального развития, все еще остаются актуальными, поскольку помимо выраженных форм умственной отсталости он обуславливает снижение интеллектуального потенциала всего населения территорий йодной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зельцер М. Е., Базарбекова Р. Б. Мать и дитя в очаге йодного дефицита.- Алматы. 1999.
2. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Петрова Л. М. и др. Роль йодного обеспечения в неонатальной адаптации тиреоидной системы // Пробл. эндокринолог. 2001; 3: 10—15.
3. Киселева Е. В., Самсонова Л. Н., Ибрагимова Г. В. и др. Транзиторный неонатальный гипотиреоз: тиреоидный статус детей в катамнезе. // Проблемы эндокринологии. 2003. Т. 49, №5. С. 30-32.
4. Коваленко Т. В. Неонатальный транзиторный гипотиреоз: прогноз для здоровья и развития детей // Пробл. эндокринолог. 2001; 6: 23-27.
5. Краснов В. М., Шарапова О. В. Йоддефицитные заболевания у детей и подростков. М: НЦЗД РАМН, 2001.
6. Мельниченко Г. А., Мурашко Л. Е., Климинченко Н. И., Малясова С. В. Заболевания щитовидной железы и беременность // Русский медицинский журнал, 2002. Т. 10, № 17. С. 751-752.
7. Никитина И. Л., Бишарова Г. И. Нейропсихологические и электрофизиологические параметры у детей с эндемическим зобом в йоддефицитном районе // Пробл. эндокринолог. 2003; 3: 28—31.
8. Семенова Н. Б. Характеристика эмоционального состояния школьников, проживающих в регионе с дефицитом йода / Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири: Тезисы докладов научно-практической конференции. Красноярск 2002; 186—188.
9. Семенова Н. Б., Манчук В. Т. Влияние йодного дефицита на нервно-психическое развитие: современный взгляд на проблему // Журнал неврологии и психиатрии 2005, № 2 с. 67-72.
10. Старкова Н. Т. под ред. Руководство по клинической эндокринологии. Санкт-Петербург, 1996, с. 15-174.
11. Филатова Е. Г., Казанцева И. А. О роли неспецифических систем мозга в патогенезе заболеваний щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. 1994, т. 40, №6, с. 26-29.
12. Филимонова Н. А., Шилин Д. Е., Печора О. Л. и др. Интеллектуальное развитие детей с врожденным гипотиреозом // Пробл. эндокринолог. 2003; 4: 26-32.
13. Шеплягина Л. А., Макулова Н. Д., Маслова О. И. Состояние когнитивной сферы у детей в районах с дефицитом йода // Консилиум медиком . - 2001 - № 1. - С. 31 - 34 .
14. Aghini L. F. A., Pinchera A., Antonangeli L. et al. Mild iodine deficiency during fetal/neonatal life and neuropsychological impairment in Tuscany. // J Endocrinol Invest 1995; 18: 57-62.
15. Asher R. Myxoedematous madness. Br Med J 1949;2:555—562.
16. Azizi F., Kalani H., Kimiagar M. et al. Physical, neuromotor and intellec-

tual impairment in non-cretinous schoolchildren with iodine deficiency. // *Int J Vitam Nutr Res* 1995; 65: 199—205.

17. Bauer MS, Whybrow PC. Rapid cycling bipolar affective disorder II: treatment of refractory rapid cycling with high-dose levothyroxine: a preliminary study. // *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:435—440.

18. Baumgartner A, Bauer M, Hellweg R. Treatment of intractable non-rapid cycling bipolar effective disorder with high-dose thyroxine: an openclinical trial. // *Neuropsychopharmacology* 1994;10:183—189.

19. Bautista A., Barker P. A., Dunn J. T. et al. The effects of oral iodized oil on intelligence, thyroid status, and somatic growth in school-age children from an area of endemic goiter. // *Am J Clin Nutr* 1982; 35:127-134.

20. Bleichrodt N, Born MP. A meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury JB, ed. *The damaged brain of iodine deficiency*. // New York: Cognizant Communication, 1994: 195—200.

21. Bleuler M. *Endokrinologische Psychiatrie*. – Schtuttgart. – Thieme. – 1954. - 498 S.

22. Boyages SC, Halpern JP. Endemic cretinism: toward a unifying hypothesis. // *Thyroid* 1993;3:59—69.

23. Calaciura F., G. Mendorla, M. Distefano, (eds) *Childhood IQ measurements in infants with transient congenital hypothyroidism*. // *Clin. Endocrinol.* 1995 Oct; 43(4):473-477.

24. Cleare AJ, McGregor A, O'Keane V. Neuroendocrine evidence for an association between hypothyroidism, reduced central 5-HT activity and depression // *Clin Endocrinol (Oxf)* 1995;43:713—719.

25. Cole DP, Thase ME, Mallinger AG, et al. Slower treatment response in bipolar depression predicted by lower pretreatment thyroid function // *Am J Psychiatry* 2002;159:116—121.

26. Cowdry RW, Wehr TA, Zis AP, et al. Thyroid abnormalities associated with rapid-cycling bipolar illness // *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:414—420.

27. Davidoff F, Gill J. Myxedema madness: psychosis as an early manifestation of hypothyroidism // *Conn Med* 1977;41:618—621.

28. Davis AT. Psychotic states associated with disorders of thyroid function // *Int J Psychiatry Med* 1989;19:47—56.

29. DeGroot L. J., Larsen P. R., Hennemann G. *The Thyroid and its Diseases* // Churchill Livingstoun Inc. New York, 1996 . - 793 p.

30. Delange F. Endemic cretinism. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. *The thyroid. A fundamental and clinical text* // Philadelphia: Lippincott, 1996: 756—67.

31. Dodge P. R., Palkes FL, Fierro-Benites R., Ramires I., Effect on intelligence of iodine in oil administered to young Andean Children-A preliminary report. In Stanbury, J. B., Ed. *Endemic goiter*. Bleichrodt N, Born MP. A metaanalysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury JB, ed. *The damaged brain of iodine deficiency*. New York: Cognizant Communication, 1994: 195—200.

32. Dodge P. R., Palkes FL, Fierro-Benites R., Ramires I., Effect on intelligence of iodine in oil administered to young Andean Children-A preliminary report. In Stanbury, J. B. // *Endemic goitre Pan American Health Organisation (PANO)*, Washington . -1969. - № 193. - P. 378-380.

33. Dunn JT. Complacency: the most dangerous enemy in the war against io-

dine deficiency // *Thyroid* 2000;10:681–3.

34. Fenzi G. F., Giusti L. F., Aghini-Lombardi F. et al. Neuropsychological assessment in schoolchildren from an area of moderate iodine deficiency // *J Endocrinol Invest* 1990; 13: 5: 427-431.

35. Fisher D. A., Dussault J. H., Foley T. P. Jr. et al. Screening for congenital hypothyroidism: results of screening one million North American infants // *J Pediatr* 1979; 94: 5: 700-705.

36. Granet RB, Kahlman TP. Hypothyroidism and psychosis: a case illustration of the diagnostic dilemma in psychiatry // *J Clin Psychiatry*. 1978 Mar; 39(3):260-3.

37. Haggerty J. J., Stern R. A., Mason G. A. (eds) Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor depression? // *Am. J. Psychiatry*. 1993, 150: 508-510.

38. Hendrick V, Altshuler L, Whybrow P. Psychoendocrinology of mood disorders: the hypothalamic-pituitary-thyroid axis (1998) // *Psychiatr Clin North Am* 21: 277–292.

39. Hetzel BS. Eliminating iodine deficiency disorders—the role of the International Council in the global partnership // *Bull World Health Organ* 2002;80:410–3.

40. Howland RH. Thyroid dysfunction in refractory depression: implications for pathophysiology and treatment // *J Clin Psychiatry* 1993;54:47–54.

41. Huda S. N., Grantham-McGregor S. M., Rahman Khan M. et al. Biochemical hypothyroidism secondary to iodine deficiency is associated with poor school achievement and cognition in Bangladeshi children // *J Nutrition* 1999; 129: 980-987.

42. Joffe RT, Levitt AJ. Major depression and subclinical (grade 2) hypothyroidism // *Psychoneuroendocrinology* 1992;17:215–221.

43. Krahn DD. Affective disorder associated with subclinical hypothyroidism // *Psychosomatics*. 1987 Aug;28(8):440–441.

44. Lehrmann JA, Jain S. Myxedema psychosis with grade II hypothyroidism // *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:275–278.

45. Markou KB, Georgopoulos NA, Makri M, et al. Iodine deficiency in Azerbaijan after the discontinuation of an iodine prophylaxis program: reassessment of iodine intake and goiter prevalence in schoolchildren // *Thyroid* 2001;11:1141–6.

46. Monzani F, Del Guerro P, Caraccio N, Pruneti CA, Pucci E, Luisi M, Baschieri L (1993) Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral and beneficial effect of L-thyroxin treatment. // *Clin Invest* 71: 367–371.

47. Nemeroff CB. Augmentation regimens for depression // *J Clin Psychiatry* 1991;52(suppl 5):21–27.

48. Oomen H. A. P. C., Schipperijn A. J. M., Drexhage H. A. The prevalence of affective disorder and in particular of a rapid cycling of bipolar disorder in patients with abnormal thyroid function tests // *Clin. Endocrinol*. 1996, 45: 215-223.

49. Osterweil D., Sydulko K., Cohen S. N. et al. Cognitive function in nondemented older adults with hypothyroidism // *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 4: 325-335.

50. Pan American Health Organisation (PANO), Washington . -1969. - № 193. - P. 378-380.

51. Placidi GP, Boldrini M, Patronelli A, Fiore E, Chiovato L, Perugi G, Marazziti D. Prevalence of psychiatric disorders in thyroid diseased patients // *Neuropsychobiology*. 1998 Nov;38(4):222-5.

52. Rovet J. F., Hepworth S. Attention problems in adolescents with congenital hypothyroidism: a multicomponential analysis // *J Int Neuropsychol Soc*

2001; 7: 6: 734-744.

53. Rozanov CB, Dratman MB. Immunohistochemical mapping of brain triiodothyronine reveals prominent localization in central noradrenergic systems // Neuroscience 1996;74:897-915.

54. Sala-Roca J, Marti-Carbonell MA, Garau A, Darbra S, Balada F Effects of dysthyroidism in plus maze and social interaction tests // Pharmacol. Biochem. Behavior (2002) 72: 643-650.

55. Tiwari B. D., Godbole M. M., Chattopadhyay N. etal. Learning disabilities and poor motivation to achieve due to prolonged iodine deficiency // Am J Clin Nutr 1996; 63: 782-786.

56. Toffe R. J., Levitt A. J. Major depression and subclinical hypothyroidism // Psychoneuroendocrinology. 1992, 17: 215-221.

57. Vermiglio F., Sidoti M, Finocchiaro M. D. (eds) Defective neuromotor and cognitive ability in iodine-deficient schoolchildren of an endemic goiter region in Sicily // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1990, 70: 379-384.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 2 февраля 2007 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 23 человека (психологи, психиатры, дефектологи, студенты Московского городского психолого-педагогического университета, курсанты кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования, сотрудники «ИГРЫ»).

Ведет консилиум кандидат мед. наук А. А. Северный.

История болезни представлена доктором мед. наук Н. М. Иовчук.

Ребенок Л, 10 лет, ученица 3 класса.

Наследственность

Линия отца

Дед, врач, живет и работает в другом городе. В разводе с женой более 30 лет. С семьей сына общается нерегулярно. Известно, что он человек очень спокойный, немногословный, активный, педантичный, чрезмерно аккуратный.

Бабка, инженер, на пенсии, живет в другом городе. Нервная, вспыльчивая, чувствительная, очень обидчивая. Часто приезжает, помогает семье сына. Очень любит внуку и охотно проводит с ней время.

Отец, 38 лет. По специальности ювелир, но работает телохранителем и не жалеет о потерянной специальности, которая дает ему возможность обеспечивать семью и много времени проводить дома. Молчун, скрытный, не любит пустых разговоров. Никогда не расскажет даже жене о своих неприятностях и настроении. Близких друзей нет, но с сослуживцами всегда сохраняет добрые, деловые отношения. Умет гасить конфликты и дома, и на работе. По словам жены, справедливый, уравновешенный, доброжелательный. Не страдает от дефицита общения, домосед и доволен, что жена в этом его поддерживает. Пубертатный период проходил спокойно, хотя в это время было больше приятелей и компаний, мог и подраться (справедливо), один раз даже из-за драки попал в отделение милиции. Закончил 10 классов, потом – ювелирное училище. Служил в Армии и эти 2 года перенес легко и совершенно спокойно. Занимался спортом, но в последнее время прекратил занятия спортом из-за межпозвоночной грыжи. В последние годы отмечается бессонница, что объясняет суточными дежурствами на работе.

Линия матери

Дед, автослесарь, не работает, так как является инвалидом по заболеванию сердца (шунтирован). Мягкий, добрый, немногословный. Не всегда может поддержать разговор, даже с ребенком.

Бабка, парикмахер, в настоящее время на пенсии. Вспыльчивая, неровная, очень строгая к детям. Тем не менее наша обследуемая больше всего любит проводить время с ней. Хозяйственная, и в основном время проводит дома. Подруг нет, полностью сконцентрирована на семье дочери и своей семье.

Мать, 35 лет. По специальности бухгалтер, работает в детском саду. После окончания средней школы закончила техникум, а затем Академию управления. Очень любит свою работу. Живая, эмоциональная. В подростково-юношеском возрасте были подруги, компании, но после замужества стала

домоседкой. Очень любит домашнюю работу, особенно приготовление пищи. Увлечена цветами. В гости почти не ходит и к себе никого не приглашает, кроме родителей. С мужем сложились абсолютно доверительные, теплые отношения. Они всегда вместе и на прием в основном приходят вместе. Ссорятся крайне редко и несерьезно.

Анамнез

Девочка от 1 беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом 1 половины. Отмечались очень частые рвоты, почти совсем не ела. На 8-м месяце беременная перенесла тяжелую ОРВИ с температурой выше 38⁰. Никаких противовоспалительных таблеток не принимала. После завершения болезни в течение 2 недель сохранялась сильная слабость. Роды на 1 неделю позже установленного срока. Девочка родилась после длительного (более 12 часов) безводного периода, после стимуляции, с весом 3550, ростом 52 см. Закричала после отсасывания слизи. Диагноз: гипоксия в родах. К груди приложена на вторые сутки. Грудь взяла сразу, сосала активно. Выписаны на 7 сутки.

С первых месяцев жизни находилась на смешанном вскармливании из-за недостатка молока у матери. Беспокоили частые срыгивания. На первом году жизни совсем не болела. Достаточно прибавляла в весе.

Росла беспокойной. Требовала длительного укачивания на руках, подолгу не могла уснуть, но ночью спала спокойно и достаточно долго. С первых дней жизни отмечалось напряжение мышц рук и плечевого пояса. По назначению невролога получала микстуру с цитралью, валериану, неоднократно делали массаж. Раннее развитие моторных функций своевременное, но мать не может сообщить точных сроков двигательного развития. Известно, что хорошо ползала. К году стала более спокойной. Самостоятельно пошла с 1 года, но ходить стала на носочках. Через несколько месяцев встала на полную ступню, но при возбуждении (радости, раздражении, если видела что-то новое, необычное) снова вставала на цыпочки. Это продолжается (очень редко, на короткое время) до настоящего времени. Первые слова («мама», «папа») появились в возрасте 1,5 лет. Словарный запас пополнялся очень медленно, речь была невнятная, малопонятная. Простая фраза появилась только к 3 годам. Была очень привязана к матери, отцу, бабушкам, ласкова, доверчива и доброжелательна к посторонним.

С 2 лет стала посещать ясельную группу детского сада. Тянулась к детям, но играть с ними не умела, в основном (и дома, и в детском саду) подолгу играла одна. С 2-летнего возраста появились страхи: боялась собак, птиц (стаи летящих голубей, ворон). До сих пор плачет, кричит, прячется за мать, увидев много птиц, и приговаривает: «Я больше не буду!». В этом же возрасте, когда ее не понимали или она не получала того, что просит, при запретах стала бросаться на пол, крича и громко плача. Если мать пыталась ее успокоить, это состояние продолжалось очень долго; если же мать не обращала внимания и уходила в другую комнату, быстро успокаивалась. Такие же состояния наблюдались и позже, когда у девочки что-то не получалось с рисунками, домашними заданиями в детском саду. В возрасте с 2 до 4 лет отмечался выраженный негативизм, очень часто на любые, даже самые привлекательные предложения отвечала: «Не хочу, не пойду, не буду», а потом легко соглашалась и выполняла предложенное родителями.

В старшем дошкольном возрасте появились головные боли, в основном, по мнению матери, связанные с переутомлением или переменой погоды (перед

дождем). В транспорте, на качелях, каруселях девочку не укачивало. Очень плохо переносила жару, на море (в Крыму, на Кавказе) была особенно вялой, усталой, капризной. В детском саду, во дворе стремилась к детям, но не могла найти тему для разговора, подобрать слова, не понимала условий игры. Играть могла только с младшими детьми, при этом всегда им подчинялась.

Начиная с 2-3-летнего возраста в связи с отставанием в развитии речи, периодической ходьбой на цыпочках и бурными аффективными реакциями ребенка стали консультировать в различных медицинских учреждениях. Занималась с логопедом, психологом, но косноязычие с трудом поддавалось коррекции, и словарный запас все же пополнялся очень медленно. С подозрением на ДЦП была консультирована в специализированной детской больнице № 18, но диагноз подтвержден не был, был назначен курс гомеопатического лечения и проводился (до 4-летнего возраста) массаж ног. К 6 годам по-прежнему оставалось неправильное произношение звуков «р» и «л».

Еще до начала школьного обучения была неоднократно консультирована в частной неврологической поликлинике и диспансере при детской психиатрической больнице № 6 с жалобами на ходьбу на цыпочках, отставание в развитии речи (косноязычие, несогласование окончаний, неправильное употребление падежей, невозможность пересказа), неадекватные истероформные реакции.

При обследовании на ЭЭГ выявлена пароксизмальная готовность, на ЯМРТ – постгипоксические резидуальные изменения белого вещества мозга (см. описание). Было назначено лечение элькаром и неулептилом. Заметных изменений в поведении и развитии ребенка не отмечалось.

В 7,5 лет стала посещать школу. Выбор пал на комплекс «детский сад–начальная школа» из-за малочисленности классов и близости этого учреждения к дому бабушки. Девочку приходилось ежедневно возить в школу. Очень уставала, особенно если ее приходилось оставлять в группе продленного дня. Уже на последних уроках становилась вялой, раздражительной, могла расплакаться. Дома, особенно в выходные дни, до сих пор спит днем, причем ложится днем спать с большим удовольствием. Стремится познакомиться с девочками - в школе и во дворе, но совместная игра получается, если она простая (например, игра в салки). В более сложных играх не может участвовать, не понимая правил игры, не может поддержать разговора. По-прежнему в основном играет с маленькими детьми, но даже с ними выступает на подчиненных ролях. Во время перемен играет с девочками своего класса в куклы. Дома любит играть в простые компьютерные игры (например, Барби), если у нее что-то не получается, расстраивается, плачет, иногда сердится. Охотно играет с мальчиком-соседом, считает его своим другом и гордится этим. Сохраняются (хотя и нечастые) головные боли. Не умеет соблюдать граней дистанции, может быть агрессивной, грубой по отношению к чужим, даже взрослым; при замечаниях, советах злится: «Я сама все знаю!». Продолжала бояться птиц, но в то же время попросила купить ей птицу. С удовольствием смотрит на свою канарейку, но в руки взять клетку боится.

Учителя отмечают крайне слабую успеваемость, невозможность пересказа, несогласование падежных окончаний, детскость поведения и реакций, раздражительность, плаксивость, агрессию, когда оказывается несостоятельной. Осенью 2006 г. в связи с конфликтной ситуацией в школе был поставлен вопрос о переводе ребенка в другое образовательное учреждение. В это время появилось множество новых движений: подергивала плечами, непрерывно поправляла рукава

кофточки, стала держать правую руку перед собой резко согнутой в кисти. Стала особенно раздражительной, плаксивой, капризной, порой агрессивной к чужим и близким. По назначению эпилептолога, в течение 3 мес. получала конвулекс – по 300 мг 2 раза в сутки. Стала чуть спокойнее, число лишних движений несколько сократилось. Отмечались определенные положительные изменения в картине ЭЭГ. В таком состоянии 4 ноября 2006 г. впервые была консультирована в Институте гармоничного развития и адаптации.

На приеме: бросается в глаза выраженная диспластичность. Девочка высокого роста, пониженного питания, с длинными тонкими конечностями. Лицо амимичное, недовольное, широко раскрытые неподвижные глаза. Непрерывно одергивает рукава платья, правую руку держит прямо перед собой с резко согнутой в запястье кистью. Голос тонкий, с капризными, вычурными интонациями. Движения, жестикуляция вычурные, театральные. Речь косноязычная, запас представлений крайне низкий, соответствует не более чем старшему дошкольному возрасту. Правда, все это удастся выявить с трудом, поскольку на вопрос прямо не отвечает, уводит разговор в сторону. Создается впечатление, что не понимает, о чем идет речь. Если ее не понимают и переспрашивают, сердится, повышает голос, на глазах появляются слезы.

В соответствие с нашими рекомендациями стала принимать фенибут 0,25 - 3 раза в день, не улептил по 3 капли 2 раза в день. В конце декабря 2006 г. была переведена в школу «Ковчег».

В первые дни в школе иногда плакала и скандалила, как правило, на последних уроках и преимущественно в случаях, когда не справлялась с заданиями. Постепенно привыкла. За последний месяц стала значительно спокойнее, с большим удовольствием отправляется в школу. Тянется к детям, и девочки к ней относятся тепло, приветливо. За это время полностью прошли особенные движения, перестала сгибать кисть, почти исчезли приступы крика, плача, повеселела. На приеме стала охотно разговаривать, говорит, что ей очень нравится школа, охотно рассказывает о детях, играх, учительнице.

Консультирована невропатологом, психологом, нейропсихологом, дефектологом, логопедом, сделана повторная ЭЭГ.

Беседа с матерью и отцом ребенка

А. А. Северный: Чего боится Ваша девочка?

Родители: Боится высоты, особенно когда спускается по переходу, что, вероятно, связано с плохой координацией, ей всегда было трудно спускаться по лестнице. В 2-3 года появился и до сих пор до конца не прошел страх птиц – появился после того, как стая голубей задела ее крыльями.

А. А. Северный: Что говорили воспитатели о поведении ребенка в детском саду?

Родители: Говорили, что может подолгу играть одна; тянется к детям, но настоящей игры не получается. Впервые в детском саду обратили внимание на то, что девочка ходит на цыпочках, а также на чрезмерную подвижность ребенка. Дома не замечали двигательного возбуждения.

А. А. Северный: Когда Вы обеспокоились уровнем развития ребенка?

Родители: Когда девочке было 2,5–3 года. В 4-летнем возрасте уже специалисты ставили диагноз задержки психического развития. Тогда и решили перевести ребенка в логопедический детский сад с 3,5 лет.

А. А. Северный: Когда Вы впервые консультировали ребенка у психиатра и какие лекарства она принимала?

Родители: В 3 года заметили отставание в развитии интеллекта и речи, длительные и сильные эмоциональные реакции на запрет и непонимание (кричала, падала на пол). Именно тогда и обратились к психиатру. С 3-летнего возраста, по его назначению, девочка уже получала фенибут, потом с отрицательным результатом (началось возбуждение) когитум, потом в 6-летнем возрасте назначили неулептил, но его почти не давали, поскольку никто не объяснил, что девочку надо лечить.

А.А. Северный: Чему она научилась в школе?

Родители: Она до последнего времени училась в коррекционном логопедическом комплексе «детский сад–школа». Научилась читать, писать, знает некоторые стихи. Проблемы в учебе были с самого начала, но наиболее серьезными они стали с осени 2006 г. (3 класс). Лето провели на юге, в Крыму. Не нравилась жара, неохотно проводила время на пляже. В первой четверти ее стали «травить» дети, дразнили, подчеркивая ее недостаточные способности. Учительница при детях стала говорить, что девочка отсталая, неспособная, неправильно оформляет домашние задания, кричала на нее. Появились «истерички» в виде громкого плача, крика. С этого времени совсем перестала играть с детьми, дома играла одна в куклы (с несложным сюжетом игры) или просматривала журналы-комиксы.

А.А. Северный: Что Вас больше всего настораживает в состоянии ребенка?

Родители: Вспышки ярости, гнева, «истерички» которые возникают при неудаче. Мы стараемся не фиксировать девочку на неудачах, делаем перерыв в занятиях, отвлекаем, переключаем на игру. Волнуют также недостаточное развитие речи, задержка развития, а также повторяющиеся «навязчивые» движения, усиливающиеся когда она нервничает. Осенью, в период наибольшей тяжести состояния было и обнюхивание предметов.

А.А. Северный: Какое до осени прошлого года преобладало настроение у ребенка?

Родители: Солнечное, оптимистическое.

Канд. мед. наук В. В. Грачев: Как воспринимает Ваша девочка перемены?

Родители: Очень любит новую одежду и быстро к ней привыкает. К новой пище привыкает, но постепенно. В остальном любит покой и стабильность.

Канд. психол. наук Е. И. Морозова: Понятны ли Вам были реакции ребенка до года?

Родители: Да. На обоих родителей были ожидаемые радостные реакции.

Е. И. Морозова: Кого из родителей предпочитала в раннем возрасте?

Родители: В разных ситуациях тянулась то к одному, то к другому.

А. А. Северный: Были ли страхи до 2 лет?

Родители: Боялась сказочных персонажей, выключала и до сих пор выключает телевизор, когда показывают иностранные мультфильмы и фильм о Гарри Поттере.

Канд. психол. наук Н. Я. Семаго: Что ест девочка?

Родители: Почти все, кроме, например, гороха.

Н. Я. Семаго: Как девочка попала в свою первую школу?

Родители: Мы сами пришли, и девочку приняли без ПМПК.

Канд. мед. наук Е. В. Корень: Говорила ли она о себе когда-нибудь в 3-м лице?

Родители: Нет.

Канд. мед. наук Н. К. Кириллина: Чем девочка сама любила заниматься?

Родители: Пока была маленькая, в основном рисовала, а потом нарезала узоры. Сейчас рисует разнообразные предметы и сюжеты, но очень плохо.

А. А. Северный: Какой рукой она предпочитает действовать?

Родители: Правой, но было время, когда предпочитала брать ложку левой рукой.

А. А. Северный: Как Вы считаете, какому возрасту соответствует развитие ребенка на сегодняшний день?

Родители: Эмоции, интересы, по нашему мнению, соответствуют 6–7-летнему ребенку.

Психический статус ребенка во время консилиума

Войдя в кабинет, сидит в скованной позе, недовольно озирается по сторонам. При этом достаточно дружелюбна, отвечает улыбкой на приветствие, шутку. Голос тонкий, с детскими интонациями. На вопросы отвечает односложно или короткими фразами. Речь с бедным словарным запасом. Нет отмеченных в прежние посещения повторяющихся движений, на всем протяжении беседы отмечается правильное положение руки. В поведении, речи, походке сохраняется оттенок рисовки, манерности. Правильно называет число, день недели. Учится в школе «Ковчег», говорит, что ей там все нравится – нет сердитых учителей, хорошие дети. Между тем, не может сказать, сколько учеников в ее классе, называет имя только одной девочки из класса, которую считает своей подругой. На многие вопросы, особенно поначалу, отвечает: «Не знаю, не знаю». При повторении вопросов начинает сердиться и уже со злостью отвечает «Не знаю!». Считает, что у нее очень хорошее настроение, объясняет это тем, что сменила школу – прежняя школа была «плохая»: учителя ругали, дети дразнили. На вопросы о страхах отвечает резко, много раз повторяя одно и то же: «Никого не боюсь, ничего я не боюсь». Равнодушно говорит о своей канарейке. В процессе беседы теряет к ней интерес, вновь отвечает формально, в основном «не знаю», часто сердито, начинает зевать, отвлекается на посторонние голоса, шум, предметы.

Заключение психиатра Н. М. Иовчук

В настоящем психическом статусе на первый план выступает интеллектуальная несостоятельность ребенка, что подтверждается и данными многих специалистов. У 10-летней девочки уровень знаний, представлений, пониманий, интересов, игры соответствует по существу дошкольному возрасту (5-6 годам).

Обучение крайне затруднено и еще по одной причине: отмечаются выраженные признаки утомляемости, истощаемости, метеозависимости, эмоциональной лабильности. Причем речь здесь идет не просто о церебрастеническом синдроме, а скорее о психоорганическом синдроме, поскольку ее раздражительность приближается к недержанию аффекта, составляющим вместе с ослаблением продуктивности интеллектуальной деятельности и снижением памяти триаду Вальтера-Бьюэля, характерную для психоорганического синдрома.

Наконец, в психическом статусе отмечаются невротоподобные расстройства: навязчивые движения, усиливающиеся при интеллектуальной нагрузке и психическом напряжении, и упорные навязчивые страхи примитивного содержания. Впрочем, остается непонятным ее хождение на цыпочках, отличающееся вычурностью и также появляющееся при эмоциональном напряжении (даже радости или удивлении).

Наряду с перечисленными психопатологическими расстройствами сле-

дует также отметить выраженные истероформные реакции, возникающие, как правило, при несостоятельности (либо при утомлении).

Приходится в данном случае обсудить и вопрос о низкой коммуникативности ребенка. Мне кажется, что в данном случае имеет место не истинный аутизм, а псевдо- или парааутизм. Затруднение контактов обусловлено, вероятно, не столько интровертированностью девочки, сколько ее несоответствием детям своего возраста: она не понимает условий игры, сложные игры, соответствующие возрасту, ей недоступны, она не может обсуждать со сверстниками возрастные проблемы, не может подобрать слов и найти темы для разговора. Поэтому она и играет с детьми значительно моложе нее, но даже с ними является вдовой и подчиняемой.

Во всех проведенных обследованиях и заключениях специалистов (ЭЭГ, консультация невролога, ЯМРТ, заключение нейропсихолога, дефектолога и психолога – см. ниже) звучит совершенно отчетливо органический характер расстройств.

По нашему мнению, в данном случае наиболее вероятен диагноз: **психоорганический синдром вследствие раннего резидуально-органического поражения ЦНС. Задержка психического развития. Умственная отсталость?**

Прогноз зависит от формы и методов обучения, комплексности коррекционной работы, в том числе лечения (которое должно быть тоже комплексным – психиатрически-неврологическим). Нужны ноотропы, мягкие стимуляторы, легкие транквилизаторы.

Заключение психолога, канд. психол. наук Н. Я. Семаго (26.02.07 г.)

В ситуации обследования девочка в контакт вступает не сразу, дурашлива. Она несколько заторможена, как бы замирает (в особенности, когда не понимает обращенную к ней инструкцию). Если что-то не получается - раздражается, начинает раздраженно, писклявым голос, с плаксивым выражением лица кричать: «не знаю, не знаю!». Иногда к крику присоединяются взмахи руками (но не по типу стереотипии). Очень легко выходит из этого эмоционального состояния, успокаивается, «уговаривается» работать дальше. Возникающие капризы не адекватны по силе и степени выраженности, но всегда имеют причину. Девочка не критична по отношению к этим вспышкам «сердитого» или плаксивого раздражения, но на протяжении всей длительности обследования находится в тесном взаимодействии с чужим взрослым, допускает тактильный контакт, от взаимодействия не уходит.

На протяжении всего хода работы девочка нуждается в поэтапном, внешнем удержании алгоритма любого задания. Объем этой организующей, а в большинстве случаев и обучающей помощи необходим даже в том случае, когда задания совсем просты. Темп деятельности неравномерен, чаще снижен, работоспособность недостаточна для возраста девочки.

Объективно. Выявляется грубая несформированность не только функции контроля над результатами своей деятельности, но и функции программирования и регуляции даже на уровне удержания простых двигательных программ, не говоря уже об алгоритме удержания того или иного задания.

Процесс слухоречевого запоминания замедлен, выявляется сужение объема запоминаемых стимулов до четырех элементов, при этом смысловой контекст не увеличивает объема запоминаемого. Опосредованное запоминание недоступно для ребенка даже после длительного развернутого обучения - девочка несостоятельна в объяснении связей между словом и подобранной к нему картинкой, но

лишь подробно описывает, что изображено на картинке, иногда объясняя, что это значит. При этом следует отметить, что отсроченное воспроизведение как слов, запоминаемых непосредственно, так и опосредовано (при помощи взрослого), практически полное. Воспроизведение же фраз девочке не дается.

Речь простая, с аграмматизмами, недостаточно развернутая, без какой-либо специфики.

Исследование уровня развития обобщений (методика «детская классификация») показывает, что ведущим классификационным признаком является конкретная ситуативная близость. Не встречается ни опоры на латентные признаки, ни элементов разноплановости в объединении групп.

При работе с конструктивными заданиями девочка несколько чаще капризничает, кричит, что: «Нечестно давать трудное». Тем не менее, задания выполняет с небольшой помощью на уровне 5,5-6-летнего возраста. Третью доску Сегена начинает выполнять в стратегии метода проб и ошибок и именно таким образом ее и складывает.

При работе с сериальными перцептивно-логическими заданиями (Прогрессивные матрицы Дж. Равена) нуждается не только в организации деятельности, но и в стимуляции и похвале, некритична к результатам своей деятельности, «ведется» на оценку взрослого. Результативность выполнения соответствует средней нормативной для 7-летнего возраста.

При работе с вербально-логическими заданиями нуждается в большом объеме развернутой помощи взрослого, вплоть до обучения. По-прежнему не удерживает алгоритма выполнения заданий и нуждается в большом объеме организующей помощи взрослого. Но результативность выполнения заданий несколько выше (чем для 7-летнего возраста) при подборе парных аналогий, но при подборе существенных признаков показывает абсолютную конкретность мышления.

Выявляются грубые трудности при необходимости распределения внимания даже по двум признакам. Такого типа задания вызывают наибольшее раздражение девочки.

Сюжетные картинки со скрытым смыслом понимает «в лоб», а исследование с помощью методики ЦТО оказывается недоступным (не понимает инструкции и выбирает все карточки подряд).

Отмечаются легкие переходы от раздражения к хорошему настроению, эмоциональная уплощенность и трудность дифференциации эмоциональных состояний.

Таким образом, в данном случае можно говорить о варианте тотального недоразвития у ребенка с грубой несформированностью сферы регуляции, планирования и контроля, недостаточностью операциональных характеристик деятельности (непостоянство темпа деятельности и сниженная работоспособность) и периодически возникающими неадекватными аффективными вспышками на фоне общей эмоциональной уплощенности.

Рекомендовано обучение по программе, адекватной возможностям ребенка, занятия с дефектологом. Представляются малоцелесообразными коррекционные занятия с использованием нейропсихологического подхода. Формирование произвольной регуляции более адекватно в рамках занятий ЛФК и ОФП в группе для детей существенно более младшего возраста.

Консультация невролога, канд. мед. наук О. Ю. Чирковой (ноябрь 2006 г.)

Во время обследования девочка контактна; общий рисунок поведения соответствует 4-5-летнему возрасту. Периодически спонтанно возникает рез-

кое повышение двигательной активности, которое носит хаотический характер. Часто возникают повторяющиеся движения в виде одергивания одежды, подергивания плечами, реже - тоническое напряжение кисти.

Объективно: Морфаноподобный фенотип. Умеренно выраженная черепно-лицевая дисморфия. Черепно-мозговые нервы: существенная неустойчивость фиксации взора (при следящих движениях), снижающаяся при дополнительной стимуляции. Выраженная тенденция к отведению глазных яблок вверх (элементы дистонии взора). Конвергенция слабо доступна. Затруднена фиксация взора в крайних отведениях. Проведение глазодвигательных проб вызывает резкие аффективные всплески. Выявляется негрубая мимическая диспраксия, мимические и жевательные дискинезии, наблюдаются единичные фибриллярные подергивания при вытянутом языке.

Мышечный тонус умеренно диффузно снижен, переразгибание суставов. Поза «гипотоничная» за счет снижения тонуса аксиальных мышц и мышц плечевого пояса. Мышечная сила негрубо снижена (4-5 б.). Выраженные стойкие автоматизмы (справа меньше, чем слева). В поздних пробах периодически возникают дистония кистей, тремор вытянутых рук (больше слева). Удержание пробы крайне затруднено. В указательной пробе движения дискоординированны, с резким преобладанием физического компонента в начале и тоническим «застыванием» в конце движения. Периодически движения руки контролируются периферическим зрением, в этих случаях они более плавные и точные. В пробах на переключение тонуса кисти – тенденция к повышению разгибательного тонуса, инертность. Реакции равновесия негрубо недостаточны. Выявляются элементы пропульсии/ретропульсии. Моторные возможности в целом соответствуют примерно 5-6-летнему возрасту.

Грубых нарушений глубокой и поверхностной чувствительности не выявлено. Вегетативные реакции умеренные. Сухость кожи.

Таким образом, наряду с недостаточным развитием произвольной моторики можно видеть: синдром экстрапирамидных расстройств, преимущественно дистонического характера с нарушением регуляции взора, расторможенностью автоматизмов, расстройствами стриопаллидарных взаимодействий; синдром мышечной гипотонии-гипотрофии (негрубо выраженный).

Неврологическую терапию следует назначать с учетом проводимой терапии, назначенной психиатром. Рекомендована консультация генетика.

ЯМРТ головного мозга (03.06.04 г.)

Заключение: Исследование в T2 взвешенном изображении (TR 3240/ TE 120) в коронарной проекциях, с локальным увеличением. Как и прежде, обращают на себя внимание множественные мелкие фрагменты умеренной пролонгации T2 сигнала в обеих теменно-затылочных регионах (больше справа). Венстрикулярная геометрия не нарушена; ликвородинамика компенсирована.

Очевидно, постгипоксические резидуальные изменения пери- и паравентрикулярного белого вещества

Результаты ЭЭГ-исследования, канд. мед наук В. В. Грачев

Возраст - 9 лет 9 мес. Дата - 20.10.06.

ЭЭГ грубо дезорганизована, зональные различия сглажены. Затылочный альфа-ритм практически отсутствует, в затылочных отведениях регистрируются редкие кратковременные фрагменты нерегулярных альфа-колебаний. Во всех отведениях значительно увеличена представленность медленных волн, акцент медленноволновой активности приходится на теменные и затылочные

отведения, где регистрируются продолжительные периоды высокоамплитудных ритмических дельта-волн. Индекс активности бета-диапазона существенно увеличен, особенно в центральных и лобных областях, где низкочастотные (14-17 Гц) бета-колебания формируют частые вспышки. Возрастной роландический ритм не выражен. В течение записи отмечаются частые генерализованные кратковременные разряды высокоамплитудных медленных волн продолжительностью менее 1 сек.

В теменных и височных отведениях левого полушария отмечаются повторяющиеся группы медленных волн (амплитудный максимум приходится на височные отведения), периодически медленноволновая активность одновременно появляется и в правом височном отведении. В структуре локальной медленноволновой активности иногда отмечаются волновые сочетания близкие по структуре к комплексам «острая-медленная волна».

При регистрации ЭЭГ с открытыми глазами - устойчивая десинхронизация, повышенный индекс медленных волн во всех отведениях сохраняется.

Прерывистая Ф.С. вызывает слабую реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 5-7 Гц.

HV-проба приводит к заметному нарастанию индекса медленных волн и усилению пароксизмальных проявлений.

В ЭЭГ на первом плане отчетливые изменения по органическому типу и признаки выраженной функциональной незрелости ЦНС. Следует отметить признаки очага патологической активности в проекции височных отведений левого полушария и, возможно, зеркального очага в правом полушарии. Выявляются также отчетливые регуляторные нарушения, по-видимому, отражающие особенности нейромедиаторных систем мозга.

Возраст - 10 лет 1 мес. Дата - 16.02.07.

Как и в предыдущем исследовании от 20.10.06., регистрируется дезорганизованная ЭЭГ с практически полным отсутствием затылочного альфаритма, повышенным индексом медленных волн и бета-колебаний.

В сравнении с предыдущей записью наблюдается определенное снижение вольтажа ЭЭГ, заметное уменьшение представленности медленных волн и нарастание индекса активности бета-диапазона, которая регистрируется в виде частых вспышек ритмических бета-колебаний лобных и центральных отведениях (продолжительностью до 2-2,5 сек.).

Индекс медленных волн снизился во всех отведениях, особенно в теменно-затылочных. Выявлявшиеся в предыдущем исследовании периоды высокоамплитудных ритмических дельта-волн в настоящей записи отсутствуют. Не выявляются в настоящей ЭЭГ и отмечавшиеся ранее группы медленных волн и комплексов «острая-медленная волна» в теменных и височных отведениях левого полушария (и несколько реже правого).

В теменных отведениях наблюдается достоверное нарастание индекса ритмической активности альфа-диапазона частотой 10-11 Гц.

В сравнении с предыдущей записью заметно снизилась реакция на HV-пробу: при проведении пробы менее выражено нарастание медленных волн.

Таким образом, динамика ЭЭГ не однозначна. С одной стороны, наблюдается повышение тонуса функциональной активности коры головного мозга, снижение изменений по органическому типу, практически полная редукция очаговых изменений в проекции височных отведений. С другой - нарастание регуляторных нарушений в виде признаков определенного усиления корково-

подкорковой ирритации и ослабления тормозных процессов. Признаки выраженной функциональной незрелости ЦНС, в первую очередь лобных долей коры головного мозга сохраняются.

Четкой эпилептической активности в настоящей ЭЭГ не зарегистрировано.

Заключение нейропсихолога М. В. Черенкова (ноябрь 2006 г.)

В собственной речи девочки имеют место эхолалии, персеверации, трудности переключения с одной темы на другую. На истощении или в случае неуспешности девочка плачет, отказывается выполнять задание, однако при настойчивой просьбе соглашается.

Объективно:

Зрительный гнозис

В пробах на зрительный гнозис все предметы опознаются верно, трудностей номинации не отмечается, порядок из 3 элементов удерживает без затруднений. В зрительно-пространственном гнозисе при копировании фигур Тейлора и Остеррица разными руками значимых различий не наблюдается. Используется фрагментарная стратегия с рядом структурно-топологических и метрических ошибок (больше слева).

Практика

Проба на реципрокную координацию выполняется в очень медленном темпе, после 3-4 попытки сбивается на одноименные элементы, но исправляется сама. Проба на динамический праксис двумя руками не обнаруживает значимых латеральных отличий. Двигательная программа упрощается до 2 элементов с безуспешными попытками самоисправления. В конфликтной пробе за 2-3 предъявления девочка устойчива к стимульному материалу, однако после вработываемости начинает персеверировать предъявленный стимул, после 4-5 раза исправляется, потом опять сбивается.

Память

В слухоречевой памяти (проба «2 группы по 3 слова») отмечается хорошее удержание объема за счет персевераций, вербальных парафазий. Отмечается умеренное влияние гомогенной интерференции и низкое влияние гетерогенной интерференции. В зрительной памяти объем удерживается с 3-го предъявления за счет большого количества параграфий. Низкое влияние гетерогенной интерференции.

Мышление

В пробе на классификацию с открытой инструкцией («Разложи карточки по кучкам») теряется, не понимает, что делать дальше, бросает карточки на пол. После инструкции «разложи по цвету» выполняет задание достаточно быстро. После инструкции «разложи карточки по форме» опять теряется и только после демонстрации начинает выполнять задание. Классификацию с опорой на 2 признака после демонстрации выполняет успешно.

Речь

Пересказ рассказа «Галка и голуби» составляет с большим трудом - пытается воспроизвести отдельные фразы из разных мест рассказа, включает различные слова собственной речи («она жестокая... это несправедливо...» и т.д.). Эхолалично повторяет наводящие вопросы, не понимает отношений между объектами в рассказе.

Заключение: на первый план выступают несформированности сферы пространственных представлений, речи и регуляции и контроля за протеканием собственной деятельности (дефицитарность левополушарных функций).

При этом объективные исследования (ЭЭГ) подтверждают эти выводы. Можно предположить, что первично эти дефициты обнаруживают себя на уровне стволово-подкорковых образований, что проявляется в нейродинамических компонентах психической деятельности.

Рекомендации: консультация невропатолога, логопеда, дефектолога, психиатра; курс нейропсихологической коррекции;

Результаты психолого-педагогического обследования, канд. пед наук А. М. Щербакова (ноябрь 2006 г.)

Использованные методики: складывание разрезных картинок, установление последовательности сюжетных картинок, конструирование куклы-пирамидки, выявление пространственных представлений с помощью разборной матрешки, копирование фигуры Рея-Остеррица, копирование фигур Денманна.

Во время обследования контактна, заинтересована в результате выполнения задания, при трудности или неуспехе дает «истерические» реакции. Такую же реакцию вызывает просьба уточнить ответ, результат выполненного задания. В то же время помощь, эмоциональная поддержка со стороны взрослого оказывает положительное влияние, девочка успокаивается. Сложное задание вызывает панику, в одном случае испытуемая, не в силах справиться с поставленной задачей, в отчаянии закричала, обращаясь к специалисту: «Помогите!». В целом демонстрирует инфантильный стиль поведения. Может работать с ограниченным количеством стимулов. Нарастивание их количества вызывает фрустрацию, деятельность ребенка дезорганизуется. Особого внимания заслуживает наличие регрессивных проявлений в виде обнюхивания объектов работы. Наблюдается недостаточность памяти, восприятия. В речи присутствуют персеверации.

При выполнении всех заданий демонстрирует способы деятельности, характерные для детей более раннего возраста. Так, при складывании разрезных картинок симультанный образ на основе фрагментов создать не способна, использует примеривание, зрительным соотнесением почти не пользуется. Развернуть сложенную картинку на столе на 180 градусов не может, начинает заново перекладывать изображение.

Составляя рассказ по серии сюжетных картинок, справляется с простым вариантом из 3 элементов («Курица и цыплята»); правильно разложив картинки серии «Мальчик и волки», не может составить рассказ, наглядная опора не помогает выстроить сюжет, девочка ограничивается хаотичным перечислением изображенных объектов.

Задание сложить куклу-пирамидку (7 элементов) после демонстрации образца оказывается недоступным. Испытуемая надевает на стержень головку куклы и пытается удержать ее без опоры (нижние детали отсутствуют) – «Не получается!». Успешная сборка возможна после третьей демонстрации с опорой на вербализацию – называние всех деталей. При этом каждый вариант начинался с попытки сначала надеть шапочку, венчающую конструкцию. (Предполагаем, что это связано с трудностями отторгивания неудачной пробы.) Раскладывание и складывание пятиместной матрешки вызвало трудности.

Проверка владения пространственными понятиями, выражаемыми предлогами «за, сзади, перед, спереди и др.», проводилась в ходе манипулирования матрешками. Выявлено, что девочка затрудняется в опредмечивании пространственных соотношений, определяемых словосочетаниями с использованием указанных предлогов.

Копирование фигуры Рея-Остеррица оказалось недоступным: «Не знаю, как это рисуется». Предложение скопировать бланк с фигурами Денманна вызвало положительную реакцию: «Это просто!». При копировании использует опоры в виде подсчета элементов. Расположение фигур на листе смещено в верхнюю половину, нарушены пропорции фигур. Линии изображения нечеткие, встречается многократное повторение контура (двигательные персеверации).

Состояние учебных навыков: пересчет множества требует опоры в виде фиксации объекта с помощью указания на него пальцем, но и при этом встречаются ошибки. Вопрос: на сколько больше (меньше) – непонятен. Математическое сравнение множеств доступно только на предметном материале с помощью взрослого. Чтение сформировано. Доступно самостоятельное письменное изложение рассказа с использованием развернутых предложений. На письме также наблюдаются персевераторные явления. В целом, состояние учебных навыков не соответствует как возрастным нормам, так и требованиям программы класса, в котором обучается ребенок.

Заключение: Отсутствие достаточных и непротиворечивых анамнестических данных не дает возможности однозначно квалифицировать состояние обследованного ребенка. Тем не менее, ярко выраженная неравномерность в уровне овладения различными видами деятельности (в частности, удовлетворительное состояние письма, эффективное использование вербальных опор на фоне выраженной недостаточности конструктивного праксиса, несформированности симультанного восприятия и др.) позволяет предположить нарушение развития по типу повреждения (деменции). Такая версия подтверждается явлениями регресса, наличием речевых и двигательных персевераций, очевидной растерянностью и даже панической реакцией девочки на свою неспособность справиться с заданиями. В этом контексте инфантильность поведения может рассматриваться как способ защиты от завышенных требований.

Заключение логопеда А. А. Блудовой (ноябрь 2006 г.)

Жалобы: трудности в построении фраз, неправильные окончания.

При обследовании: логопедический аппарат подвижен в полном объеме. Высокое небо, дистонус языка, кончик языка выражен. Речь связная, нераспространенная, аграмматичная, эхολаличная. Словарный запас не соответствует границам возрастной нормы. Грамматический строй не усвоен. В спокойном тоне ошибок нет, но при эмоциональном напряжении отмечаются выраженные аграмматизмы. Произношение звуков – в норме. Фонематический слух снижен. Произношение слов различного слогового состава затруднено. Речь вялая, темп речи неравномерный. Темп письма – в норме. Чтение синтетическое. Владение техникой чтения низкое. При чтении наблюдаются следующие ошибки: перестановка слогов, букв, нарушение дыхания, неправильные окончания. Смысл прочитанного доступен только с помощью педагога. Пересказ подробный. Понимание инструкций затруднено. Контроль снижен. В ситуации обследования импульсивна, пуглива, кричит, плачет при неудачах.

Таким образом, отмечаются остаточные явления дисграфии, дислексии, обусловленные первичным дефектом.

ДИСКУССИЯ

В. В. Грачев: Следует обратить внимание на чрезвычайно сложные результаты ЭЭГ-обследования:

- с одной стороны, отмечаются изменения по органическому типу (с акцентом в височных областях), редуцированный комплекс «пик-волна», что

заставляет согласиться с беспокойством консультировавшего девочку в раннем возрасте эпилептолога;

- с другой стороны, отмечаются выраженные признаки незрелости;
- наряду с этим выявляется повышенный уровень бета-активности, что встречается у детей с ранним детским аутизмом и рано начавшейся шизофренией. Но это может объясняться и аффективными нарушениями – ведь первая ЭЭГ была сделана на пике плохого состояния.

А. А. Северный: Интересно было бы посмотреть ЭЭГ в динамике, на хорошем эмоциональном фоне.

Е. И. Морозова: При первичном осмотре девочка была совсем иной: отмечались амимичность, вычурная жестикуляция. Эмоциональные реакции имели взрывной характер, при неудачах, непонимании инструкций она топала ногами, кричала, злилась, чрезмерно жестикулировала. Надо сказать, что тогда вычурно согнутая рука разгибалась при попытке рисовать. Кроме того, отмечались выраженные истощаемость, утомляемость, раздражительность. В попытке объяснить сюжеты рисунков перескакивала с одного на другое, не могла выполнить до конца ни одного задания, не удерживала инструкций. Девочка не соответствует по уровню развития массовой школе, ее надо выводить из школы, поскольку для нее это является стрессогенной ситуацией, которая уже привела к тяжелому обострению состояния.

Н. Я. Семаго: Можно ли сказать, что в данном случае не может быть продуктивной деятельности?

Е. И. Морозова: Присущие ребенку черты в виде негативизма, агрессивности, раздражительности сами по себе не могут быть продуктивными.

Н. Я. Семаго: Какой вариант развития, по Вашему мнению, бы наблюдаем: искаженный или задержанный?

Е. И. Морозова: Искраженный, соответствующий 6-летнему возрасту.

А. А. Северный: Есть ли принципиальное отличие в состоянии ребенка сегодня и при первичном осмотре?

Е. И. Морозова: Да, конечно: исчезли обсессии, эмоциональный фон стал ровнее.

А. М. Щербакова: При обследовании отмечается паническая реакция на неудачу, при недопонимании кричала: «Помогите!». Действительно, охотно принимала помощь, радовалась контакту. Нельзя не обратить внимания, что осенью отмечался период архаичных расстройств в виде обнюхивания предметов. В начале консультации создавалось впечатление лобной деменции. Выявляются явная неравномерность и задержка развития, так что ребенок соответствует 5-6-летнему возрасту, даже не достигая уровня первого класса.

А. А. Северный: В данном случае нет олигофрении – есть интеллектуальная недостаточность. Нет аутизма, но есть интровертированность.

М. В. Черенков: Мне представляется, что аутистические тенденции у ребенка обусловлены не особенностями личности, а задержкой психоречевого развития, от этого и недостаточная контактность ребенка со сверстниками, условий общения с которыми она не понимает. Остается неясным присутствие эхололий.

А. А. Северный: По-моему, здесь присутствуют не столько эхололии, сколько эхоподобная речь. Девочка повторяет вопросы, слова, чтобы их интериоризировать, понять. Обычные дети воспроизводят это в себе, остальные – воспроизводят вслух.

А. М. Щербакова: У девочки отмечается определенная интеллектуаль-

ная недостаточность, но что это – задержка психического развития или умственная отсталость? Надо развести эти понятия. Ярко выступают проблемы слухового и зрительного (пространственного) восприятия. Главные трудности заключаются в понимании. Природа страхов понятна и во многом также обусловлена неблагополучием пространственного восприятия: стая птиц, лестница. Изначально задержка психического развития была связана с органической недостаточностью, но такое впечатление, что в 6-летнем возрасте произошло какое-то вторичное повреждение. Может быть, это невроз неуспешности? Но может ли он вызвать такое повреждение?

Н. М. Иовчук: Вероятно, здесь все же речь идет об умственной отсталости, связанной с ранним органическим поражением ЦНС.

Н. Я. Семаго: Настораживает, что девочка могла рисовать, но утратила рисунок. Может быть, все же был регресс? Или речь идет о таком специфическом недоразвитии?

А. М. Щербакова: Нельзя не обратить внимание на особенности поведения девочки, которые одним словом можно назвать истероформность: демонстративность, рисовка, пуэрилизм.

Н. Я. Семаго: Обращают на себя внимание инертность, трудности переключения внимания, инертность деятельности, что во многом мешает познавательной деятельности ребенка.

В. В. Грачев: Тем не менее, эта инертность вряд ли связана с эпилепсией. Девочка совсем не похожа на больных с эпилептической афазией. Здесь с раннего возраста отмечаются признаки органической недостаточности с явной незрелостью, органическим психическим инфантилизмом.

А. М. Щербакова: Остаются непонятными эти ее призывы “Помогите мне!”, критичность, осознание собственной неполноценности. Определяется выраженная неравномерность развития с отставанием в разных сферах. Кроме того, органическое поражение, как правило, обуславливает задержку моторного развития, которая здесь незначительна.

Е. В. Корень: Я наблюдал девочку в коридоре. Она ни с кем не общалась, не обращала внимания даже на родителей, была монотонна, однообразна. Не уверен, что у девочки эхоподобные расстройства, может быть, все же эхолалии как кататоническое расстройство в рамках шизофрении. Не уверен также, что ее поведение можно назвать истероформным. Мне кажется, что у нее нет причин, от кого-то или чего-то защищаться. Интеллектуальная диссоциированность чрезмерна, и трудно представить такую диссоциацию у органика. Неврозоподобные расстройства практически исчезли, но регрессивные остаются. Так что здесь есть признаки и органического поражения, и эндогенного заболевания.

В. В. Грачев: Есть четкие указания на то, что ребенок перенес осенью особое состояние субпсихотического уровня. Может быть, это все же была депрессия? Но ее безынициативность свидетельствует о лобной симптоматике, что подтверждается данными ЭЭГ-исследования. Налицо грубое отставание в развитии – ЭЭГ не соответствует возрасту девочки и более характерна для детей дошкольного возраста.

А. А. Северный: Положение руки у девочки – это защитный диссоциативный симптом. На мой взгляд, до сих пор полностью не ушли obsessions. Главный вопрос, кроме диагностики, – что делать? Какие есть предложения по тактике ведения больной?

Е. В. Корень: Надо идти от примитивного и назначить рисполепт.

Н. М. Иовчук: На мой взгляд, нужно все-таки обследовать ребенка у генетика.

М. В. Черенков: Необходимы нейропсихологическая коррекция и психотерапевтическая работа с родителями.

Н. Я. Семаго: Тактике ведения ребенка существенно мешает то обстоятельство, что мы не знаем прогноза развития. Вероятно, если мы успеем с психомоторной, нейропсихологической коррекцией, социальный прогноз будет значительно лучше.

А. М. Щербакова: Нет уверенности, что девочка удержится в «Ковчеге».

А. А. Северный: Итак, когда все высказались, надо уже переходить к заключению. Девочка, действительно, не производит впечатление эмоционально синтонного ребенка. Почему? Из-за негативизма, аутизма или непонимания ситуации? Ребенку аутичному все равно, как на него смотрят, а у ребенка отсталого, у которого есть осознанное или неосознанное сознание своей несостоятельности, возникают другие формы защиты. Впечатление, что поведение ребенка объясняется не истинным негативизмом, а невозможностью понять, нежеланием вдуматься, поэтому ответы короткие и однозначные: «Не знаю, не знаю, не знаю». Итак, мы видели примитивные защитные реакции плюс органический психический инфантилизм, отличающийся неравномерностью (не конституциональный) и преобладанием непосредственных эмоциональных реакций, выступающие в сочетании с выраженной задержкой психического развития. Здесь нельзя говорить об умственной отсталости, поскольку отмечается грубая диссоциация психического развития, что характерно и для органиков, и для больных эндогенными заболеваниями. Психический статус включает также стертые, латентные обсессивные расстройства и невротическую симптоматику, которая еще не полностью редуцировалась, но ее и не лечили целенаправленно. Намечается спонтанный выход на социотерапии. Совершенно ясно, что повреждение произошло до или во время родов. Из этого повреждения вышла относительно компенсированной, но в каких-то сферах лучше (моторика), в других – хуже (речь). Согласно истории болезни, не было скачков в развитии, развивалась, но медленно.

Вопрос важный, почему девочка так декомпенсировалась? Здесь может быть несколько предположений. Первое: латентный эпилептический процесс, который может более разрушительным, чем эпилептический процесс явный, с припадками. В этом случае мы увидели бы сегодня настоящую эпилептическую пропорцию (вязкость-эксплозивность, слащавость-злобность и т. п.), а ее нет. Значит, нет оснований обсуждать это предположение. В то же время назначение конвулекса было оправданным, поскольку это нормотимик, предназначенный не только для лечения судорожных припадков, но и использующийся для выравнивания настроения.

Второе предположение: ребенку предъявили, хоть и в щадящей форме, непосильную нагрузку. Девочка уставала, переживала свою несостоятельность, насмешки соучеников, и только благодаря учителю вытянула школу до 3 класса, в котором и наступила декомпенсация. Декомпенсация наступила в виде субпсихотического состояния с депрессивной симптоматикой, грубейшими аффективными реакциями, генерализацией невротической симптоматики и самой архаичной, самой примитивной формой защитного реагирования – пышными истероформными расстройствами.

Однако, по моему мнению, не было значимой психогении – дети стали

обращать внимание на несостоятельность девочки и ее необычное поведение, потому что она стала действительно хуже понимать, успевать в связи с начавшейся депрессивной фазой у органика. В этом случае все встает на свои места: перенесенным состоянием можно объяснить ее грубую субпсихотическую декомпенсацию. Я опираюсь на то, что явно, очевидно: фаза прошла, и девочка почти вернулась к своему обычному состоянию.

Таким образом, очевидно, мы имеем дело с перенесенной депрессивной фазой у «органика» (возможно, не первой в ее жизни) с вторичной глубокой декомпенсацией, массивными неврозоподобными расстройствами. В настоящее время – выход в ремиссию с остаточной неврозоподобной симптоматикой и диссоциированным отставанием в развитии и таким же инфантилизмом.

Снова задаю вопрос: что делать? Во-первых, надо заново обследовать ребенка. Осенью, в начале зимы ее видели в субпсихотическом состоянии, когда она «ничего не могла». Теперь надо увидеть, что она может на самом деле и каков ее истинный потенциал.

Чем лечить? Учитывая картину ЭЭГ (судорожную готовность) надо назначать либо ноотропы противосудорожного действия, либо противосудорожные препараты, имеющие антидепрессивную активность и смягчающие вспышки возбуждения (например, финлепсин, депакин, ламиктал).

Таким образом, надо начать с повторного обследования, затем - назначения психотропного лечения, а потом немедленно вводить комплексную коррекцию – нейропсихологическую, логопедическую, которая должна быть длительной. В тактике работы с семьей надо учитывать особенности родителей: рациональная, спокойная, рассудочная мать и сенситивный, тревожный, шизотимный отец, что затрудняет их сотрудничество в междисциплинарной коррекционной работе с девочкой.

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 17.07.2007. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2007 (7), № 2.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»

г. Красноармейск, Московской области.

Тел.: 584-1623

Заказ № 338