

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2008 (8), № 1

Москва. 2008

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. 2008

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке ООО «Актавис».

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ¹

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

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ - кандидат медицинских наук, психиатр высшей категории, доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской Медицинской академии последиplomного образования, а также кафедры социальной адаптации и психологической коррекции личности психологического факультета Санкт-Петербургского Государственного Университета. Эксперт в области психиатрии и психотерапии International Federation of Independent Experts). Научный руководитель секции перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии Санкт-Петербургского психологического общества. Редактор журнала «Перинатальная психология и психология родительства». Автор более 160 печатных работ, 3 монографий, в т. ч. «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (соавт. Э. Г. Эйдемиллер, И. М. Никольская), автор глав в 2 коллективных монографиях, в 3 учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья».

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, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. Автор более 80 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии». Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

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.

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

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 селтментов 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 последипломного 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 исследование; Подросток 90-х: Движение в зону риска; Социология семейного воспитания: дошкольный возраст; Подросток: виртуальная и социальная реальность; и др. За вклад в отечественную науку награжден медалью К. Д. Ушинского, лауреат премий Президента РФ. Основные направления исследований: детская и возрастная педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

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

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 Профсоюзного медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН, президент Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, член редколлегий журналов «Социальная и клиническая психиатрия», Таврического журнала психиатрии, заместитель главного редактора журнала «Права ребенка». Автор и соавтор книг: Психокоррекция: теория и практика; Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом; Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС); Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

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

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, 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

В. А. Баранова

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО
РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ, ПРИЗЫВНОМ
ВОЗРАСТЕ (КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).... 8

Е. А. Филиппова

УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ УЧАЩИХСЯ
СРЕДНИХ И СТАРШИХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ШКОЛЫ ПО ДАННЫМ МЕТОДИКИ УНП..... 18

Л. О. Пережогин, Н. В. Вострокнутов

ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ,
БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ..... 25

Н. В. Зверева, А. Е. Назаренко

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И ПРОЕКТИВНОГО
АСПЕКТОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У МЛАДШИХ
ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ..... 41

Ю. З. Замалетдинова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ПОДРОСТКА,
ВОСПИТЫВАЮЩЕГОСЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕРНАТА..... 48

А. В. Шувалов

АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ..... 56

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, А. И. Боравова, Н. С. Галкина

ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (БОЛЕЕ 7 ЛЕТ)
РИСПЕРИДОНОМ РАННЕЙ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМА У ДЕТЕЙ... 69

Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова,

И. Л. Крыжановская

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В
УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КАК
ПРОБЛЕМА, ТРЕБУЮЩАЯ НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО
ОБОСНОВАНИЯ..... 79

А. А. Кашникова, Ю. Б. Коваленко, Е. В. Корень, А. М. Марченко,

И. Н. Татарова

НЕКОТОРЫЕ СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ НЕБРЕДОВЫХ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 85

Н. Я. Семаго

ЗАДАЧИ (НЕКОТОРЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ИНТЕГРАТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ..... 91

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В. А. Степанченко КОМОРБИДНЫЕ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ.....	98
Л. Н. Винокуров, Л. П. Кузма О ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ СЕЛЬСКИХ ШКОЛ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	103
Е. В. Каплина ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.....	107
А. М. Щербакова ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ-СИРОТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ.....	112
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	116

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

Предложения Ассоциации детских психиатров и психологов на конференции в Волгограде (24-26 апреля 2007 г.).....	129
Проект письма в Правительство РФ к заседанию Президиума Рос- сийского общества психиатров (30 января 2008 г.).....	130
Материалы Формулярного комитета Российской академии меди- цинских наук.....	133

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

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

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

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

В. А. Баранова

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ, ПРИЗЫВНОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Российская медицинская академия последиplomного образования,
кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицин-
ской психологии (Москва).**

В настоящее время ряд российских [1; 11] и зарубежных [15-35] ученых утверждает, что симптомы гиперкинетического расстройства (ГКР) возникнув в детском возрасте, сохраняются у подростков и взрослых. Вместе с тем, в многочисленных публикациях посвященных ГКР нет единства в отношении данного положения.

В.В.Ковалев [4] относил к продуктивно-дизонтогенетическим расстройствам ГКР, характерное для детско-подросткового возраста, обладающее общей тенденцией к возрастной компенсации и редукции, и отмечал роль различных факторов, участвующих как в возникновении психического дизонтогенеза у этих пациентов, так и в его последующей динамике. В некоторых клинико-катамнестических исследованиях симптомы ГКР описаны не в качестве самостоятельного синдрома, а в структуре девиантного поведения [2], при патохарактерологических формированиях личности [2, 10] конституциональных и органических психопатиях [5; 10]. Н.К. Сухотина [13] рассматривает ГКР поведения в рамках формирующихся психопатий возбудимого круга, а без расстройств поведения – к органическим резидуальным психопатиям. Г.Н. Пивоварова выделяет синдром расторможенности при реактивных состояниях, имея в виду психопатоподобную реакцию [9]. Г.Е. Сухарева считала расторможенное поведение одной из фаз течения реактивного состояния у детей [12]

С другой стороны, клинические проявления собственно ГКР, диагностируемого в качестве самостоятельной нозологической единицы (F90), и его возрастная динамика во многом зависят от этиопатогенетической природы расстройства, а также от наличия и выраженности сопутствующих нарушений. Н.Н. Заваденко [3] отмечает, что ГКР нередко принимает длительный многолетний характер, а дополнительные сложности для пациентов могут быть связаны с сопутствующими расстройствами, которые отмечаются у них одновременно с симптомами ГКР и дети с ГКР входят в «группу риска» развития «школьной дизадаптации». К нарушениям, ассоциированным с ГКР, он относит: нарушение когнитивных функций, двигательную неловкость, речевые нарушения, трудности формирования школьных навыков, тревожные расстройства, фобии, обсессивно-компульсивные расстройства, деструктивное поведение, ночной энурез. По наблюдениям S.R. Pliszka, тревожные расстройства у подростков с ГКР способны уменьшать выраженность симптомов

импульсивности [28]. Сочетание ГКР и тревожных расстройств описано в публикациях ряда других зарубежных исследователей. [23; 32; 33].

Экспертная комиссия совета программы «Внимание» (2007) указывает, что до настоящего времени не установлена строгая причинно-следственная связь между гиперкинетическим расстройством и коморбидными ему расстройствами и отмечено существенное влияние коморбидных расстройств на диагностику, клиническую картину, тактику при лечении и коррекции. [11] Эта проблема мало изучена и требует серьезного клинического исследования.

В настоящее время подразделение ГКР на первично дизонтогенетический (наследственно-конституциональный) и вторично-дизонтогенетический (энцефалопатический) или смешанный варианты на основе исключительно клинко-психопатологической оценки представляет большие сложности. В то же время социальная значимость ГКР в контексте общей проблемы девиантного поведения делает весьма актуальным изучение его возрастной динамики для разработки адекватных форм лечения, реабилитации и вторичной психопрофилактики.

Цель исследования.

Определение закономерностей клинической динамики ГКР на основе катamnестического изучения в зрелом возрасте лиц, страдавших данным расстройством в детские годы.

Задачи исследования.

- определение структуры ГКР в 7-8, 13-14, 17-18 лет;
- определение вариантов клинической динамики ГКР.

Материалы и методы исследования.

Исследование длилось с 2005 по 2007 гг. Для очного катamnестического обследования из первоначального материала по амбулаторным картам (1056) были отобраны 100 мужчин (исключены случаи, не соответствующие критериям отбора) 21-25 летнего возраста (22,9+-1,3), наблюдавшихся в раннем школьном возрасте психиатром диспансера Московской областной психиатрической больницы № 23 в связи с ГКР. Очная консультация проведена в психиатрическом стационаре с 9 пациентами, в военкомате – с 36 пациентами, при активном посещении на дому – с 55 пациентами. Для ретроспективной диагностики использовались критерии МКБ-10 (F90). С помощью клинко-биографического метода изучены анамнестические данные. Клинко-катamnестически на основании данных медицинской документации уточнен диагноз ГКР. Ретроспективно проведена диагностика по Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте в 7-8 и 13-14 лет. [6]. Получены и проанализированы дополнительные сведения в результате обследования пациентов по линии военкомата в 17-18-летнем возрасте. При очном обследовании в 21-25 лет клинически оценен соматический, неврологический, психический статусы обследуемых. Из параклинических методов использованы «Ютские критерии синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у взрослых» разработанные Paul H. Wender с соавторами [13], и S-тест [7; 8], предназначенный для оценки внимания, способности к оперированию пространственными образами и темпа мыслительных операций.

Критериями включения обследуемых в исследование являлись: обращение за специализированной (психиатрической и психологической) помощью

в раннем школьном возрасте по поводу двигательной расторможенности, несдержанности, отвлекаемости; ретроспективно признаки ГКР соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 (F90-F91); возраст испытуемых на момент исследования 21-25 лет. Основными критериями исключения из исследования являлись: ГКР в структуре умственной отсталости, эпилепсии, аутизма, шизофрении, аффективных расстройств, острых соматических заболеваний и длительность ГКР менее 6 мес.

Результаты и обсуждения.

В дошкольном и/или раннем школьном возрасте родители (опекуны) и педагоги (воспитатели) всех обследуемых обратились за психиатрической помощью с основными жалобами: на расторможенность, неусидчивость, непоседливость, импульсивность, неуправляемость поведения, отсутствие самоконтроля, несдержанность, вспыльчивость, отвлекаемость на уроках, трудность продолжительной концентрации внимания, что мешало им и окружающим детям усваивать программный материал, а учителям – вести урок.

При амбулаторном обследовании (психиатр, невропатолог, окулист, психолог, логопед) были выявлены дополнительные симптомы: драчливость (94), задержка психического развития (50), энурез (42), головная боль после нагрузки (33), нарушение координации движений (30), нарушение зрения (30), несформированность школьных навыков (27), тикоидные подергивания мышц (20) лица (10), шеи (5), плеч (5), расстройства речи в виде нарушения звукопроизношения (15) и заикания (11), уходы с уроков (6), кражи (5), эпизодическое употребление алкоголя (5), вдыхание паров токсических веществ (5), ЧМТ (2). При ЭЭГ исследованиях в раннем школьном возрасте в 97 случаях (97%) обнаружены умеренные или выраженные диффузные изменения (в 16 случаях из них – пароксизмальность), а в 3 случаях (3%) изменений не обнаружено.

На основании исследования установлено, что в 7-8 лет симптомы ГКР в 98% случаев сочетаются с расстройством поведения (РП): несоциализированным (50%), вызывающим оппозиционным (42%), социализированным (5%) и ограничивающимся рамками семьи (1%). Лишь в 2% случаев ГКР не сопровождалось коморбидным РП.

Сочетание ГКР с несоциализированным РП (50%) характеризовалось тем, что дети находились в изоляции от коллектива и, как правило, в драках, хулиганских действиях, кражах, уходах с уроков участвовали в одиночку и не имели дружеских отношений со стороны сверстников. В классе характеризовались изгоями, и их многократно избивали одноклассники, в результате чего они получали травмы головы. В других случаях дети, находясь в изоляции от коллектива, не имея в классе друзей, отличались хорошей изворотливостью, и учителя к ним испытывали симпатию и наказывали соперника.

На втором месте (42%) по частоте выявляется сочетание ГКР с вызывающим оппозиционным расстройством, которое характеризуется стойким протестным поведением, как правило, в школе и категорическим отказом от учебы и посещения школы. Дети имели дружеские отношения со сверстниками. Категорически отказывались от посещения школы в связи с трудностями в учебе. Комплексный подход - индивидуальное обучение и психокоррекционная работа в сочетании с медикаментозной терапией (ноотропы, витами-

ны, успокаивающие травяные сборы, сонапакс) - имел положительный результат, и в дальнейшем дети возвращались к обучению в классе.

Намного реже в раннем школьном возрасте встречалось социализированное РП (5%). Это дети из асоциальных семей, в которых родители злоупотребляли алкоголем и дети не имели должного присмотра. Уже в дошкольном возрасте они впервые попали на прием к психиатру в связи с расторможенностью, неусидчивостью, непоседливостью, неуправляемостью, несдержанностью, отсутствием самоконтроля, вспыльчивостью, отвлекаемостью, трудностью продолжительной концентрации внимания, а в раннем школьном возрасте задержаны милицией в компании асоциальных подростков, совместно с которыми вдыхали пары токсических веществ и периодически алкоголизировались. Алкоголь впервые попробовали в семье во время алкогольных эксцессов родителей.

В 1 случае (1%) ГКР сочеталось с расстройством поведения, ограничивающемся рамками семьи. В этом случае в 6-летнем возрасте психиатром зарегистрированы основные симптомы ГКР, а в раннем школьном возрасте дополнительно появилось аномальное поведение в семье: кражи денег и ценностей, порча мебели и вещей. Ребенок воспитывался в семье с отчимом и младшим сводным братом. После переезда ребенка в 10-летнем возрасте на постоянное жительство к бабушке с дедушкой, которые очень его любили, кражи и порча мебели и вещей прекратились.

В пубертатном возрасте особенность ГКР состоит в том, что меняется структура клинической картины - выраженность основных симптомов и соотношение их с коморбидными расстройствами. У 100% в школьных характеристиках, дополненных у 52% психологическим исследованием (48% пациентов психологическое исследование в этом возрасте не проходили), и при расспросе всех 100 обследуемых отмечено сохранение основной триады симптомов ГКР. Двигательное беспокойство, расторможенность, достигнув максимума в раннем школьном возрасте, у всех детей к 13-14 годам уменьшаются, о чем свидетельствует появление возможности находиться в классе и приобретать знания - все 100 детей смогли окончить 7 классов массовой школы. Импульсивность в этом возрасте, как и раннем школьном, выражалась в том, что отсутствовала способность сдерживать свои действия (выкрикивали в классе с места, часто вскакивали из-за парты и ходили по классу во время уроков и контрольных). В более тяжелых случаях импульсивность проявлялась в отсутствии способности планировать свои действия, и подростки легко поддавались сиюминутному желанию, участвуя в драках, совершая правонарушения. Неустойчивость внимания обследуемые описывали так: во время уроков не всегда получалось выслушать весь материал с начала до конца, и новый материал, рассказанный учителем, не могли сразу последовательно рассказать, усваивали только при многократном прочтении дома и даже после этого получали оценку «3», на уроках становилось скучно, возникали сонливость или раздражительность. В 62% взрослые пациенты отмечали у себя в 13-14 лет усталость и чрезмерную сонливость, раздражительность, частые ссоры с друзьями, непонимание родителями их проблем. В 32% были сообщения о напряженной обстановке в классе. В 37% (в 10 отсутствовали коморбидные РП и эмоций) в 13-14 лет отмечалась положительная динамика

основных симптомов ГКР: подростки полностью усваивали школьную программу, хотя имели по основным предметам текущую оценку «3», и при этом отсутствовали серьезные проблемы поведения, а интеллект соответствовал возрастной норме.

В пубертатном возрасте чаще, чем в младшем школьном возрасте, встречались кражи (20), ЧМТ (14), прогулы в школе (12), вдыхание паров токсических веществ (12), употребление алкоголя (8). У 20 обследуемых появились подергивания мышц лица (18), плеч (2), и в результате к 13-14 годам тиками страдали 40 подростков. К пубертатному возрасту появились дополнительные расстройства, которых в раннем школьном возрасте не отмечалось: уходы из дома (13), бродяжничество (4), использование слабых для нестандартного удовлетворения сексуальных потребностей (6). К этому возрастному периоду постоянно участвовал в драках 41 подросток, состояли на учете в ИДС 39 человек (хулиганство - 30, сексуальные эксцессы - 6, вымогательство - 3 случая). Отмечена и положительная динамика сопутствующих расстройств к 13-14 годам: прекратился энурез (32), выработались учебные навыки (24), нормализовалось звукопроизношение (занимались у логопеда) (10), прекратилось заикание (2). Стационарно лечились 6 подростков.

В 52% основные симптомы ГКР сопровождалась РП: несоциализированным (29 чел.), социализированным (23 чел.). У 15 человек (29%) с несоциализированным и у 18 человек (35%) с социализированным РП все основные симптомы ГКР были достаточно выраженными, что подтверждалось неуспеваемостью в школе и проблемами взаимоотношений со сверстниками. Не смогли окончить 9 классов массовой школы 26 человек, перевелись в школу рабочей молодежи 13 человек, оставили учебу после окончания 7-8 классов 17 человек (32,5%). У 19 человек имелась тенденция к уменьшению выраженности двигательной расторможенности и улучшению внимания на фоне сохраняющейся импульсивности.

У 36 человек (36%) наряду с основными симптомами ГКР отмечались тревожные черты характера и вегетативные симптомы (бледность, озноб, головокружения, предобморочные состояния). В этой группе матери 17 детей (47%) имели тревожные личностные черты. В 27% на фоне общего уменьшения расторможенности, импульсивности, улучшения внимания взрослые пациенты отмечали у себя в пубертатном возрасте тревожность при ответах у доски, тревогу за здоровье, за сохранение дружеских отношений со сверстниками. Они беспокоились, что не смогут ответить перед классом на заданный учителем вопрос, сильно переживали за поставленные, казалось заниженные, оценки, тревожились за то, что могут остаться в одиночестве, и, примыкая к лидерам класса, находились в роли ведомых. В 9 (25%) случаях сохранившееся выраженное расторможенное поведение, импульсивность и невнимательность по-прежнему выявлялась педагогами, психологом, психиатром и мешало обучению и поддержанию дружеских отношений с одноклассниками. Матери 8 из этих 9 человек имели возбудимые черты характера со склонностью к агрессии, страдали алкоголизмом.

В 2% симптомы расторможенности, невнимательности, непредсказуемости, повышенной возбудимости, раздражительности, эмоциональной лабильности, плаксивости, несдержанности эмоций и гневливости с расстройством

сна и повышенной утомляемостью в пубертатном возрасте врачом диспансера были расценены как «неврастения». Эти подростки были из асоциальных семей и после лишения родителей родительских прав поступили в школу-интернат.

Согласно МКБ-10 выделены к 13-14 годам следующие клинико-динамические варианты ГКР:

- 1) F90.0 - Нарушение активности и внимания сохраняется – 2;
- 2) F90.1 (с F91.0) трансформируется в F90.0 - ГКР (с РП ограничивающим рамки семьи) трансформируется в нарушение активности и внимания – 1;
- 3) F90.1 (с F91.1) трансформируется в F90.1 (с F91.2) – ГКР (с несоциализированным РП) трансформируется в ГКР (с социализированным РП) – 18;
- 4) F90.1 (с F91.1) сохраняется - ГКР (с несоциализированным РП) сохраняется – 29;
- 5) F90.1 (с F91.2) сохраняется - ГКР (с социализированным РП) сохраняется – 5;
- 6) F90.1 (с F91.3) трансформируется в F90.0 - ГКР (с вызывающим оппозиционным расстройством) трансформируется в нарушение активности и внимания – 7;
- 7) F90.1 (с F91.3) трансформируется в F92 - ГКР (с вызывающим оппозиционным расстройством) трансформируется в смешанным РП и эмоций – 38.

Два кода шифровки используются в связи с тем, что при F90.1 (гиперкинетическое расстройство поведения) выявленные у ребенка общие критерии гиперкинетического расстройства (F90.-) сочетаются с расстройством поведения (F91.-). Код F92 включает в себя сочетание критериев расстройства поведения детского возраста (F91.-) и невротических расстройств.

У взрослых пациентов с ГКР согласно «Ютским критериям синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у взрослых» отмечались постоянная двигательная активность и нарушение внимания, а также два или более следующих признаков: эмоциональная лабильность, неспособность до конца выполнить задание, вспыльчивость, непереносимость стресса, импульсивность. Поведение взрослых пациентов с ГКР характеризовалось постоянной двигательной активностью, сочетающейся с нарушением внимания. Пациент все время в движении, напряжен, «нервозен», что не связано с тревогой ожидания, не способен подолгу делать что-либо сидя (смотреть кино или телевизор, читать газету), все время на ногах; когда не двигается - чувствует себя неудобно. Он не способен сосредоточиться на теме разговора, отвлекаем, не может отвлечься от посторонних раздражителей, даже если пытается сделать это, не способен сосредоточиться на чтении, на работе, забывчив, часто теряет вещи или кладет их не на место, забывает, что хотел сделать, думает о постороннем («витает в облаках»). Эти особенности пациент замечал сам, или о них ему говорили окружающие. Кроме того, характерны эмоциональная лабильность, неспособность до конца выполнить задание, вспыльчивость, чувствительность, несдержанность, импульсивность. Нарушения внимания и способности к оперированию пространственными образами выявлялись при психологическом исследовании, проводимом в призывном возрасте (S-тест). Оценка проводится по 10-балльной шкале. С выраженным (1-4 балла) нарушением вни-

мания и нарушенными способностями оперировать пространственными образами были 59%, без выраженного нарушения (5-8 баллов) — 38%. Хороший результат S-теста (9-10 баллов) был у 3 человек (3%). Это свидетельствует, что в 17-18 лет в 59% выражено нарушение внимания.

По достижении совершеннолетия были судимы 66 человек: за мелкое хулиганство и драки (50), за разбой и грабеж (5), за изнасилование (5), за нанесение телесных повреждений (4), угон автомобиля (2). Из них 10 человек отбывали наказание в местах лишения свободы. В анамнезе в 9 случаях отмечались демонстративные аутоагрессивные действия (порезы предплечья - 8, самоудушение - 1).

Все пациенты в 17-18 лет были разделены на 2 группы: с ГКР (44%) и без ГКР (56%). Расстройства, выявленные в призывном возрасте и их сочетание с ГКР указаны в табл. 1.

Таблица 1.

Расстройства, выявленные в призывном возрасте и их сочетание с ГКР.

Диагноз в призывном возрасте (17-18 лет)	С ГКР 17-18 лет		Без ГКР 17-18 лет	
	абс.	%	абс.	%
Акцентуация характера (1 группа)	-	-	10	18
Расстройства личности (2 группа)	13	30	8	14
ПОПГМ с неврозоподобными и/или эмоционально-волевыми расстройствами (3 группа)	6	14	33	59
ПОПГМ с когнитивными расстройствами или интеллектуально-мнестическим снижением (4 группа)	25	56	5	9
Итого:	44	100	56	100

ПОПГМ - последствия органическое поражение головного мозга.

Отмечается параллелизм между ГКР и расстройством личности, ГКР и интеллектуально-мнестическим снижением. Органическое недоразвитие приводит к поврежденному развитию: расстройству эмоциональной сферы с расторможенностью влечений, когнитивным расстройствам. Интеллектуальная недостаточность – негативный симптом - определяет специфику и тяжесть ГКР.

Установлено, что ГКР, ретроспективно выявленное в структуре диагнозов у пациентов в 17-18 лет, сохраняется в 21-25 летнем возрасте в том же количестве - 44%. Как в 17-18 лет, так и в 21-25 лет, кодируется не ГКР, а текущее основное состояние. Отсутствие ГКР у 56% взрослых пациентов подтверждает возможность возрастной компенсации ГКР. Интеллектуально-мнестическое снижение на фоне последствий органического поражения головного мозга и выраженные расстройства личности являются достоверно неблагоприятным прогностическим признаком для сохранения ГКР в 17-18 и 21-25 лет.

Следует отметить, что в раннем школьном возрасте детям был выставлен диагноз: «Синдром двигательной расторможенности» (50%), «Синдром двигательной расторможенности, задержка психического развития» (50%). Несмотря на выраженность симптомов сопутствующих расстройств (поведения или эмоций), к пубертатному периоду в амбулаторных картах фигурировал диагноз: «Психопатоподобное поведение» (29%), «Патохарактерологическое развитие личности» (37%), «Патохарактерологическое развитие лично-

сти, психопатоподобное поведение» (32%), «Неврастения» (2%). В призывном возрасте (17-18 лет) ни в одном «акте состояния здоровья призывника» также не фигурирует диагноз ГКР, а имеют место следующие диагнозы: «Акцентуация характера по возбудимому (1), неустойчивому (4), сенситивному (4), шизоидному (1) типу»; «Расстройства личности (психопатии) по возбудимому (8), неустойчивому (4), истероидному (3), эмоционально-лабильному (3), тревожному (3) типу»; «ПОПГМ с невротоподобными (20) и/или эмоционально-волевыми (19) расстройствами»; «ПОПГМ с когнитивными расстройствами либо интеллектуально-мнестическим снижением (30)».

Заключение.

1. В раннем школьном возрасте основные симптомы ГКР характеризующиеся расторможенностью, неусидчивостью, непоседливостью, импульсивностью, неуправляемостью, отсутствием самоконтроля, несдержанностью, вспыльчивостью, отвлекаемостью, трудностью продолжительной концентрации внимания, в 98% случаев сочетается с расстройством поведения. Кроме того, симптомы ГКР сопровождаются задержкой психического развития, энурезом, головной болью, нарушением координации движений, нарушением зрения, несформированностью школьных навыков, тикоидными подергиваниями, расстройством речи, уходами с уроков, кражами, употреблением алкоголя и токсических веществ, ЧМТ. Все эти расстройства у 97 обследованных развиваются на органически неполноценной почве (по данным ЭЭГ), а в 16 случаях органически неполноценный фон сочетается с пароксизмальностью.

В пубертатном возрасте основные симптомы ГКР сохраняются у всех обследованных, но имеется тенденция к уменьшению их выраженности. Улучшается способность концентрации внимания, становятся менее выраженными расторможенность и импульсивность. В этом возрасте в 52% выявляется сочетание ГКР с РП, кроме того, в этом возрасте в 38% можно диагностировать ассоциацию ГКР с эмоциональными расстройствами. Чаще, чем в младшем школьном возрасте, встречаются кражи, ЧМТ, прогулы в школе, использование токсических веществ и алкоголя, тикоидные расстройства. Дополнительно появились уходы из дома и бродяжничество, использование слабых для нестандартного удовлетворения сексуальных потребностей. Отмечена и положительная динамика сопутствующих расстройств к 13-14 годам: прекратился энурез, выработались учебные навыки, нормализовалась речь.

Достигнув максимума в раннем школьном возрасте, двигательное беспокойство, расторможенность, расстройство внимания постепенно уменьшаются и к призывному возрасту входят в структуру расстройств личности, последствий органического поражения головного мозга с невротоподобными, эмоционально-волевыми, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Выявленные в призывном возрасте (44%) симптомы ГКР сохраняются у всех обследованных к 21-25 годам.

2. Выделено два основных варианта клинической динамики ГКР к 17-18 и 21-25 годам: 1) ГКР компенсируется (56%), 2) ГКР сохраняется (44%). Пациенты с ГКР имеют органически неполноценный фон, который способствует легкому развитию невротоподобных расстройств, а психопатоподобные реакции являются характерным типом реагирования незрелой личности. По-

степенно, при неблагоприятных ситуациях, формируется патохарактерологическое развитие личности, а в призывном возрасте становятся отчетливо выраженными симптомы эмоционально-волевой неустойчивости. В неблагоприятных условиях формируется психопатия. При наличии задержки психического развития на фоне органической неполноценности головного мозга и отсутствии коррекционного подхода для ее компенсации к призывному возрасту становится выраженной интеллектуальная недостаточность. Отмечается параллелизм между ГКР и расстройством личности, ГКР и интеллектуальной недостаточностью. Выраженные личностные расстройства и интеллектуальная недостаточность - неблагоприятные прогностические признаки для сохранения ГКР в 17-18 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1 Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология / Под общей ред. Ю.С.Шевченко, А.Л. Венгера – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006.- С. 45-66.

2. Дмитриева Т.Н. Девиантное поведение у детей и подростков с патохарактерологическими и психопатоподобными расстройствами (клинико-динамическое и клинико-динамическое исследование). - Диссертация на соискание ученой степени д.м.н. - Москва, 1996.

3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Москва, 2005. – 256 с.

4. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 285 с.

5. Куприн И.В. Клинические особенности становления органического расстройства личности (органической психопатии). - Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. - Челябинск, 2000.

6. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10.- М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.- 407 с.

7. Основы военного профессионального психологического отбора. Министерство обороны Российской Федерации. Учебное пособие разработано под общей редакцией В.И. Лазуткина, В.А. Жильцова, Г.М. Зараковского, Н.П. Островского. - М.: Военное издательство, 2005. – 463 с.

8. Основы военного профессионального психологического отбора. Министерство обороны Российской Федерации. Методическое пособие разработано под общей редакцией В.И. Лазуткина, В.А. Жильцова, Г.М. Зараковского, Н.П. Островского. - М.: Военное издательство, 2005. – 528 с.

9. Пивоварова Г.Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. - М., 1962.

10. Сизиков М.В. Клиническая и социальная динамика патохарактерологических формирований личности и психопатий в подростково-юношеском возрасте (клинико-эпидемиологическое исследование). - Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. – М., 1999.

11. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи / Экспертный доклад (на рус. яз.) – М.: 2007. – 64 с.

12. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1959, т. 2.
13. Сухотина Н.К., Красова А.В. Современные подходы к терапии гиперкинетических расстройств у детей // Социальная и клиническая психиатрия, Том 16, вып. 2. - С. 44-46.
14. Уэндер П., Шейдер Р., Психиатрия. Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. - М.: Практика, 1998. - 485 с.
15. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. J. Clin Psychiatry. 1998; 59 Suppl 7:4-16.
16. Clarke S., Heussler H., Kohn M.R. Attention deficit disorder: not just for children. Intern Med J. 2005; Dec; 35(12):721-5.
17. Crome I., Bloor R. Substance misuse and psychiatric comorbidity in adolescents. Curr Opin Psychiatry. 2005; Jul; 18(4):435-9
18. Davids E., Krause D.A., Specka M., Gastpar M. Analysis of a special consultation for attention deficit/hyperactivity disorder in adults. Gesundheitswesen. 2004; Jul; 66(7):416-22.
19. Donnelly C.L., Reimherr F.W., Young J.L. Differential diagnosis and treatment of adult ADHD and neighboring disorders. CNS Spectr. 2006; Oct; 11(10 Suppl 11):1-14.
20. Downey K.K., Stelson F.W., Pomerleau O.F., Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. J. Nerv Ment Dis. 1997; Jan; 185(1):32-8.
21. Essau C.A., Groen G. et. al. Frequency, comorbidity and psychosocial correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder. Results of a Bremen adolescent study. Fortschr Neurol Psychiatr. 1999; Jul; 67(7):296-305.
22. Faraone S.V., Biederman J., Spencer T., Mick E. et. al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? Am. J. Psychiatry. 2006; Oct; 163(10):1720-9.
23. Fones C.S., Pollack M.H., Susswein L., Otto M. History of childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) features among adults with panic disorder. J. Affect Disord. 2000; May; 58(2):99-106.
24. Kordon A., Kahl K.G. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHS) in adulthood. Psychother Psychosom Med Psychol. 2004; Mar-Apr; 54(3-4):124-36.
25. Laufkotter R., Eichhammer P., Hajak G. Adult attention deficit/hyperactivity disorder. MMW Fortschr Med. 2004; Aug 19; 146(33-34):31-4.
26. Lehmkuhl G., Sevecke K., Frohlich J., Dopfner M. Child is inattentive, cannot sit still, disturbs the classroom. Is it really a hyperkinetic disorder? MMW Fortschr Med. 2002; Nov. 21; 144(47):26-31.
27. Mannuzza S., Klein R.G., Bessler A., Malloy P., LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. Am. J. Psychiatry. 1998; Apr; 155(4):493-8.
28. Pliszka S.R. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2000; Jul; 9(3):525-40, vii.
29. Ramos-Quiroga J.A., Bosch-Munso R. et.al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a clinical and therapeutic characterization. Rev. Neurol. 2006; May; 16-31; 42(10):600-6.

30. Rasmussen K., Almvik R., Levander S. Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorders in a prison population. *J.Am.Acad.Psychiatry Law*. 2001; 29(2):186-93.

31. Resnick R.J. Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: they don't all outgrow it. *J.Clin.Psychol*. 2005; May; 61(5):529-33.

32. Souza I., Serra M.A., Mattos P., Franco V.A. Comorbidity in children and adolescents with attention-deficit disorder: preliminary results. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001; Jun; 59(2-B):401-6.

33. Souza I., Pinheiro M.A., Mattos P. Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; Jun; 63(2B):407-9. Epub. 2005 Jul 25.

34. Staller J., Faraone S.V. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*. – 2006. - 20 (2). - P.107-23.

35. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J.Clin.Psychol*. 2005; May; 61(5):535-47.

Е. А. Филиппова

**УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ УЧАЩИХСЯ
СРЕДНИХ И СТАРШИХ КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ШКОЛЫ ПО ДАННЫМ МЕТОДИКИ УНП
Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва).**

Данные официальной медицинской статистики и результаты специальных эпидемиологических исследований, проведенные самостоятельными исследовательскими группами в различных регионах страны, свидетельствуют о стойкой тенденции роста пограничных нервно-психических расстройств среди детей и подростков школьного возраста [3, 4, 5, 8, 9, 13, 15]. По отчетным данным, число выявленных больных нервно-психическими расстройствами детского и подросткового возраста к 1999 г., по сравнению с 1991 г., когда оно было самым низким в десятилетии, возросло на 41%. На конец 2005 г. заболеваемость детей и подростков психическими расстройствами в РФ составила 676,4 и 523,3 на 100 000 населения соответственно, болезненность – 3318,6 и 4047,4. Среди всей заболеваемости расстройства непсихотического характера составляют порядка 76,6%. Клинико-эпидемиологические исследования детско-подростковой популяции указывают на более чем 50% распространенность различной степени выраженности пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся массовых школ и ПТУ [4, 8, 12].

Продолжающийся рост психических нарушений в детско-подростковой популяции способствует определенному накоплению внебольничного и внедиспансерного контингента детей и подростков с легкими формами пограничных нервно-психических расстройств. Эти дети характеризуются высоким риском сопутствующих поведенческих расстройств и личностных аномалий, что, в конечном счете, может обусловить переход школьной дизадаптации в более генерализованную форму социальной дизадаптации. Проблемы средовой (психосоциальной) и психологической дизадаптации детей и подростков, в том числе и с пограничными психическими расстройствами (ППР),

возникающей в результате несоответствия социопсихологического и/или психофизиологического статуса ребенка требованиям новой ситуации, являются одними из наиболее актуальных вопросов современной детской, в частности, социальной детской, психиатрии [2, 5, 8, 9, 12, 15, 17].

На формирование психического здоровья подрастающего действует сложный комплекс экпатогенных, макро- и микросоциальных факторов, факторов биологического и психологического характера. Рост числа ППР в детско-подростковой популяции обусловлен, по мнению многих авторов, ухудшающимися экологическими условиями проживания, миграцией населения и ломкой национальных традиций, расслоенностью общества, возникшим в последние десятилетия идеологическим вакуумом с формированием патологических ценностей детско-подростковой субкультуры, пренебрежением требованиями здорового образа жизни, интенсификацией психоэмоциональных нагрузок, в том числе, связанных с процессом обучения и др. [4, 5, 7, 9, 12, 13, 14]. Несомненным является тот факт, что именно психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в общей профилактике патологии психического здоровья в целом. Низкий уровень психического здоровья школьников ограничивает их возможности получения полноценного общего образования.

В настоящее время сформирована «Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации на период до 2010 г.». Одним из направлений данной концепции является взаимодействие учреждений здравоохранения с органами образования и социальной защиты по различным медико-психосоциальным вопросам. Для детей с ППР это может быть осуществлено путем интеграции детской психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения и учреждения системы образования. В связи с этим возникает необходимость разработки диагностического алгоритма, приемлемого в условиях общеобразовательных школ для своевременной диагностики, оптимизации реабилитации и эффективной профилактики нарушений психического здоровья подрастающего поколения.

С этой целью нами было проведено изучение возможности использования методики определения общего уровня невротизации и психопатизации (УНП) как одной из составляющих скринингового диагностического алгоритма по выявлению пограничных нервно-психических расстройств детей и подростков в условиях общеобразовательных школ.

УНП, разработанная в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева для выявления и количественной оценки расстройств невротического и патохарактерологического спектра у взрослых [10], в дальнейшем апробирована и рекомендована для скрининг-диагностики пограничной психической патологии в детско-подростковых коллективах Н. К. Сухотиной и Н. К. Асановой [13]. Методика имеет две независимые шкалы (невротизации и психопатизации), каждая из которых содержит по 40 диагностически информативных вопросов, отражающих ведущие признаки невротических и психопатических состояний, а также шкалу неискренности, используемую для определения достоверности ответов. Каждое утверждение имеет свой диагностический коэффициент, отрицательная величина которого свидетельствует в пользу патологии, положительная – против. Итоговая оценка представляет собой алгебраическую

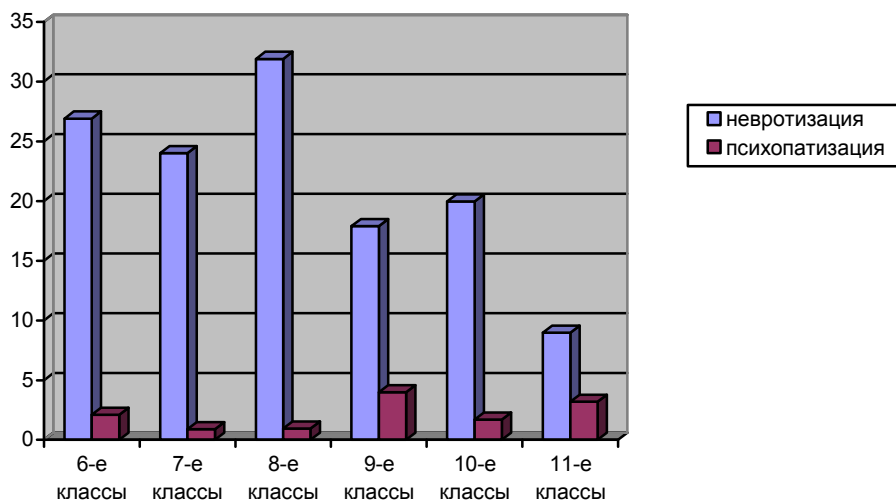
сумму диагностических коэффициентов ответов конкретного испытуемого по каждой из двух шкал и позволяет сделать заключение о высоком или низком уровнях невротизации и/или психопатизации обследуемого. Методика УНП рекомендована для предварительной диагностики с целью выявления «групп риска» по развитию ППР, так называемых «предболезненных состояний», «расстройств донозологического уровня» [1, 6, 10, 13].

С помощью личностной анкетной методики УНП нами были обследованы учащиеся 6-11 классов общеобразовательной школы г. Москвы, всего 281 ученик. 35 (12,5%) протоколов обследования оказались недействительными: в 30 случаях показатели по шкале неискренности превышали допустимые, а 5 анкет были испорчены. Из 246 учащихся, ответы которых анализировались, 108 (43,9%) составили юноши, 138 (56,1%) – девушки.

Низкие показатели невротизации и психопатизации по данным методики УНП выявлены у 60,2% школьников. При сравнительном анализе выявленных показателей с учетом пола установлено, что из 148 учеников, обнаруживших низкие показатели по шкалам невротизации и психопатизации, 60,1% составили девушки, 39,9% юноши. Это обусловлено более высокой эмоциональной реактивностью девушек с возникновением у них реакций невротического спектра – 63,3% и 36,7% соответственно. В отношении спектра расстройств личности подобных различий выявлено не было. Рассмотрим полученные данные более подробно.

Диаграмма 1.

Показатели уровней невротизации и психопатизации учащихся с распределением по году обучения.



Как видно из представленных данных, наиболее высокий уровень невротизации учащихся 9-х классов среди средней возрастной группы и учащихся 11-х классов среди старшей, по нашему мнению, определяется многими факторами: интенсификацией школьных нагрузок, предстоящими экзаменами и проблемами дальнейшего обучения, изменением социального статуса и сменой жизненного стереотипа в связи с окончанием школьного обучения и др.

Таблица 1.

Уровень невротизации и психопатизации учеников общеобразовательной школы с распределением по полу и году обучения.

классы	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
6-е	+25,8±6,02	+28±3,04	+2,2±2,09	+1,9±2,05
7-е	+34,6±7,64	+13,5±5,17	-2,7±2,81	+4,6±3,33
8-е	+45,3±6,76	+18,6±4,4	-1,1±,91	+3±2,55
9-е	+25,1±7,92	+10,7±4,16	+4,9±2,73	+3,1±2,54
10-е	+19,2±8,45	+20,7±3,82	+1,3±2,48	+3,2±2,66
11-е	+7,2±8,08	+10,8±3,8	+3,5±1,8	+2,9±1,49

Примечание: цифры показывают среднеарифметические данные уровня невротизации и психопатизации со средней ошибкой средней арифметической.

Низкий уровень психопатизации учащихся старших классов по сравнению с высоким в 7-8-х, по-видимому, в значительной степени обусловлен феноменом «учебно-педагогического фильтра» [16], когда наиболее дизадаптированные подростки покидают школу по окончании 9 класса. К тому же, к 15-16 годам завершается «негативная фаза пубертата», и поведенческие реакции и социальные установки подростков перестают носить столь яркий дизадаптивный характер.

Однако, помимо общих школьных (год обучения, уровень нагрузок, изучаемые предметы и др.) и биологических («кризисные периоды») факторов, на психоэмоциональное состояние учащихся влияют также и более индивидуализированные – соответствие физиологического и психологического статуса ребенка школьным требованиям, взаимоотношения между учениками внутри коллектива, отношения между учащимися и педагогами, построение учебного процесса на протяжении всех лет обучения, компетентность преподавательского состава в проблемах подростковой субкультуры и др.

М. Rutter с коллегами [18] заключили, что некоторые школы могут укрепить психическое здоровье, в то время как другие – способствуют его расстройству. Важными факторами, влияющими на успеваемость и поведение детей, являлись награды и похвала, комфортная для учеников обстановка в школе, ответственность учеников и их участие в жизни школы, компетентность преподавателей в управлении классом и эффективная организация работы коллектива. В целом эти факторы отражают наличие в школе стабильных ценностей и норм, которые принимают ученики [11].

Таким образом, по нашему мнению, интересными являются сравнительные данные значения уровней невротизации и психопатизации среди учащихся отдельных классов.

В приведенных ниже диаграммах №№ 2-3 и таблицах №№ 2-7 представлены показатели уровней невротизации и психопатизации учащихся 6-11 классов общеобразовательной школы.

Диаграмма № 2.

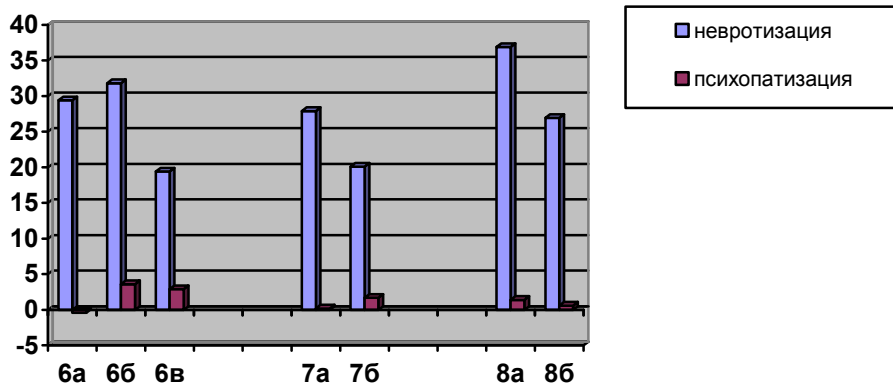


Диаграмма №3

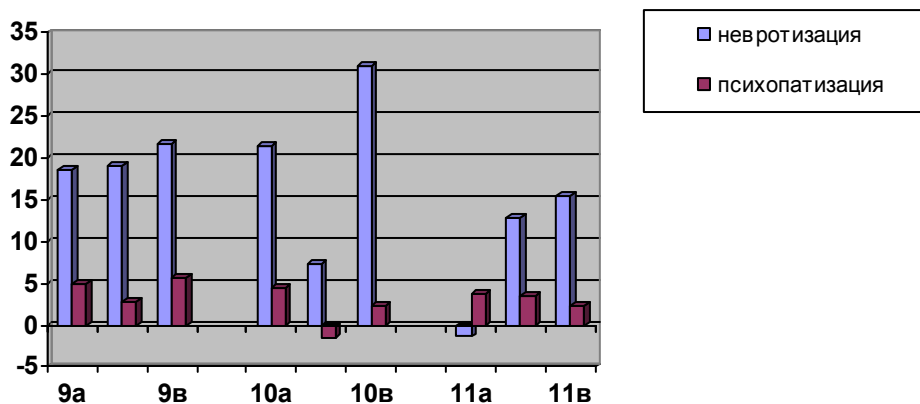


Таблица № 2.

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
6а	+20,9±11,68 от -47 до +47	+37,9±4,76 от +7 до +57	+5,8±5,09 от -19 до +22	-6,5±3,05 от -24 до +8
6б	+33,3±8,82 от 0 до +71	+30,3±5,57 от -4 до +50	-4,1±2,36 от -15 до +4	+11,3±3,71 от -15 до +21
6в	+23,2±4,94 от 0 до +44	+15,7±6,18 от -11 до +44	+5,1±2,47 от -6 до +16	+0,8±4,72 от -20 до +22

Таблица №3

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
7а	+35,6±11,17 от +14 до +60	+20,1±7,08 от +1 до +58	-2,8±6,07 от -12 до +13	+3,1±2,98 от -12 до ,12
7б	+33,4±13,08 от +4 до +72	+6,8±4,62 от -4 до +20	-2,6±2,89 от -10 до +5	+6±6,73 от -7 до +28

Таблица № 4.

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
8а	+45,2±8,86 от -5 до +88	+28,7±5,06 от +4 до +49	-1,2±4,1 от -23 до +20	+3,9±4,05 от -21 до +15
8б	+45,3±13,37 от -12 до +71	+8,6±6,15 от -13 до +31	-1±4,83 от -16 до +14	+2,1±2,93 от -11 до +10

Таблица № 5.

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
9а	+29,4±13,71 от -35 до +87	+7,5±4,74 от -19 до +27	+6,9±4,72 от -19 до +23	+2,9±3,71 от -6 до +30
9б	+24,2±12,72 от -11 до +68	+13,9±6,86 от -34 до +38	+2,2±5,48 от -13 до +21	+3,4±3,33 от -14 до +21
9в	+21,7±9,56 от +11 до +39	-----	+5,7±1,71 от +4 до +9	-----

Таблица № 6.

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
10а	+41,3±15,28 от -48 до +88	+1,7±4,83 от -17 до +13	+0,6±3,6 от -18 до +14	+9,3±4,19 от 0 до +26
10б	-10,5±16,75 от -32 до +72	+25,3±4,75 от +9 до +43	+3,5±4,51 от -6 до +22	-6,4±2,93 от -17 до +4
10в	+26,6±10,68 от +5 до +49	+35,2±5,67 от -10 до +62	+1±5,34 от -10 до +12	+3,5±4,33 от -18 до +37

Таблица № 7.

класс	уровень невротизации		уровень психопатизации	
	м	д	м	д
11а	-11,3±18,02 от -56 до +73	+8,5±6,95 от -35 до +38	+3±4,19 от -12 до +18	+4,6±3,24 от -11 до +23
11б	+17,9±18,86 от -58 до +77	+7,9±5,84 от -22 до +25	+4,3±3,91 от -10 до +18	+2,8±2,11 от -7 до +10
11в	+15±14,01 от -26 до +61	+15,9±6,88 от -25 до +52	+3,3±3,06 от -6 до +13	+1,3±2,68 от -11 до +19

Примечание: 1-я строка цифр показывает среднеарифметические значения уровней невротизации и психопатизации со средней ошибкой средней арифметической; 2-я строка – диапазон колебаний индивидуальных балльных оценок.

Как видно из представленных данных, определяются классы, в которых, при равном влиянии общих школьных (год обучения, изучаемые предметы, уровень нагрузок и др.) и биологических (пол, возраст) факторов, психоэмоциональное состояние учащихся выражается более низкими показателями по шкалам невротизации и психопатизации опросника УНП. Так, например, в

нашем исследовании среди 10-х классов был выявлен класс (10б) с низкими по сравнению с другими 10-ми классами показателями по шкалам невротизации и психопатизации опросника. При рассмотрении данных с учетом пола установлено, что у юношей определяется высокий уровень невротизации, в то время как у девушек средний уровень невротизации в пределах нормы. Также мы видим, что у девушек данного класса средний уровень психопатизации значительно выше, чем в параллельных классах, а у юношей лишь незначительно повышен. Т. о., данные, полученные с помощью методики УНП, свидетельствуют о наличии проблем психоэмоционального характера среди учащихся представленного класса и требуют дальнейшего обследования учеников с целью выявления причин подобного явления.

Анализируя индивидуальные балльные оценки, следует отметить, что и в классах с общими благоприятными показателями по шкалам невротизации и психопатизации, и в классах с низкими значениями показателей по данным шкалам есть ученики, которых по результатам тестирования можно отнести к «группе риска» по развитию ПППР. Целью данной статьи не являлось подробно останавливаться на индивидуальных факторах, которые приводили к изменению психоэмоционального состояния учащихся. Основной задачей проведенного исследования было показать, что личностная анкетная методика УНП может использоваться как одна из скрининг-методик по выявлению детей и подростков с нервно-психическими расстройствами, выраженными как на клиническом, так и доклиническом уровнях среди учащихся массовых школ г. Москвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанова Н. К., Сухотина Н. К., Ермолина Л. А. и др. Ранняя диагностика патологических форм девиантного поведения и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий у детей и подростков. Методические рекомендации МЗ РФ. – М., 1992.
2. Вострокнутов Н. В. Социально обусловленные расстройства у детей и подростков: диагностический и коррекционный аспекты / Всероссийская конференция: «Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии». – Волгоград, 2007. – С. 18-20.
3. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). – М., 2000.
4. Дмитриева Т. Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Российский психиатрический журнал, 2001, № 4. – С. 4-8.
5. Иовчук Н. М. Психопатологические механизмы школьной дизадаптации. Школьная дизадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М., 1995. – С. 23-25.
6. Кравченко Н. Е. Уровень невротизации и психопатизации у пятнадцатилетних подростков общей популяции // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2004 (4), № 1. – С. 81-84.
7. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1985.
8. Макушкин Е. В. Современное состояние детской психиатрии в РФ / Второй национальный конгресс « Социальные преобразования и психическое

здоровье». - М., 2006.

9. Макушкин Е. В., Вострокнутов Н. В., Раевская Л. Г. Стратегия социальной детской психиатрии: международный опыт, организационные и клинические направления помощи / Всероссийская конференция: «Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии». - Волгоград, 2007. - С. 8-12.

10. Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) Методические рекомендации. – Л. : Изд. инст. им. Бехтерева, 1980.

11. Слободская Е. Р., Сафронова М. В. Психическое здоровье российских школьников. Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку / Сборник материалов международной национальной практической конференции. - Архангельск, 2007. - С. 47-48.

12. Сухотина Н. К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Социальная и клиническая психиатрия, 1999, № 4. – С. 34-38.

13. Сухотина Н. К., Асанова Н. К. Опыт использования личностной анкетной методики по определению уровня невротизации и психопатизации среди подростков / В кн.: Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрические и неврологические аспекты). – М., 1989. - С. 39-43.

14. Табачников А. Е. Условия формирования пограничных психических расстройств у учащихся нового типа // Российский психиатрический журнал, 1998, № 1. - С. 36-38.

15. Чубаровский В. В. Пограничные психические расстройства у учащихся подростков и их прогностическое значение: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1988.

16. Чубаровский В. В., Карпова Г. Л. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах // Журнал неврологии и психиатрии, 2001, № 7. - С. 54-57.

17. Шмакова О. П. Школьная несостоятельность детей и подростков, страдающих психическими расстройствами (распространенность, проявления, динамика) // Психиатрия, 2003, № 5. - С. 46-52.

18. Rutter M. School influences on children's behavior and development. – In: Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development. – 1981. – p. 170-197.

Л. О. Пережогин, Н. В. Вострокнутов

**ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ,
БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Москва).**

В современной психиатрии, как в России, так и за рубежом, принята концепция, согласно которой расстройства личности представляют собой стойкие изменения зрелой личности, характерные для взрослых пациентов. В многочисленных работах, посвященных детской психиатрии и расстройствам личности, авторы отмечают, что расстройства зрелой личности формируются к 18-20 годам, однако имеют начало развития в подростковом возрасте. При этом клиницисты, наблюдающие формирование у подростков расстройств

личности, традиционно диагностируют до периода совершеннолетия другие формы психических расстройств, например, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F90-98) [4]. Ведущими при диагностике являются критерии стойкого поведенческого расстройства более 6 мес. и степень тяжести нарушений социальных норм, соответствующих возрасту. Известно, что выделяемые формы оппозиционно-вызывающего, агрессивного или диссоциального поведения могут быть свойственны как подросткам с формирующимися расстройствами личности, независимо от их типа, так и здоровым подросткам в силу присущих пубертатному периоду конфликтности, оппозиционности. Данные признаки могут сопутствовать и таким формам глубокой психической патологии, как шизофрения.

Абсолютизация критерия тяжести поведенческого расстройства в рамках «социопатической» концепции приводит к тому, что расстройства личности отождествляются с асоциальным поведением. Например, в качестве критериев расстройств личности, которыми до сих пор руководствуются американские врачи, выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характеристика трудовой деятельности, неблагоприятная история семейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными напитками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к самоубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бродяжничество, патологическая лживость, безрассудные поступки» [12]. С позиций клинической психиатрии, диагностика расстройства личности по «социопатическим» критериям считается неадекватной, что неоднократно подтверждалось клиническими исследованиями формирования аномальных личностных свойств у детей и подростков [5, 6, 7, 10].

Концепцией, объединяющей континуум пограничных психических расстройств, включая расстройства личности, является базирующаяся на основных биологических представлениях концепция адаптации. В аспекте этой концепции Ю.А. Александровским [1] предложено понятие «барьера», или уровня психической адаптации. При этом любой поведенческий паттерн, или устойчивый поведенческий стереотип, в том числе и при расстройстве личности, зависит, по сути, от трех составляющих: собственно личности, ситуации, вызывающей прорыв «барьера», или уровня психической адаптации, и следующих за ним психопатологических проявлений, складывающихся в психопатологическую единицу - синдром, поддающийся клинической оценке [7].

Статистические исследования на протяжении многих лет показывают, что для всех форм расстройств личности характерно криминальное поведение. В связи с этим напрашивается вывод: чем более глубоко расстройство личности (независимо от его типа), тем более выражен уровень дизадаптивности и связанный с ним асоциальный радикал в поведении больного. Поскольку расстройство личности формируется в подростковом возрасте, то для несовершеннолетних с личностной патологией риск асоциального поведения в целом должен быть исключительно высоким.

Настоящее исследование проведено на 176 несовершеннолетних правонарушителях. Контрольную группу (116 человек) составили школьники сопоставимого возраста, не обнаружившие в процессе обследования признаков

психических расстройств.

В соответствии с психическим состоянием выделены 6 групп. Группу 1 составили 56 несовершеннолетних, обнаруживших признаки формирующихся расстройств личности. К группе 2 отнесены 24 подростка со сформированными уточненными формами расстройств личности (F60–F62, кроме F60.2, по МКБ-10). В группу 3 вошли 17 детей с признаками умственной отсталости легкой степени выраженности, укладывающимися в диагностические рубрики F70, F70.1, F70.8, по МКБ-10. В группу 4 включены 42 правонарушителя с признаками органического поражения головного мозга различного генеза (раннего, травматического, интоксикационного). В группу 5 объединены 37 психически здоровых несовершеннолетних правонарушителей. Группа 6 – контрольная (подростки психически здоровы и не совершали уголовно наказуемых поступков).

Основной метод исследования - клиничко-психопатологический. Оценивался анамнез, изучалась динамика состояния несовершеннолетних, анализировалось актуальное состояние, предшествующее правонарушению, в момент правонарушения и в период проведения интервью. Личностные особенности несовершеннолетнего сопоставлялись с деталями криминального эпизода и анализом типа реагирования в эмоционально значимых ситуациях. Использовались данные экспериментально-психологического исследования с применением методик, направленных на оценку памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ, уровень притязаний, шкала Спилберга, методы ТАТ, Роршаха, Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки). Для оценки волевых расстройств использовалась «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» [11], вопросник которой адаптирован для работы с несовершеннолетними. Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартных статистических методик в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74.

Средний возраст обследованных составил 13,5; 14,0; 13,5; 13,4; 13,4; 12,6 лет по группам соответственно. Юноши составили около 90% от всех несовершеннолетних (96,4%; 83,3%; 94,1%; 97,6%; 94,5%; 91,4% по группам соответственно). Достоверно больше девушек ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) было в группе 2 (подростки с расстройствами личности).

Среди подростков-правонарушителей высока доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения (социальных сирот) – 19,6%; 4,1%; 47,1%; 23,8%; 10,8% по группам 1-5 соответственно, показатель группы 3 достоверно выше, показатель группы 2 – достоверно ниже ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Среднее число детей в семье составило 2,1; 1,8; 2,6; 1,8; 1,8 по группам соответственно, показатель группы 3 достоверно выше ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). В контрольной группе этот показатель самый низкий: 1,2 ребенка на семью.

Подростки групп 1 и 3 были, как правило, младшими детьми в семьях (имели старших братьев и сестер - 76,8% и 94,2% по группам 1 и 3), их старшие братья и сестры жили обычно отдельно от семьи, мало общались со своими родителями, большинство вело социальный образ жизни. У подрост-

ков группы 1 31,4% братьев имели судимости либо отбывали наказание в местах лишения свободы. Вероятно, подобная динамика обусловлена тем, что подростки в группе 1 воспитывались в семьях с толерантным отношением к криминальному поведению, а подростки группы 3, являясь младшими детьми в семьях, рождались в тот период, когда их родители окончательно утрачивали связь с социумом, спивались, лишались работы, средств к существованию, начинали промышлять мелким воровством, попрошайничеством.

Хорошие отношения в семье были у 30,4% подростков в группе 1, у 58,3% в группе 2, у 23,5% в группе 3 (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), у 45,2% в группе 4, у 62,1% в группе 5 и у 89,7% в контрольной группе. Конфликтные отношения встречались в 41,1%; 37,5%; 29,4%; 23,8%; 24,3% по группам 1-5 соответственно, в контрольной группе – в 9,5%. В то же время в группах 1 и 3 была достоверно выше ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) доля семей, в которых отношения родителей к детям было безразличным (16,1% и 17,7% по группам соответственно). Связь социальной ситуации в семье и криминального поведения подростков отражена в табл. 1.

Таблица 1.

Связь ситуации в семье с криминальным поведением (в %).

Факторы	Группы					
	1	2	3	4	5	Контроль
Социальное сиротство	19,6	4,1 [^]	47,1*	23,8	10,8	0 [^]
Хорошие отношения в семье	30,4	58,3	23,5 [^]	45,2	62,1	89,7*
Конфликтные отношения в семье	41,1	37,5	29,4	23,8	24,3	9,5 [^]
Подростки никогда не посещали школу	7,1	4,2	11,8*	9,5	0	0
Подростки неграмотны	7,1	0	23,5*	11,9	2,7	0
Подростки работают	10,7	29,2*	5,8 [^]	11,9	18,9	6,9
Подростки попрошайничают	46,4	12,5 [^]	70,5*	28,6	13,5	0 [^]
Подростки совершают преступления	60,7*	33,3	88,2*	54,8	29,7	0 [^]

* - достоверное ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) превышение показателей других групп;

[^] - достоверно более низкие показатели.

Отчетливо прослеживается связь между высокими показателями социального сиротства и низким уровнем хороших отношений в семье и неграмотностью, попрошайничеством, криминальным поведением (см. группу 3). Также в группе 2 при низком уровне социального сиротства и с хорошими отношениями в семьях отмечается невысокий уровень попрошайничества, криминального поведения при значительной включенности в трудовую занятость.

Эти данные коррелируют с высокой частотой внутрисемейной патологии, которая, несомненно, отягощает характер семейных отношений. Во всех группах отмечена внутрисемейная патология. Среди психических рас-

стройств доминировал алкоголизм. Им страдали 57,1% отцов и 57,1% матерей в группе 1; 41,7% отцов и 25,0% матерей в группе 2; 41,2% отцов и 35,3% матерей в группе 3; 57,6% отцов и 42,9% матерей в группе 4; 32,4% отцов и 13,5% матерей в группе 5; 10,3% отцов и 0,0% матерей в контрольной группе.

У родителей некоторых несовершеннолетних выявлены случаи шизофрении (у 5 отцов и у 2 матерей), эпилепсии (у 6 отцов и у 4 матерей), расстройств личности (у 3 матерей), других психических расстройств (у 4 отцов и у 7 матерей) - данные по всем несовершеннолетним. Однако эти показатели очень низки в сравнении с частотой алкоголизма.

В полных семьях воспитывались от 30% до 45% несовершеннолетних правонарушителей из разных групп (75,0% в контрольной группе). Без отца воспитывались от 47,1% в группе 3 (минимальный показатель) до 62,5% в группе 1 (максимальный показатель), без матери – 8,3% в группе 2 и 45,0% в группе 3 (показатель группы 3 отличается достоверно от других групп, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Доля несовершеннолетних, воспитывающихся в приемных семьях (как правило, у родственников), не превышала 10% по группам, однако 14,4% несовершеннолетних в группе 1; 35,3% в группе 3 и 11,9% в группе 4 воспитывались в детских домах и приютах (отличия от других групп достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Таблица 2.

Связь условий воспитания и социальной активности подростков (по группам в %).

Факторы	Группы					
	1	2	3	4	5	Контроль
Воспитывались без отца	62,5	54,2	47,1	61,9	51,4	25,0 [^]
Воспитывались без матери	19,6	8,3 [^]	45,0*	23,8	16,2	0,9
Воспитание по типу гипоопеки	51,8	45,8	41,2	61,9	32,4	2,6 [^]
Отвержение в семье	14,3	4,1 [^]	17,6*	7,1	5,4	0
Насилие в семье	41,1	33,3	46,5*	38,1	24,3	10,3
Подростки избегают игр	7,1	25,0	41,2*	21,4	0	0
Подростки – подчиненные в группе	12,5	16,7	58,8*	16,7	10,8	0 [^]
Подростки совершают преступления	60,7*	33,3	88,2*	54,8	29,7	0 [^]

* - достоверное ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) превышение показателей других групп;

[^] - достоверно более низкие показатели.

Типы воспитания (табл. 2) распределились по группам следующим образом: преобладало воспитание по типу гипоопеки (51,8%; 45,8%; 41,2%; 61,9%; 32,4% по группам 1-5 соответственно против 2,6% в контрольной группе); в группе 3 часто встречалось отвержение (17,6%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$); в группе 5 – обычный тип воспитания (56,8%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Насилие в семье отмечалось в 41,1%; 33,3%; 46,5%; 38,1%; 24,3% по группам 1-5 соответственно (10,3% в контрольной группе), ограничиваясь практически физическими наказаниями. В 4,2% в группе 3 и 2,4% в группе 5 встречалось сексуаль-

ное насилие со стороны членов семей, как правило, отцов и братьев. Уровень насилия вне семьи был в среднем ниже внутрисемейного. Только в группе 3 он был значительно выше (52,9% против 23,5% в семье), что, вероятно, обусловлено высокой долей подростков в третьей группе, не имеющих семьи или живущих в условиях внутрисемейного отвержения. При этом в группе 3 был весьма высок уровень сексуального насилия вне семьи (29,4%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Связь условий воспитания и социальной активности подростков отражена в табл. 2. Отчетливо прослеживается связь между уровнем семейной депривации и социальной изоляцией, в которой оказываются подростки. Имеется прямая высокая корреляционная связь между насилием и отвержением в семье и последующим подчиненным статусом в значимой группе и криминальным поведением.

Игровая деятельность у детей-правонарушителей имела ряд особенностей. Для большинства обследованных лиц «детство» ассоциировалось с дошкольным возрастом. Будучи подростками 11-12 лет, они считали, что детство уже кончилось, подчеркивали, что ребенок - это тот, кто не может сам себя обеспечить, приводили примеры 3-5-летних мальчиков и девочек, которые самостоятельно жили на вокзалах, чердаках, промышляли воровством, не нуждаясь ни в чьей помощи. Большинство несовершеннолетних правонарушителей (78%) не считало себя детьми (в контрольной группе - 17%). Поэтому игры, которые они отождествляли с детским возрастом, они вспоминали как некое далекое прошлое.

Большинство подростков группы 3 избегало игр (41,2%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) либо играло с младшими детьми (52,9%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Подростки группы 1 (76,8%), групп 2 (66,7%), 4 (80,9%) и 5 (91,9%) предпочитали играть со сверстниками, а многие (от 30% до 45% по группам) охотно играли со старшими детьми. Среди подростков групп 2 и 5 не менее четверти охотно играли с взрослыми.

Отношения с другими детьми также существенно различались по группам несовершеннолетних. Наибольшее число лидеров встречалось в группах 5 (18,1%) и 1 (16,1%). Никогда не были лидерами подростки группы 3 ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), они выполняли в подростковых коллективах роли подчиненных (58,8%) или отверженных (47,0%). Многие из них при этом избегали общения, держались на расстоянии от подростковой группы, но все равно не отделялись от нее. Отношения со взрослыми у большинства несовершеннолетних не складывались. Взрослые воспринимали их негативно как хулиганов, нарушителей дисциплины, «малолетних преступников». На хорошем счету были 10,7% подростков группы 1; 29,2% группы 2; 17,6% группы 3; 21,4% группы 4 и 43,2% - группы 5 (91,4% подростков в контрольной группе).

Большинство подростков (92,9%; 100,0%; 76,5%; 88,1%; 97,3% по группам 1-5 соответственно, 100,0% в контрольной группе) умело читать и писать. Показатель группы 3 был достоверно ниже ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), чем в других группах. Запас школьных знаний соответствовал официальному уровню образования только у 8,9%; 29,2%; 0,0%; 11,9%; 45,9%; 69,8% обследованных лиц по группам 1-6 соответственно; показатели групп 5 и 6 достоверно выше ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), чем в группах сравнения. Большинство подростков формально числилось учащимися классов, соответствующих возрасту, либо отставало от

возрастного показателя на 1-2 года (второгодники). Их переводили из класса в класс несмотря на отсутствие необходимой образовательной базы. Участь в 6-7 классе, многие из подростков-правонарушителей не могли справиться с задачами 3-4 класса, читали незнакомый текст по слогам, не могли пересказать прочитанное, хотя при наводящих вопросах обнаруживали понимание текста.

Большинство подростков, включая некоторых детей из контрольной группы, негативно относилось к обучению и не видело смысла в образовании. Среди подростков групп 1-4 были дети, которые никогда не посещали школу (7,1%; 4,2%; 11,8%; 9,5% по группам соответственно). Ряд подростков (5,4% в группе 1; 41,2% в группе 3 ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$); 4,8% в группе 4) посещал вспомогательные школы. Среди подростков групп 1 и 4 отмечались случаи неоправданной диагностики умственной отсталости.

Многие подростки активно стремились зарабатывать деньги, считая их главным критерием социального успеха. Так, 10,7% в группе 1; 29,2% в группе 2; 5,8% в группе 3; 11,9% в группе 4; 18,9% в группе 5; 6,9% - в контрольной группе (показатель группы 2 достоверно выше, группы 3 – достоверно ниже ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), чем в группах сравнения) занимались неквалифицированным трудом – мыли автомобили, разносили рекламные материалы, выполняли черную работу на рынках, грузили товар на складах. Небольшое число подростков работало на относительно квалифицированных видах работ – курьерами, продавцами. Некоторые занимались проституцией.

В то же время большинство несовершеннолетних в качестве предпочтительных источников дохода называло попрошайничество и криминальный заработок. Попрошайничеством занимались 46,4% подростков в группе 1; 12,5% в группе 2; 70,5% в группе 3; 28,6% в группе 4; 13,5% в группе 5 (различия в группах 2 и 5 достоверны ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)). Криминальный способ (преимущественно систематические кражи, грабежи, например, из автомобилей, с пустующих дач) был характерен для 60,7% подростков в группе 1 и 88,2% - в группе 3 против 33,3%; 54,8%; 29,7% по группам 2, 4 и 5 (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

В связи с отклоняющимся поведением многие подростки-правонарушители были госпитализированы в психиатрические стационары, в среднем в группах 1, 2 и 4 - около трети подростков. Значительно более высокие показатели отмечены в группе 3 (70,6%) и низкие – в группе 5 (2,7%) ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Неоднократные, систематические госпитализации были характерны для группы 3 (58,8%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Многие подростки – воспитанники приютов и детских домов – воспринимали госпитализацию как суровое наказание.

Криминальная активность несовершеннолетних оценивалась по 55 показателям. Большинство подростков-правонарушителей было привлечено к уголовной ответственности до 14 лет, впоследствии уголовные дела закрывались (85,7%; 75,0%; 94,1%; 85,7%; 75,7% в группах 1-5 соответственно, различия по группам статистически не достоверны). В группах 2, 4, 5 был высок процент подростков (41,7%; 40,5%; 56,8% по группам соответственно), которые привлекались к уголовной ответственности впервые, в то время как в группах 1 и 3 число таких подростков достоверно меньше (19,6% и 23,5% соответственно, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). В группе 1 преобладали подростки (37,6%), со-

вершившие более 3 уголовно наказуемых деяний (максимальное количество - 17) и 2-3 правонарушения (35,7%), в группе 3 – 2-3 правонарушения (41,1%) и более 3 (29,5%).

Во всех группах доминировали преступления против собственности, особенно кражи. Доля преступлений против собственности составила 87,5%; 75,0%; 94,1%; 80,9%; 83,8% по группам 1-5 соответственно (цифры в процентах указывают на долю подростков в группе, совершивших этот вид преступления), достоверных различий между группами не обнаружено. В контрольной группе 3 подростка совершили мелкие кражи, к уголовной ответственности не привлекались. На втором месте в группах 1-4 стояли преступления против общественной безопасности (хулиганство) - 16,1%; 16,7%; 11,8%; 9,5%, а в группе 5 – преступления против жизни и здоровья (убийства, телесные повреждения) – 21,4%. В контрольной группе 5 подростков совершили хулиганские действия и 2 нанесли легкие телесные повреждения, к уголовной ответственности не привлекались. Только в 1, 2 и 5 группах были зафиксированы преступления против половой неприкосновенности (изнасилования, сексуальные действия насильственного характера), однако их доля невелика (3,5%; 4,2%; 5,4%) в сравнении с кражами и хулиганством. Криминальная активность несовершеннолетних отражена в табл. 3.

Таблица 3.

Криминальная активность несовершеннолетних (в %).

Факторы	Группы					
	1	2	3	4	5	Контроль
Привлечены к ответственности до 14 лет	85,7	75,0	94,1	85,7	75,7	-
Привлекались впервые	19,6^	41,7	23,5	40,5	56,8*	-
Преступления против собственности	87,5	75,0	94,1	80,9	83,8	2,6~
Хулиганство	16,1	16,7	11,8	9,5	18,9	4,3~
Против жизни и здоровья	10,7	8,3	5,9	13,5	21,4*	1,7~
Сексуальные преступления	3,5	4,2	0	0	5,4	-
Корыстный коэффициент (КК)	2,27	2,0	1,83	1,52	2,5	-

* - достоверное ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) превышение показателей других групп;

^ - достоверно более низкие показатели;

~ - привлечение к административной ответственности в контрольной группе;

КК – отношение эпизодов присвоения имущества к эпизодам уничтожения имущества.

Следует особо отметить, что высокий показатель преступлений против жизни и здоровья в группе 5 обусловлен тем, что подростки из благополучного окружения, вступая в драку, практически всегда привлекались к ответственности за легкие телесные повреждения, в то время как подростки из неблагополучного социального окружения дрались чаще, но жалобы на них по-

ступали реже.

Особый интерес представляет распределение преступлений против собственности по оси «присвоение собственности – уничтожение собственности». В группе 1 из 49 подростков (здесь и далее – число подростков, совершивших преступления против собственности) кражи совершили 41, порчу или уничтожение имущества – 18 («корыстный коэффициент» (КК) - 2,27), в группе 2 из 18 подростков - 14 и 7 (КК = 2), в группе 3 из 16 подростков – 11 и 6 (КК = 1,83), в группе 4 из 34 подростков - 29 и 19 (КК = 1,52), в группе 5 из 31 подростка – 30 и 12 (КК = 2,5). Таким образом, здоровые правонарушители, подростки с диссоциальным расстройством и другими расстройствами личности совершали преступления в основном ради выгоды, в то время как умственно отсталые подростки и подростки с органическим поражением головного мозга – как ради выгоды, так и для удовлетворения деструктивных влечений, в том числе в рамках клинически очерченных эмоционально-поведенческих расстройств.

Подростки групп 1 и 3 привлекались к ответственности за однородные преступления достоверно чаще ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), чем подростки других групп (73,2% и 76,5% против 33,3% в группе 2; 54,8% - в 4 и 43,2% в 5 группах). В то же время доля преступлений, связанных с насилием, была выше в группах 4 (28,6%) и 5 (24,3%) и ниже всего – в группе 3 (11,8%). В группах 1 и 3 среди потерпевших преобладали незнакомые люди (69,6% и 70,6%) и не физические лица (например, кражи из магазинов) (50,0% и 52,9%), в то время как в группах 4 и 5 – знакомые и родственники (47,6% и 45,9%, различия достоверны $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Правонарушения несовершеннолетними групп 1 и 3 совершались, как правило, в группе (66,1% и 64,7% соответственно), в отличие от групп 2, 4 и 5 (50,0%; 59,5%; 56,7%), однако роли подростков групп 1 и 3 существенно различались: подростки с диссоциальным расстройством были организаторами в 41,1% случаев от общего числа, (т. е. более чем в двух третях групповых преступлений), а подростки группы 3 в 58,8% (т. е. около 90% групповых преступлений) выполняли пассивную роль (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Особого внимания заслуживает мотивация правонарушений. Подобные исследования неоднократно проводились на взрослых правонарушителях [2, 3]. В нашем исследовании во всех группах преобладали корыстные мотивы (83,9%; 70,8%; 82,3%; 73,8%; 70,2% по группам соответственно), в группе 1 на втором месте (57,1% $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) была психопатическая актуализация, на третьем месте (39,3%) – аффектогенные мотивы. Аффектогенные мотивы были высоки и в группе 2 (второе место, 33,3%). В группе 3 на втором месте по значению стояли мотивы подчиняемости (58,8%, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), на третьем – аффектогенные (23,5%). В группе 4 был высок мотив личной неприязни (23,8%). В остальных группах мотивы удовлетворения влечения, личных отношений, неприязни, анэтические, подчиняемость распределились практически равномерно, значительно уступая корыстным (табл. 4). Если исключить характерный для всех правонарушителей высокий уровень корыстных мотивов, то именно несовершеннолетние группы 1 соответствуют профилю взрослых правонарушителей с расстройствами личности. В то же время в группе 2 характер мотивов не имеет тенденции к поляризации.

Таблица 4.

Мотивация правонарушений у подростков и взрослых (в %).

Факторы	КМ	ЛО	ЛН	А	ПА	П
Группа 1	83,9	5,5^	8,9	39,3	57,1*	14,2
Группа 2	70,8	16,7	12,5	33,3	27,5	16,7
Группа 3	82,3	5,9^	5,9^	23,5	17,6	58,8*
Группа 4	73,8	14,3	23,8	30,1	14,3	21,4
Группа 5	70,2	5,4^	13,5	13,5	18,9	16,2
Взрослые с расстройствами личности	48,4	6,5^	41,9	48,4	64,5*	12,9

* - достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп;

^ - достоверно более низкие показатели;

КМ – корыстные мотивы; ЛО – личные отношения, условия; ЛН – личная неприязнь; А – аффектогенные; ПА – психопатическая актуализация; П – подчиняемость.

У подростков группы 1 отмечалась большая продуманность правонарушений. Так, 30,4% от общего числа несовершеннолетних с диссоциальным расстройством, (т. е. 43% от числа планировавших преступления) вынашивали планы преступлений более суток (против 12,5%; 5,9%; 11,9%; 16,2% по группам 2-5 соответственно). В то же время среди подростков группы 1 было наибольшее количество лиц, совершивших правонарушения в состоянии алкогольного опьянения (48,2% против 25,0%; 41,2%; 45,2%; 21,6% по группам соответственно, по отношению к группам 2 и 5 различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Среднее число правонарушений на одного несовершеннолетнего составило (по группам соответственно): 5,3; 2,8; 5,8; 3,5; 2,1. Таким образом, лидерами оказались подростки с умственной отсталостью и диссоциальным расстройством личности (достоверны различия с группами 2, 4 и 5, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей оценивались по 115 показателям. Практически все подростки справлялись в ходе эксперимента с инструкциями психолога. Крайне низкий уровень усвоения (23,5%) обнаружен только в группе 3. В целом экспериментально-психологическое исследование осложнялось рядом факторов. Таковыми являлись: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций и ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов; низкий образовательный и культурный уровень обследуемых.

Треть несовершеннолетних правонарушителей обнаруживала склонность к выраженным колебаниям настроения (32,1%; 33,3%; 29,4%; 26,2% по группам 1-4 соответственно, в группе 5 – 2,7% $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). У большого числа подростков отмечались нарушения внимания (55,4%; 70,8%; 76,5%; 71,4%; 56,8% по группам 1-5 соответственно, 26,8% в контрольной группе, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$; показатели групп 1 и 5 достоверно ниже, чем групп 2, 3, 4, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Темп психических процессов был снижен у значительной части несо-

вершеннолетних: у 21,4% группы 1; у 45,8% группы 2; у 29,4% группы 3; у 26,2% группы 4 и у 5,4% - группы 5, что сравнимо с показателем контроля (3,4%). Показатели группы 5 были достоверно ниже ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), чем в группах 1-4, показатели группы 2 – достоверно выше, чем в других группах ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Высокий уровень показателя в группе 2 коррелировал с высоким уровнем субдепрессии (8,3%) в этой группе. Большинство подростков группы 2 были разочарованы в себе, отмечали подавленность, плохое настроение, которое связывали с задержанием, помещением в ЦВИНП и специальную школу, жаловались на нехватку свободы, тяготились дисциплиной и часто ее нарушали.

Мышление подростков-правонарушителей отличалось конкретностью (66,1%; 62,5%; 52,9%; 52,4%; 35,1% по группам 1-5), иногда – субъективными трактовками или привнесениями (максимальный показатель – 9,5% в группе 4), редко – символичностью (максимальный показатель – 7,1% в группе 4). В ходе работы с методиками, направленными на оценку мышления, часто встречались индивидуальные привнесения (30,4%; 33,3%; 17,6%; 16,7%; 16,2% по группам 1-5 соответственно, достоверных отличий от контрольной группы нет, показатель контроля – 17,2%). В большинстве случаев привнесения и их комментарии носили адекватный характер (худшие показатели отмечены в группе 3, где были адекватными лишь около 40% привнесенных образов).

В целом мышление подростков-правонарушителей отличалось последовательностью, операции сравнения были сохранены (69,6%; 79,2%; 52,9%; 64,8%; 75,9% по группам 1-5), операции обобщения выполнялись успешно, отмечались некоторая неравномерность (21,4%; 25,0%; 23,5%; 19,4%; 10,8% по группам 1-5), использование формальных признаков (3,6% в группе 1; 5,4% в группе 5 при уровне 7,8% в контрольной группе), личных предпочтений (16,1%; 8,3%; 5,9%; 0,0%; 10,8%; 11,6% по группам 1-6 соответственно). Большинство подростков справлялось с трактовкой условного смысла индикаторных выражений (хуже всех справлялись в группе 3, где показатель составил 52,9%). Расстройств мышления, характерных для шизофрении (паралогичности, разорванности, соскальзывания), ни у кого не наблюдалось.

По показателям самооценки подростки распределились следующим образом: завышенная самооценка преобладала в группах 1 и 2 (26,8%; 25,0%), что в целом свойственно психопатическим личностям. Заниженная самооценка встречалась в группах 1, 2 и 3. В группах 1 и 2 заниженная самооценка сочеталась с субдепрессией. В группе 3 она была постоянным высоким показателем (23,5%), поскольку подростки отвергались сверстниками и часто служили мишенью насмешек и издевательств. Связь психологических показателей и криминальной активности отражена в табл. 5.

У большого числа несовершеннолетних (55,4%; 58,3%; 41,2%; 42,8%; 18,9% по группам 1-5 соответственно, показатели группы 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) отмечались признаки личностной незрелости, а в группах 1-4 были случаи выраженного инфантилизма (12,5%; 20,8%; 11,8%; 7,1% по группам соответственно, показатель группы 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Таблица 5.

Связь психологии и криминальной активности подростков (в %).

Факторы	Группы					
	1	2	3	4	5	Контроль
Личностная незрелость	55,4	58,3	41,2	42,8	18,9 [^]	-
Выраженный инфантилизм	12,5	20,8	11,8	7,1	2,5 [^]	-
Диссоциальность	64,6*	58,3	41,2	28,1	16,2 [^]	-
Эгоизм	66,4*	54,2	23,5	28,6	10,8 [^]	-
Подростки – подчиненные в группе	12,5	16,7	58,8 *	16,7	10,8	0 [^]
Подростки совершают преступления	60,7*	33,3	88,2 *	54,8	29,7	0 [^]

* - достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп;[^] - достоверно более низкие показатели.

Стержневым паттерном поведения подростков-правонарушителей является собственно асоциальный компонент, заключающийся в дистанцировании от общественных стандартов поведения. Выраженный отказ от выполнения социальных требований наблюдался в группах 1-3 (64,6%; 58,3%; 41,2% по группам соответственно). В группах 4 и 5 этот показатель был существенно ниже (28,1%; 16,2% по группам соответственно, показатель группы 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей включали: демонстративность (у 37,5%; 41,7%; 5,8%; 21,4%; 13,5% по группам 1-5, показатели групп 3 и 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), эгоизм (66,4%; 54,2%; 23,5%; 28,6%; 10,8% по группам 1-5 соответственно, показатель группы 1 достоверно выше, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$, показатель группы 5 – достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), раздражительность (39,3%; 66,7%; 47,1%; 38,1%; 13,5% по группам соответственно, показатель группы 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), обидчивость (21,4%; 37,5%; 29,4%; 26,2%; 14,5% по группам 1-5), склонность к внешнеобвиняющим установкам (46,4%; 54,2%; 41,2%; 33,3%; 16,2%, показатель группы 5 достоверно ниже, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Склонность к доминированию обнаруживалась в группах 1 и 2 (39,3% и 29,2%, показатели достоверно выше, чем в других группах, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Для подростков группы 2 оказались свойственны склонность к самоутверждению (50,0%), готовность к активной защите своих взглядов, убеждений (41,7%) и вместе с тем – уязвимость, плохая переносимость субъективно сложных ситуаций (50,0%) - все три показателя достоверно выше, чем в остальных группах, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$.

При анализе показателей по тесту диагностики форм агрессии Басса-Дарки отмечались следующие особенности профилей: в группах 1 и 2 профиль был значительно выше, чем в группах 3-5. Самые высокие показатели отмечались по шкалам физической, вербальной и косвенной агрессии, негативизма. Группу 1 отличали особенно выраженные показатели негативизма и вербальной агрессии, группу 2 – высокий уровень чувства вины, обиды и вербальной

агрессии. В группе 3 на фоне низких показателей всех видов агрессии отмечался относительно высокий уровень чувства вины (но существенно ниже, чем в группах 2 и 4). Группу 4 отличал высокий уровень чувства вины и вербальной агрессии, профиль группы 5 был низким по всем показателям.

При анализе показателей по нормированной шкале диагностики волевых расстройств (НШДВР) отмечались следующие особенности профилей: наиболее благополучная картина наблюдалась, как и предполагалось, в группе 5; наименее благополучная – в группах 1 и 2, где отмечались расстройства преднамеренной регуляции, высокий уровень автоматизмов. В то же время в группе 1 прогностические функции были относительно сохранены, в то время как во группе 2 – нарушены. В группе 2 страдала способность к осуществлению волевых действий. Группы 3 и 4 обнаруживали более низкие показатели, показатели группы 4 практически не отличались от группы 5 и контроля.

Особенности клинической картины психических расстройств у подростков правонарушителей оценивались по 145 признакам. По очевидным причинам здесь не описываются подростки, составившие группу 5 нашего исследования.

Подавляющее большинство подростков группы 1 прибегали к тем или иным одурманивающим средствам. 70,0% регулярно употребляют алкоголь, прежде всего пиво и «слабоалкогольные» коктейли, но нередко водку и самогон. У половины подростков, употребляющих алкоголь с 7-8 лет, к 13-14 годам формируется зависимость от алкоголя, соответствующая I-II стадиям алкоголизма. У подростков, начавших употреблять спиртные напитки с 10-11 лет, клинических признаков алкоголизма не выявлялось, однако отмечался выраженный рост толерантности (до 2 литров водки в сутки). Никто систематически наркотики не употреблял, опыт применения каннабиноидов имели 12,5%, других наркотиков – еще меньше подростков. В преступных молодежных группах прием наркотиков резко осуждается. Со слов одного из несовершеннолетних, когда старшие подростки слышали от него запах конопли, его жестоко избили, объяснив, что «вор наркоманом быть не может». Напротив, прием токсических средств (клея, ацетона, бензина и других летучих растворителей) очень широко распространен – 71,4% несовершеннолетних имели опыт использования этих веществ, половина из них ежедневно принимала токсические препараты. Все без исключения подростки курят, большинство – с младшего школьного возраста, в среднем – до одной пачки сигарет в день.

Первые признаки патологического развития и поведенческие аномалии у несовершеннолетних данной группы фиксировались в 7-8 лет. Большое число (53,6%) подростков отличалось гипертимным поведением, 16,1% обнаруживали выраженные колебания настроения. У такого же числа подростков в анамнезе зафиксированы пароксизмальные состояния, как правило, единичные, нерегулярные. По доступным данным медицинской документации и из бесед с родителями удалось выяснить, что отмечались фебрильные судороги (до 1-3 лет), а в более старшем возрасте – кратковременные эпизоды потери сознания по типу абсансов. У 8,9% подростков в анамнезе зафиксированы развернутые судорожные припадки, чаще всего на фоне острой интоксикации суррогатами алкоголя.

У 12,5% в анамнезе были выявлены делирии, которые носили характер интоксикационных психозов, развивались на фоне употребления токсических

средств, особенно бензина. Несовершеннолетние, перенесшие делирий, сохраняли подробные воспоминания о психотическом эпизоде, сообщали о наплывах слуховых и зрительных галлюцинаций, в основном угрожающего содержания, сопровождавшихся страхом, они предпринимали попытки спастись, выпрыгивали из окон, «защищались», прятались от «преследователей». Продолжительность делириозных эпизодов не превышала 3 дней, выход носил спонтанный характер.

На фоне приема токсических веществ и после этого у многих подростков отмечались эпизоды дереализации (39,3%). Как правило, дереализация развивалась в вечерние часы, в сумерках, подростки отмечали, что «время начинало течь медленно, образы сливались друг с другом, знакомые улицы становились незнакомыми, чужими, угрожающими». Эпизоды дереализации вне состояния токсического опьянения носили выраженную депрессивную окраску, сопровождались страхом, тревогой, чувством угрозы, исходящей извне. Дерееализация на фоне токсического опьянения имела четкий эйфорический оттенок.

Чуть меньше половины подростков исследуемой группы (41,1%) обнаруживали первые признаки психоорганического синдрома. Отмечались астенизация и эксплозивные реакции. Органическая церебральная патология проявлялась в метеопатиях, астении, снижении внимания, гипермоторных реакциях, энурезе, который отмечен в 57,2% случаев и в среднем продолжался до 9,5 лет. По мере взросления все более выраженными становились поведенческие нарушения – аффективные (прежде всего дисфорические) реакции, снижение памяти, волевые нарушения, эпизоды немотивированного агрессивного поведения. Эмоционально-волевые расстройства отмечались практически у всех подростков исследуемой группы (94,6%).

Аффективная патология встречалась у всех несовершеннолетних. В 62,5% случаев имели место гипоманиакальные эпизоды. Они носили кратковременный характер и достигали различной степени выраженности. У большинства подростков подъемы настроения были связаны с приемом алкоголя или токсических веществ, сопровождались чувством собственной значимости, приливом сил, верой в то, что вот-вот случится чудо, они «наслаждались жизнью». В ряде случаев изменения настроения выражались в эйфории, экзальтации. В других случаях маниакальное состояние стремительно сменялось дисфорическим, возникало желание «ломать все на своем пути». В таком состоянии подростки крушили все, что подворачивалось под руку, совершали поджоги, громили автобусные остановки и киоски, избивали встречных прохожих. У 83,9% отмечались депрессивные колебания настроения. Как правило, они были длительными и характеризовались выраженной глубиной. При углублении депрессивного аффекта у части подростков (21,4%) развивались апатические состояния. Тогда они часами сидели в одной позе, не выходили на улицу. Большинство подростков, испытывавших подобные состояния, характеризовало их как мучительные периоды полного безразличия. Выход из апатических состояний происходил также через дисфорический аффект. На фоне дисфории часто совершались правонарушения.

У 46,4% несовершеннолетних отмечалась персистирующая тревога, у 10,7% - эпизоды страха, у половины - фобические расстройства.

Мнестические расстройства наблюдались у 42,8% подростков исследуе-

мой группы. В основном это были нарушения кратковременной памяти, фиксации событий (у 30,4%). Часто (8,9%) встречалось патологическое фантазирование, причем фантазии носили нелепый, гротескный характер. В 57,1% случаев отмечалось некоторое интеллектуальное оскудение, не достигающее, однако, степени умственной отсталости, связанное, вероятнее всего, с приемом токсических препаратов и низким уровнем школьных знаний, отсутствием навыков умственной работы.

Для 82,1% подростков с формирующимся расстройством личности было характерно выраженное агрессивное поведение. Треть подростков (32,1%) совершала акты аутоагрессии, 64,7% - агрессивные действия в отношении людей и животных, 58,8% - в отношении неживых объектов (порча и разрушение автомобилей, киосков, зданий и др.). Многие предпринимали попытки самоубийства (16,1%) и совершали самоповреждения (26,8%), аутоагрессия в основном носила демонстративный характер. Часто акты самоповреждений происходили на фоне дисфорического аффекта, были вызваны желанием причинить себе боль (неглубокие порезы, прижигания сигаретой).

Развитие расстройств личности проходило у несовершеннолетних правонарушителей в три этапа. На первом этапе главным фактором девиантного поведения был микросоциальный (семейный). В связи с неблагополучной обстановкой дома подростки проводили большую часть времени на улице, не посещали школу, были вынуждены ночевать в подвалах и на чердаках, спасаясь от побоев и унижения, которые ждали их дома. Спустя некоторое время они становились членами криминальных группировок, где выполняли задания старших подростков, воровали. Здесь же они получали опыт в использовании токсических веществ.

На втором этапе ведущим был фактор асоциального окружения. Подростки втягивались в жизнь преступных группировок, где находили покровительство, усваивали законы криминальной среды, постепенно поднимались по иерархической лестнице. Контакты с семьей сокращались до минимума. Они могли отсутствовать дома неделями, уезжали в крупные города, где жили на вокзалах, промышляя воровством и грабежами, попрошайничали. В этот период они начинали активно употреблять алкоголь и токсические вещества. В результате асоциального образа жизни и изменений органического характера возникали стойкие поведенческие стереотипы и аффективные расстройства. В результате совершались преступления агрессивного характера (телесные повреждения, разбой, изнасилования, убийства, уничтожение имущества).

На третьем этапе ведущим фактором являлся психопатологический. Формирование личности завершалось по патологическому типу. Возможности внутренних компенсаторных механизмов и воспитательно-коррекционного влияния к этому времени исчерпывались. Ведущим в клинике становился диссоциальный компонент, базирующийся на одной из классических форм расстройств личности.

Обобщая данные анализа асоциального поведения несовершеннолетних, можно сформулировать следующие положения:

1. Делинквентное поведение подростков является специфическим этапом социальной дизадаптации. По мере взросления делинквентность закрепляется в качестве поведенческого паттерна и продолжается во взрослой жизни.

ни в форме криминальной активности.

2. Формирование делинквентного поведения обусловлено фактором ранней десоциализации (в основном за счет семейной депривации и влияния асоциального окружения).

3. В основе формирования делинквентного поведения лежат механизмы депривации, конфликтно-стрессового вытеснения (отрыв от школы, социализированных сверстников) и идентификации с подражанием и фиксацией стереотипов асоциального поведения.

4. Для комплексной оценки делинквентного поведения необходимо учитывать: социальную ситуацию и десоциализирующие факторы, механизм формирования делинквентного поведения, клинико-психопатологические факторы, включая возрастной и динамический аспекты, социальный прогноз.

С учетом выделенных положений реабилитационные мероприятия с этой группой несовершеннолетних необходимо проводить не в рамках учреждений медицинского профиля, а в учреждениях социально-реабилитационной направленности при участии врачей-психиатров в качестве консультантов.

В программы ресоциализации целесообразно включать подростков с нарушениями семейных отношений, грубой педагогической запущенностью, с поведенческими нарушениями, вызванными психическим расстройством и сопровождающимися криминальной активностью. На первом этапе подростки получают лечение и приобретают навыки обучения. На втором этапе в отношении подростков с формирующимся расстройством личности осуществляется «программа творческой реализации»; в отношении подростков с интеллектуальной недостаточностью «программа трудовой реализации» [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., Медицина, 1993. – 400 с.
2. Гульдман В.В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. - М.: изд-во ЦНИИСП им. В. П. Сербского, 1983, - С. 55-64.
3. Гульдман В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей // Криминальная мотивация. - М.: Наука, 1986. - С. 189-250.
4. Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – С. 139-156.
5. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск: Изд-во ТГУ, 1994. – 310 с.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1995. – 560 с.
7. Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). - М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1996. - С. 18-28
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983. – 310 с.
9. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. - М.: Эксмо Пресс,

2001. – 624 с.

10. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. – 320 с.

11. Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О. Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике // Социальная и клиническая психиатрия 2000, № 3 с. 42-48.

12. O'Neal P., Robins L., King L., Schaefer J. Parenteral deviance and the genesis of sociopathic personality // Am. Journal of Psychiatry, 1962, Vol. 118, № 12, p. 1114-1124.

Н. В. Зверева, А. Е. Назаренко

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И ПРОЕКТИВНОГО
АСПЕКТОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У МЛАДШИХ
ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
НЦПЗ РАМН, МГППУ (Москва).**

Своеобразие эмоциональной сферы у детей и подростков, больных шизофренией и при расстройствах шизофренического спектра, широко освещено в трудах клиницистов [3, 5, 11, 13, 26 и др.]. Психиатры прежде психологов отмечали особенности эмоциональной сферы при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра [3, 5, 13, 20, 26 и др.]. Для шизофрении в детском и подростковом возрасте характерна полиморфность расстройств. Постановка диагноза в этом случае требует дифференцировать эмоциональные проявления болезни от проявлений возрастных кризисных периодов, а также патологически протекающих кризов [3, 5, 11, 13, 17, 20, 26].

Работ, направленных непосредственно на психологический анализ эмоциональной сферы больных шизофренией детей и подростков, очень немного. Проводились исследования своеобразия развития эмоций у детей с РДА [2, 4, 7, 16]. В работах этих авторов выделяются этапы эмоционального развития ребенка, анализируются различные виды аффективной патологии, связанные с гипо- или гипертрофией этапов становления эмоций в детском возрасте. Под этим углом зрения нарушения эмоционального развития у детей можно рассматривать как проявление эмоционального дизонтогенеза. Подобных исследований у детей, больных шизофренией, существенно меньше. Экспериментально-психологические исследования были направлены на распознавание эмоций, оценку восприятия и актуализации эмоций (по жестовому и позному выражению, по лицевой экспрессии или в рамках других видов деятельности – описания эмоций и т. п.) [21, 27], уровень семантического кодирования в эмоциональной сфере [8, 27], лексикон эмоций [8, 21, 22, 24, 27].

Психологические исследования, проводимые в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН в течение последних десятилетий, показали, что у детей, больных шизофренией, наблюдается диссоциированное, дисгармоничное развитие познавательной деятельности. Выделенный тип патологии познавательной деятельности формируется как одна из сторон дизонтогенетического развития психики при шизофрении в детском возрасте и тесно связан с такими существенными аномалиями личностного развития, как недостаточная потреб-

ность в общении и установлении эмоциональных контактов. [18]. В настоящее время указанный тип патологии познавательной деятельности рассматривается как проявление когнитивного дизонтогенеза у данной категории детей [9]. Представляет интерес проявление когнитивного дизонтогенеза у больных шизофренией применительно к эмоциональной сфере [9, 18].

Своеобразие познавательного развития детей, наличие схизиса как основной характеристики заболевания шизофренией, особенности эмоциональной сферы, дают основание для изучения когнитивного и проективного аспекта эмоций у данного контингента. Когнитивный аспект – включает в себя распознавание эмоций при различных вариантах их предъявления, связан с перцептивными особенностями стимульного материала, отражает уровень когнитивного развития и особенности социальной перцепции субъекта. Проективный аспект – предполагает использование опоры на эмоции, их вербальное обозначение и выражение без специальной когнитивной задачи опознавания эмоции. Проективный компонент эмоциональной сферы может быть включен в различные виды деятельности, а не только в деятельность по оценке или распознаванию эмоций. Такое условное разделение позволит дифференцировать сохраненные и нарушенные компоненты эмоциональной сферы у детей и подростков при шизофрении. Нарушение когнитивного и проективного аспекта эмоций у больных шизофренией взрослых было описано в ряде работ [6, 12, 14, 15, 23]. На детской выборке это представлено в работе Ю.Ф. Полякова и А.Е. Жирновой [22], где было показано, что дети и подростки, больные шизофренией, формально и рационально воспринимают эмоциональные ситуации и стимулы.

А.Е. Назаренко, исследуя распознавание эмоций по позному и жестовому выражению, показала, что при разной инструкции – глухой или уточненной – по-разному проявляется возрастная динамика распознавания эмоционально-выразительных движений у больных шизофренией детей и подростков (возрастной интервал от 7 до 16 лет). При спонтанном высказывании для них характерны замедленность темпа и равномерность динамики, а при направленном восприятии – сохранность близких к возрастной норме параметров динамики. Меньшая точность в распознавании эмоциональных состояний, возможно, говорит о большей степени дизадаптации, аутизации личности, указывает на дефицит социальных контактов. Выявлена недостаточная направленность личностных установок на социально значимые аспекты действительности. Понимание графических изображений детьми с шизофреническими расстройствами может быть также ограничено наличием зрительно-пространственных расстройств, специфичных для дисфункции правого полушария головного мозга [21]. В описанном исследовании была использована новая на тот момент методика, под условным названием «Распознавание эмоционально-выразительных движений». Эта методика позволяет изучить особенности социально-перцептивных установок и восприятия эмоциональной экспрессии. Она была апробирована на представительной выборке здоровых испытуемых, доказана ее валидность в оценке динамики проективного и когнитивного аспектов эмоциональной сферы здоровых детей и подростков.

Учитывая время, прошедшее с момента окончания исследования, а также не до конца раскрытый потенциал методики, мы продолжили эксперимен-

тальное исследование эмоциональной сферы больных шизофренией с помощью указанного методического средства.

Наиболее значимым с этой точки зрения из всех возрастных кризисов эпохи детства и подростничества является пубертатный криз или кризис переходного возраста [11, 24, 29]. Психиатры и психологи отмечают определенное сближение нормативного и отклоняющегося развития в этот возрастной период.

На успешность опознания эмоциональной экспрессии влияют такие условия восприятия, как неопределенность стимульного материала и «глухая» инструкция. Личностные установки больных шизофренией, которые ведут к снижению ориентации на эмоциональное состояние человека при его восприятии выявляются только в неопределенных малоструктурированных ситуациях эксперимента. Важной характеристикой социальной перцепции является ее индивидуальная избирательность. В ходе опознания эмоциональных состояний человеком неизбежно проводится не только актуализация сформировавшихся эталонов невербального поведения, но и семантизация. Словесное обозначение понимается как процесс, включенный в деятельность восприятия, значит актуализация образа вербальным способом показывает субъективную значимость того или иного признака в восприятии. В случае экспериментального исследования интерпретации эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) больными шизофренией подростками с особым познавательным развитием можно ожидать изменения как в уровне распознавания, так и в том, какие социально-перцептивные характеристики они привлекают прежде всего, как оформляют высказывание [21].

На базе НЦПЗ РАМН и ф-та клинической и специальной психологии МГППУ ведется работа по совершенствованию и модификации хорошо зарекомендовавшей себя исследовательской методики, она касается расширения параметров оценочной базы, видоизменения инструкции и процедуры проведения [1, 10, 19, 25].

Понимание эмоционально-выразительных движений, распознавание поз и жестов являются составной частью социальной перцепции ребенка (подростка) с аномальным развитием. В отличие от оригинального исследования Назаренко А.Е. [21], внимание в данной работе концентрируется не на возрастной динамике, а на различиях учета пола персонажа в высказываниях испытуемых, на наличии эмоциональной окрашенности интерпретаций и качестве самих высказываний с точки зрения построения ответа.

Цель - экспериментальное изучение особенностей эмоциональной сферы на проективном и когнитивном уровнях у подростков 11-14 лет.

Задачи:

1. Оценить опору на социально-перцептивные параметры (пол персонажа, эмоциональное состояние) и при распознавании эмоционально-выразительных движений больными шизофренией подростками и их здоровыми сверстниками в связи с полом испытуемых.
2. Рассмотреть параметры построения высказывания у больных шизофренией и здоровых подростков.

Эмпирическим материалом послужили 2 выборки подростков: 27 больных мальчиков (ШМ) и девочек (ШД) с выставленным диагнозом шизофрении или шизотипического расстройства – пациенты 7-го клинического

отделения НЦПЗ РАМН и 46 здоровых подростков в возрасте 11-14 лет (ЗМ и ЗД), ученики московских школ (см. табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика материала

	ЗМ	ЗД	ШМ	ШД
Количество испытуемых	22	24	17	10
Средний возраст (лет)	12,7	13,1	12,6	12,9

Методика: Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) (модифицированный вариант методики Назаренко А.Е., 1990).

Материал: Набор из 24 карточек, представляющих символическое (7) или экспрессивное (17) контурное изображение позы или жеста. Порядок предъявления карточек жесткий и одинаковый для всех испытуемых.

Инструкция: «Что изображено?»

Количественно и качественно оценивались следующие параметры: пространственность ответов (тип построения высказывания), наличие или отсутствие опоры на пол персонажей применительно к распознаванию символических и экспрессивных жестов, уровень распознавания (когнитивный аспект), опора на эмоции при интерпретации, наличие эмоционального содержания (проективный аспект),

Результаты: В настоящей статье часть результатов представлена с опорой на эмпирические данные, представленные в таблицах, а часть – в обобщенной форме в сопоставлении с работами А.Е. Назаренко.

Частные результаты.

По данным нашего исследования оценивалось такое качество высказывания испытуемого, как распространенность (количество слов в ответе). Все ответы шифровались в баллах по следующей схеме: 1 балл, если ответ состоит из одного слова (нераспространенный); 2 – если ответ состоит из простого предложения (мало распространенные ответы); 3 – если ответ развернутый; 4 – если дается несколько вариантов ответов. Во всех случаях оценивался только спонтанный ответ испытуемого (непосредственно после инструкции).

Рассмотрим случай распространенности высказывания на примере символических жестов. Полученные данные представлены в табл. 2. Как видно из таблицы, у больных шизофренией подростков имеется тенденция к более распространенному (длинному или неоднозначному) высказыванию при интерпретации жестов. Например, балл 4 встречается в группе ЗМ в 8% ответов, ЗД – 6% ответов, ШМ – 15%, ШД- 20% всех ответов при интерпретации символических жестов.

Таблица 2.

Показатель распространенности высказывания в сопоставляемых группах по символическим жестам

Группа испытуемых	Средний балл распространенности ответа в символических жестах	Частота встречаемости неоднозначных интерпретаций (балл 4) в %
ЗМ	2,3	8
ЗД	2,0	6
ШМ	2,4	15
ШД	2,5	20

Использование пола персонажа в ответе - показатель социальной перцепции. Хотя сам стимульный материал лишен точных признаков пола изображенных персонажей, но при восприятии здоровыми испытуемыми значительная часть карточек интерпретируются как действия персонажа определенного пола. Проанализируем, как используют пол персонажей в своих ответах испытуемые сопоставляемых групп. В табл. 3 представлены данные по использованию пола персонажа в высказываниях испытуемых. Оценивались только спонтанные ответы. Пол оценивался как женский в тех случаях, когда указывалось «девочка», «девушка», «женщина», «мама» или даже местоимение «она», или окончание глагола или прилагательного позволяло судить о половой принадлежности действующего персонажа (того, кто осуществляет выразительное движение). Пол оценивался как мужской в тех случаях, когда использовались слова «мальчик», «мужчина». «папа» и т. п. и когда окончания личных местоимений и глаголов позволяли идентифицировать пол действующего персонажа как мужской. Были выделены еще два параметра. Отсутствие пола – когда по высказыванию нельзя было определить, каким является пол действующего персонажа, и параметр обобщенного ответа «человек» (когда в ответе действующий персонаж обозначался именно так). В таблице 3 представлены материалы анализа высказываний по первым 12 карточкам из 24 возможных с учетом пола персонажа.

Таблица 3.

Учет пола персонажей в высказываниях испытуемых сопоставляемых групп (в % встречаемости)

	Группа ШМ		Группа ШД		Группа ЗМ		Группа ЗД	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
женский	51	25%	30	25%	88	33%	73	25%
мужской	30	15%	4	3%	25	11%	34	13%
Без пола	79	38%	50	41%	136	51%	162	62%
«человек»	45	22%	37	31%	14	5%	0	0
всего	205	100%	121	100%	263	100	289	100

Как видно из таблицы, испытуемые имели общее и различное в стратегии использования пола в высказываниях. Для здоровых и больных шизофренией подростков характерны ответы с отсутствием пола (самые частые ответы во всех сопоставляемых группах), что естественно, т. к. стимульный материал не содержит очевидных признаков пола. В отношении частоты встречаемости других вариантов интерпретации пола здоровые и больные шизофренией подростки различались. Для здоровых подростков частой характеристикой была опора на женский пол (в значительной части ответов как мальчиков, так и девочек), у них редко встречались ответы обобщенного типа «человек» (у девочек они не встречались), тогда как для больных подростков подобные ответы становились частотными.

Этот параметр анализа, вероятно, связан с познавательными особенностями больных шизофренией (стремление к абстрактности, снижение избирательности познавательной деятельности, направленности на социально значимые свойства и отношения объектов и т. п.). Однако такое утверждение требует более тщательного анализа полученного материала.

Общее резюме по всем результатам: в методике распознавания эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) подростки, больные шизофренией и шизотипическим личностным расстройством, отстают от своих здоровых сверстников в возможностях распознавания и интерпретации экспрессивных и символических поз и жестов. Эти данные соответствуют полученным в исследовании А.Е. Назаренко [21]. У больных шизофренией детей и подростков обнаружена тенденция в целом к большему разнообразию в описании эмоциональных состояний и опоре на эмоции, чем в норме. В частности, имелись испытуемые, не фиксирующие эмоциональное состояние персонажей ни в одной из карточек (такие были только в группе больных), в то же время другая часть испытуемых больше приписывала эмоциональные характеристики изображениям (и в экспрессивных, и в символических жестах). Негативные эмоции распознаются больными детьми более успешно, чем позитивные, особенно это касается экспрессивных жестов.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать некоторые важные обобщения:

- подтверждена эффективность предлагаемого подхода к оценке состояния эмоциональной сферы у больных шизофренией 11-14 лет по сравнению со здоровыми сверстниками.
- описаны различия в эмоциональной сфере в сопоставляемых группах как по когнитивному, так и по проективному аспектам: искажение проективного компонента эмоций отмечено у больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми в виде преобладания отрицательных эмоций, а когнитивного – отражается в своеобразной оценке пола персонажей и в качестве построения высказывания.
- больные шизофренией подростки отличаются от здоровых сверстников по проективному компоненту – их ответы менее унифицированы, чем у здоровых детей, отличаются выраженным своеобразием и относительной «формальностью» построения высказывания.

Материалы проведенного исследования позволяют продолжить работу по модификации предложенной методики для активного использования в детской клинической психологии. Ближайшие направления продолжения работы – проведение более подробного лингвистического, филологического анализа высказываний, расширение базы данных в клиническом плане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Г.А. Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) здоровыми детьми и подростками (гендерный аспект). Дипломная работа, МГППУ, 2006.
2. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. – М.: УМК «Психология», 2003.
3. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика).-М.: Медицина, 1980.
4. Белопольская Н.Л. Детская патопсихология Хрестоматия. 3-е изд.-М.: Когито-центр, 2004.
5. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971.
6. Гаранян Н. Н. Соотношение положительных и отрицательных эмоций

у больных шизофренией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1988.

7. Гончарова Л.В. Психологическая диагностика и коррекция раннего детского аутизма шизофренического генеза. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1997.

8. Жигэу Е.И. Особенности смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004.

9. Зверева Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте / В.М. Бехтерев и современная психология. Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Вып. 3., т. 2., Казань, 2005. – С. 138-144.

10. Зверева Н.В., Капитонова М. А. Экспериментально-психологический подход к изучению эмоциональной сферы детей 11-13 лет, больных шизофренией // Альманах ИКП РАО – 2005. – № 9.

11. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – М.: Питер, 2006.

12. Карловская Н.Н. Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986(а). – № 8. – С. 1187-1191.

13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979.

14. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – № 12. – С. 1831-1837.

15. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 7. – С. 109-113.

16. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М. Академия, 2003.

17. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985.

18. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под ред. М.Ш. Вроно, М., 1986. – С. 147-160.

19. Минеева О.С. Дипломная работа, МПСИ, 2006.

20. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: Прайм Евроник, 2003.

21. Назаренко А.Е. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией: Дис. ... канд. психол. наук. – М., 1990.

22. Поляков Ю.Ф., Жирнова А.Е. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией // Вестник МГУ, серия 14 Психология. 1988, №2. – С. 48-54.

23. Поляков Ю.Ф., Курек Н.С. К вопросу о нарушении положительных эмоций у больных шизофренией: обзор исследований (проблемы, гипотезы) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 12. – С. 1857-1862.

24. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы ста-

новления личности. Пер. с нем.- М: Мир, 1994.

25. Скачкова И.С. Изучение словаря эмоций у младших школьников в норме и патологии. Дипломная работа, МГУ, 2006.

26. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Медицина, 1974.

27. Туревская Р.А. Восприятие эмоций у подростков в норме и патологии // Альманах ИКП РАО – 2005. - № 9.

28. Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении / Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф. Полякова, М., 1982. - С. 186-203.

29. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации детского развития // Вопросы психологии. 1971, № 4. - С. 6-10.

Ю. З. Замалетдинова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ ПОДРОСТКА, ВОСПИТЫВАЮЩЕГОСЯ В УСЛОВИЯХ ИНТЕРНАТА

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Психологическое время личности – это индивидуальное переживание своего физического и духовного изменения в течение времени, представленное прошлым, настоящим и будущим. Оно позволяет человеку адекватно реагировать на свой индивидуальный путь во времени [5, 6]. Представление о будущих событиях жизни не является чистым феноменом индивидуального сознания. Оно зависит от социального окружения человека, в первую очередь от влияния семьи, особенно на ранних этапах онтогенеза. Семья задает ребенку модель поведения в обществе, межличностном общении, дает возможность познания семейно-бытовых отношений. Самосознание ребенка с раннего возраста развивается в плане постижения своего «Я» в прошлом, настоящем, будущем. Взрослый учит ребенка с любовью вспоминать события из прошлого, радоваться им; также принимает участие в формировании жизненных перспектив ребенка. Чем старше становится ребенок, тем больше он ответствен за свое настоящее и будущее. Подростковый возраст характеризуется формированием жизненных планов, размышлением о будущей профессии, семье. Наличие специфической модели будущего у подростка – один из решающих факторов формирования его личности. Подростки глубже и критичнее относятся к себе во времени. Постепенно к концу подросткового возраста складывается относительно устойчивое представление о самом себе как о цельной личности.

Сироты изначально лишены возможности адекватного познания мира. Й. Лангмейер, З. Матейчик обнаружили факт неразвитости временной перспективы будущего у растущих без родителей детей дошкольного и младшего школьного возраста (цит 9, с. 103). Такие дети реже говорят о своем будущем, чем дети из обычных семей. Авторы видят причину этого в том, что сироты не знают о своем прошлом.

Для подростков-сирот характерен уход от рефлексии своего прошлого,

настоящего и будущего. Настоящее и прошлое для них «размыто», аморфно, они не видят связи настоящего с прошлым, а связь с будущим похожа на «бегство» от прошлого и настоящего [7]. Для воспитанников интерната характерно доминирование краткосрочных планов, склонность пренебрегать предшествующими условиями жизни и последствиями своего поведения. Подростков, растущих без родителей, отличают психический инфантилизм, невысокая ценность настоящего. В условиях психической депривации чаще всего формируется личность без ответственного отношения к собственному времени жизни. Такие дети оказываются особенно чувствительными к психическим травмам, связанным со стрессовыми ситуациями прошлого, семейными конфликтами. Эти травмирующие факторы сохраняют свое воздействие в настоящем и проецируются в будущее, провоцируя постоянную тревогу, неуверенность в себе, формируя заниженную самооценку. Исследования А.М. Прихожан [9] показали, что воспитанники интерната, говоря о своих желаниях, чаще выражают свое пожелание в сослагательном наклонении, в то время как ученики массовой школы – в изъявительном. Формулировки мотивации сирот более однообразны и бедны, чем у подростков, воспитывающихся в семье. Особенно бедны представления, связанные с собственной личностью, внутренними переживаниями. Исследование Е.С. Иванова и Ю.В. Борисова [3] выявило, что подросткам-сиротам с задержкой психического развития будущее кажется значительно более радостным, нежели прошлое и настоящее. При этом, чем негативнее был их прошлый опыт, тем более радостным представляется им завтрашний день и тем менее значимые события они прогнозируют в отдаленном будущем.

Известно, что умение представить себя в прошлом, настоящем и будущем позволяет личности увидеть перспективы собственного развития. Поэтому, когда взрослый хочет сформировать у подростка определенное отношение к своему будущему, ему необходимо учитывать его видение своего прошлого и настоящего. Это становится особенно актуальным при воспитании ребенка сироты. Поэтому нам кажется важным исследование психологического времени подростка, растущего без родителей.

В данной статье мы попытались представить наш опыт изучения представлений о своем прошлом, настоящем и будущем у подростков-сирот, воспитывающихся в одном из московских интернатов.

Задачей нашего исследования была апробация исследовательской проективной методики «Я в настоящем, прошлом и будущем», предлагаемой нами для изучения психологического времени детей. Полученные нами результаты выполнения данной методики показали нам интересными для описания особенностей психологического времени подростков-сирот, и мы хотим поделиться ими с читателями.

Участниками нашего эксперимента были 13 воспитанников интерната 12-14 лет, 5 мальчиков и 8 девочек.

Для **исследования** психологического времени подростков-сирот мы использовали методику Н.Л. Белопольской «Половозрастная идентификация» (ПВИ) [1] в модифицированной нами форме проективной методики «Я в настоящем, прошлом и будущем» (особенности нашей модификации этой методики подробно описаны в журнале «Дефектология» за 2005 г. № 3 на глу-

хих и слышащих детях старшего дошкольного возраста).

Исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе в качестве вспомогательной мы использовали методику ПВИ. Все вопросы предъявлялись в предлагаемой автором форме, за исключением вопросов о маме и папе, которые вообще не задавались.

На втором этапе предлагался бланк, представляющий собой схему, состоящую из восьми пустых ячеек. Испытуемому говорили: «Представь, что это твоя жизнь. Сейчас ты у нас такой(ая) [в определенную ячейку кладется выбранная подростком картинка, представляющая идентификацию себя в настоящем]. До этого ты был таким(ой) [выбираются картинки идентификации себя в прошлом]. Потом ты станешь таким(ой) [выкладываются картинки идентификации себя в будущем]». Таким образом на бланке выкладывается возрастной ряд из картинок методики ПВИ, составленный подростком. Получалось, что первая и восьмая (последняя) ячейка оставались свободными. Далее подростка спрашивали, как он думает, сколько ему лет на каждой картинке. Под каждым рисунком подписывался предполагаемый подростком возраст. Затем карточки убирались, и испытуемому предлагалось нарисовать себя сначала в настоящем, затем в прошлом и будущем в соответствующих ячейках. После рисования себя от младенчества до старости подростка спрашивали: «Как ты думаешь, что с тобой было здесь [экспериментатор показывал на первую ячейку – «до младенчества»? Нарисуй. Как ты думаешь, что с тобой будет здесь [экспериментатор показывал на последнюю ячейку – «после пожилого возраста»? Нарисуй»

На третьем этапе велась беседа по нарисованным картинкам. Подростка просили: «Расскажи о себе на этих картинках» [экспериментатор показывал на рисунки до настоящего – «прошрое» и «настоящее»], «Представь, что будет с тобой потом» [«будущее»]. Также на тему будущего подросткам предлагалось по желанию написать рассказ на тему «Моя жизнь годы спустя».

Результаты исследования.

1. Результаты, полученные при выполнении методики ПВИ.

Все обследованные подростки идентифицировали себя с изображением школьников, но при этом указывали, что вскоре станут старше и показывали на карточку «юность». Все испытуемые легко справились с заданием на построение возрастного ряда из картинок, начиная от младенческого и заканчивая пожилым возрастом. Характерных особенностей при выполнении данного задания подростками-сиротами выявлено не было.

2. Описание результатов, полученных при выполнении методики «Я в настоящем, прошлом и будущем».

2.1. Представления подростков-сирот о своем настоящем.

Известно, что дети подросткового возраста, воспитывающиеся в семье, живут мечтами, планами о своей профессии, устройстве своей жизни. Когда начинаешь спрашивать подростка, воспитывающегося в семье, о сегодняшней жизни, большинство из них начинает рассказывать о планах на будущее.

Детей, воспитывающихся в условиях интерната, отличала невысокая ценность настоящего. Подростки-сироты очень мало говорили о своем сегодняшнем дне. Их высказывания отличались формальностью и односложно-

стью («Хожу в школу, в 4 класс. Что еще рассказывать»). В их рассказах практически не упоминались истории о жизни в школе, любимых предметах, учителях, воспитателях, которые проводят с ними все основное время, заменяя сиротам родителей. Напротив, иногда встречались явно негативные высказывания в адрес своей школы («Школу я ненавижу. Вы не думайте, что я маленькая, но все смогу. Я задам вам всем жару»).

В редких случаях подростки положительно отзывались о своем сегодняшнем положении («Начала учиться, учеба мне нравится»; «Сюда приехала, подружилась со всеми, стала ходить на кружки»). Как правило, подобные высказывания делали подростки, которые имели отрицательный опыт пребывания в других детских домах и в данный интернат попали относительно недавно. В новом интернате они пытаются завести знакомства, получить новый опыт общения.

2.2. Представления подростков-сирот о себе в прошлом.

Рассматривая видение подростками-сиротами своего прошлого, нами выделены три группы отношения воспитанников интерната к своей жизни до настоящего.

К первой группе мы отнесли подростков, которые не хотели рассказывать о своем прошлом («Ничего не знаю, ничего не помню»), начинали нервничать, без желания изображали себя в младенчестве и дошкольном возрасте; рисуя себя в этом периоде, не придерживали бланк рукой. Один подросток вообще отказался рисовать данный этап своей жизни («Ну я не могу рисовать. В детский сад ходил с мамой, друзья были. Все забыл. Вырасту мужчиной, о прошлом не хочу вспоминать»). Воспитанников первой группы оказалось 6 человек (46%). Высказывания этих подростков могут указывать на наличие психологической травмы, неприятные детские воспоминания. Подросткам этой группы особенно не хватает общения с мамой («Я не помню. Родился, был у матери, в коляске лежал, молоко пил. Потом вырос», «Я не хочу рассказывать. Родилась на свет. Меня мама кормила, растила. Я подросла», «Я уже не помню. Только помню, что куда мама, туда и я»).

Ко второй группе были отнесены подростки, которые с удовольствием рассказывали о данном этапе своей жизни. Воспитанники посвящали экспериментатора в то, какие физические травмы они получали в детстве («Ногу ломал и два раза руку – с веранды упал», «В пять лет прыгала на кровати и упала. К врачу отправили»), в какие игрушки играли («Мне купили телефон, я думала, что он настоящий, потом – куклу-голыш, потом – тигра мягкого, потом – коляску»). Подростки живо и тепло отзывались о своих братьях и сестрах, рассказывая, кто в какой интернат попал, и поддерживаются ли теперь с ними родственные связи («Однажды с сестрой и братом ходили в детский сад. Зимой мы катались с горки. Очень было весело. Играли с собакой. Еще у нас было два кота»). Однако отличительной чертой данной группы было то, что никто из сирот не упоминал о своих родителях, большее внимание уделялось рассказу о вещах, игрушках, животных которые были у подростков в детстве. Данную группу составили 5 человек (39%).

К третьей группе мы отнесли подростков, рассказ которых представлял собой отчет о жизни в прошлом («У меня была очень тяжелая жизнь. Мама умерла, папа пил. Есть брат и сестра, не знаю, где они, потом узнаю», «Меня

мама назвала Денисом в честь военного Дениса Гореева. Мама пила, нас била (но не сильно), папа от нас ушел. Трех наших сестер милиция в интернат сдала. А мы с братом жили у тети, потом попали в интернат»). Создавалось впечатление, что воспитанники не в первый раз рассказывают об этом посторонним людям. В истории о жизни до настоящего был полный рассказ о том, как они из семьи попали сначала в детский дом, затем в интернат. Таких воспитанников оказалось 2 человека (15 %). Следует подчеркнуть, что, не смотря на то что у подростков в косвенной форме выяснялось о жизни до настоящего, тем не менее, данная группа восприняла задание, как необходимость отчета о своей жизни в прошлом. Рассказ о вчерашней жизни практически не был связан с теми рисунками, которые были изображены на бланках.

2.3. Представления подростков-сирот о своем будущем.

После рассказа о своем прошлом подростки-сироты мало останавливаются на своем настоящем, которое оказывается для них не очень значимым. Практически сразу переходят к рассказу о своем будущем. («Я начала учиться. Выйду из интерната, пойду в институт, работать»). Рассказы подростков-сирот показывают, что их взгляд в будущее связан со скорейшим желанием отделить свою настоящую интернатскую жизнь от счастливого завтрашнего дня.

Помимо рисунков анализировались сочинения, написанные подростками о своем будущем. Рассказ предлагалось написать по желанию, однако все подростки положительно отнеслись к данному заданию. Им было интересно находиться рядом с психологом, который интересуется их жизнью, планами. Подростки стали делиться своими мыслями друг с другом и экспериментатором. В процессе беседы у воспитанников интерната возникали различные вопросы бытового и личностного характера - о взаимоотношениях людей друг с другом, выборе профессии, спутника жизни и воспитании собственных детей. Таким образом, можно утверждать, что данное задание оказалось не только диагностическим, но и коррекционным, которое помогло подросткам, воспитывающимся в закрытом детском учреждении, заглянуть в свою жизнь после настоящего.

Только один подросток сказал, что о будущем не думает («О будущем думать не хочу, лет в 16-18 подумаю. После интерната оформлю документы и уеду жить в Швецию»). Он же отказался рисовать себя в прошлом.

Все подростки мечтают о благополучном будущем. Они придумывают себе профессию, место учебы и работы. Однако знания об отношениях в обществе взрослых людей у них отсутствуют. Нет знаний о конкретных способах получения образования. Информация об учебе, работе, имеющаяся у подростков, часто носит общий поверхностный характер, а имеющиеся представления часто находятся на достаточно примитивном уровне («Закончу школу, в институт похожу. Куплю собаку, буду ветеринаром», «Буду работать на массажистку животных. Потом, может быть, заведу лошадей»). Создается впечатление, что воспитанникам известны этапы жизни человека, но они не представляют, как эти этапы четко взаимосвязаны между собой («Учусь, на кого не знаю. На водителя. Я стану тренером какой-нибудь команды. Потом пойду на пенсию»).

Практически все воспитанники видят в будущем рядом с собой супругов и детей, мечтают о счастливой семейной жизни. Они активно придумывали

имена и своим будущим детям, и внукам («У меня есть невеста. Мы родим детей – Сашу и Машу»). Некоторые девочки написали, как будет звать их будущих мужей («Моего мужа будет звать Саша, фамилия Жуков»). Многие фантазируют не только о том, какая зарплата будет у них («Буду строителем, буду зарабатывать 10 тысяч в день»), но и делают заключения о доходах будущего супруга («Муж будет работать адвокатом, ему будут платить 7500»).

Характерной особенностью представлений сирот о своей будущей жизни было не только очень краткое описание своей жизни, но и описание особенностей взрослого образа жизни своих воображаемых детей вплоть до появления у них детей (воображаемых внуков). Вот некоторые отрывки из рассказов подростков. «В 20 лет сын поженится. У него родятся малыши, я стану бабушкой, а дочери мои – тетями. В 89 лет я умру»; «Буду много работать, чтобы детей воспитать. Пойдут они в садик, потом в школу. Мы будем ездить в разные страны. Я куплю яхту, и мы поедem в Швецию. Будем отдыхать на каких-либо островах. Я стану дедушкой, внуки будут приезжать. Я буду за ними следить, ухаживать», «Мы с мужем умерли, нас дочка похоронила. Потом она начала работать, поженилась, родила дочку и мальчика, их звали Лена и Леша. Все». Возможно, таким образом подростки-сироты пытались компенсировать пробелы в своей собственной биографии, особенно останавливаясь на особенностях жизни в младенчестве и дошкольном возрасте, и как бы проживали свою жизнь заново, прописывая свой жизненный сценарий как исключительно позитивный.

Многие подростки мечтали в будущем иметь домашних животных, выражая желание дарить свое тепло, нежность и получать эту любовь взамен («Я заведу очень много собак, около пяти», «Лечить буду кошек и собак»).

Характерной чертой многих высказываний обследованных нами воспитанников данного интерната было то, что многие из них мечтали уехать за границу («Я улечу в Америку», «На лето мы будем ездить в Испанию» «Мы поедem в Африку»). Особенностью данного учреждения было сотрудничество с одной из стран Северной Европы, представители которой регулярно преподавали в интернате свой национальный язык и организовывали отдых воспитанников этого интерната в своей стране на каникулах. Именно этим мы объясняли стремление многих подростков уехать из России в разные страны Запада, они часто рассматривали эту возможность как удачную попытку изменить свою жизнь и найти свое счастье, ставя при этом не всегда реальные цели. У многих подростков сложился некий культ другой страны, они с уверенностью рассуждали, что уехав из России, смогут избежать различных жизненных проблем («Хочу уехать жить в Швецию, начать там нормальную жизнь, здесь нет нормальной жизни»).

Подростки-сироты нередко четко делили свою жизнь на «до» и «после» интерната. («Когда мне будет 15, я выйду из интерната», «Выйду из интерната и пойду в институт»). На рисунке одна воспитанница раскрасила себя, начиная с того момента, как она покинет учебное заведение, до этого ее картинки были черно-белыми («Хочу нормально закончить школу. Буду выпускницей, и будет бал»). При этом она отказалась рассказать о своем прошлом.

Все воспитанники интерната мечтали о счастье, о будущей жизни, где отсутствуют какие-либо проблемы: «И будем жить долго и счастливо», «Буду

жить круто», «Хочу, чтобы все получилось».

Анализируя рисунки подростков, можно отметить, что юношеский возраст изображается особенно привлекательным. Многие девочки рисуют у себя в руках цветы, «одеваются» в более яркие молодежные одежды; мальчики изображают себя с сильными, крепкими фигурами, накаченными мускулами. Рядом с собой подростки рисуют возлюбленных, детей и внуков. В пожилом возрасте 10 из 13 подростков подрисовывали палочки, многие изображали горб, сутулость, мальчики рисовали лысину.

2.4. Представления подростков-сирот о начале и конечности жизни.

а). Представления о жизни до младенчества.

Данные вопросы были неожиданными и интересными для подростков-сирот. Некоторые начинали смущаться, хихикать. У нескольких воспитанников, в первую очередь у девочек, возникли вопросы, имеющие отношения к половому воспитанию.

Рисунки этой категории можно разделить на две группы. К первой группе относятся картинки подростков, которые ничего не отразили в своих рисунках. («Я не знаю, что было, меня не было еще»). Таких подростков было 5 человек (38%). Следует отметить, что четверо из пяти этих подростков отказались от рассказа о своей жизни до настоящего.

Ко второй группе мы отнесли детей, которые имели некоторые представления по данному вопросу (8 подростков, 62 %). «У мамы большой-большой живот. Она всегда обо мне заботилась», «Меня и в помине не было», «Я была у мамы в животе. Вот пузо, ручки, волосики». Одна девочка изобразила роды.

б) представления о жизни после пожилого возраста.

Вопрос о том, что будет после старости, не вызывал у подростков отрицательного отношения. Они говорили об этом как о естественном этапе жизни, с улыбкой принимаясь за задание. Все исследуемые рисовали гробы, могилы в последней ячейке. Одни дети, описывая свои представления, показывали значимость для них связи со следующим поколением («Мы умерли, нас дети похоронили», «У меня был гроб. Купил Виталик [сын]»). Другие дети с оптимизмом, радостью рассказывали о данном этапе жизненного пути («Буду на небесах», «О, это с радостью нарисую»).

2.5. Представления подростков-сирот о числовом выражении возраста человека.

Данное задание не вызвало трудности у подростков-сирот. Все воспитанники верно оценили школьный возраст. Легко могли оценить возраст младенца (1 месяц; 1 или 2 года). Возраст юности чаще всего оценивался от 18 до 25 лет. Зрелость нередко оценивалась как относительной молодой возраст – 18-50 лет.

Некоторые сложности возникли при оценке дошкольного и пожилого возраста. Три подростка оценили возраст дошкольника в 9, 10 и 11 лет. Ответы по оценке пожилого возраста имеют большой диапазон, в целом по исследуемой группе – от 50 до 98 лет. У некоторых подростков отмечается большой разрыв между оценкой зрелого и пожилого возраста.

Часть подростков связывает с определенным возрастом некоторые события из своей прошлой («Когда мне было 4 года, а брату 5, от нас папа ушел»)

и будущей жизни («В 50 лет я буду еще работать, а потом пойду на пенсию»). Многие подростки называют свой возраст окончания интерната («Мне исполнится 18, после школы я уеду»).

Выводы. Наше исследование показало, что подростки-сироты, имея в общем адекватные представления о возрастных этапах жизни человека и о своей половозрастной идентификации, при углубленном исследовании с помощью проективной методики и беседы обнаруживают явную недостаточность своего психологического времени в содержательном социальном и психологическом смысле. Адекватно изображая себя в разные возрастные периоды и сопровождая каждый возраст соответствующей предметной атрибутикой, они никогда не изображают себя рядом со своими родителями.

Их представления о своем прошлом кажутся или достаточно болезненными, или недифференцированными и несущественными, или заученными и штампованными. Очень мало внимания в своих представлениях они уделяют своему настоящему, в описании которого остаются достаточно критичными. Можно сказать, что прошлое и настоящее их не удовлетворяет, и они надеются только на будущее благополучное разрешение всех проблем. У всех обследованных четко выражено стремление отделить свою жизнь до и после окончания интерната.

Таким образом, проведенное исследование позволило подойти к мало изученной проблеме представлений о себе в разном возрасте у подростков-сирот, воспитывающихся в условиях интерната. Методика «Я в настоящем, прошлом и будущем» дала возможность описать ряд особенностей психологического времени сирот и наметить пути коррекционной психолого-педагогической работы, направленной на расширение социально-психологической ориентировки детей-сирот и формирование у них более полноценного представления о жизненном пути человека. Помогая размышлениям подростка о содержании своего прошлого и настоящего, о начале и конечности своего бытия, можно помочь ему сформировать более целостное представление о себе, помочь более адекватно строить свои планы, задуматься о смысле существования человека, что должно позволить личности прожить свою жизнь наиболее достойно и значимо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская Н.Л. Исследование половозрастной идентификации у детей со сниженным интеллектом // Дефектология, 1992, №1, с. 5-11.
2. Замалетдинова Ю.З. Опыт изучения представлений о своем прошлом и будущем глухих детей старшего дошкольного возраста. // Дефектология, 2005, № 3, с. 48-55.
3. Иванов Е.С., Борисова Ю.В. Соотношение прошлого и будущего в психологической автобиографии подростков-сирот с задержкой психического развития // Дефектология, 2005, № 2, с. 27-31.
4. Клименко И.Ф., Некрасова Е.В. Об особенностях осознания себя во времени старшеклассниками // Проблемы формирования ценностных ориентаций и активности личности в ее онтогенезе: Межвузовский сборник научных трудов. – М., 1987, с. 71-78.
5. Мухина В.С. Дети детских домов и школ-интернатов о себе (ретроспективная рефлексия, обращенность в настоящее и будущее.) // Лишенные

родительского попечительства: Хрестоматия: учебное пособие для студентов педагогических университетов и институтов / ред.–составитель В.С. Мухина. – М., 1991.- с. 213-220.

6. Мухина В.С. Таинство детства. – М., 1998, т. 2. – 335 с.

7. Некрасова Е.В. О некоторых особенностях временного аспекта самосознания в раннем юношеском возрасте в зависимости от условий воспитания // Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия: учебное пособие для студентов педагогических университетов и институтов / ред.–составитель В.С. Мухина. – М., 1991.- с. 81-85.

8. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. – М., 1990.

А. В. Шувалов¹

АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ²

Московский институт открытого образования, Центр развития творчества детей и юношества «Лефортово», Центр психологического здоровья детей и семьи «Живая вода» (Москва).

В последние годы специалисты начали уделять особое внимание вопросам взаимодействия образования и здравоохранения. Проблемы укрепления здоровья детей и подростков, обеспечения условий полноценного развития и безопасного образования, предотвращения социальной, личностной и нравственной деградации подрастающих поколений начинают рассматриваться как общие и связанные между собой. Стали регулярными межведомственные форумы, посвященные выработке системы и стратегий взаимодействия представителей «помогающих профессий». О налаженной совместной деятельности пока говорить рано, но важен сам факт такого движения и осознание его необходимости. Перед практическими психологами, педагогами, врачами встает задача по преодолению узкопрофильного мышления и освоению междисциплинарного пространства, в котором действуют нормы многообразия, открытости, диалога. Выявление общего и специфического в деятельности смежных специалистов развеивает иллюзию квалификационной самодостаточности, обеспечивает объемную картину действительности, открывает новые пути и дополнительные возможности для совместного решения актуальных проблем. Это сложная работа, стимулирующая науку и обогащающая практику. Под ее влиянием зарождаются эвристические понятия (например, психологическое здоровье), обосновываются теоретические модели и методологические принципы (например, антропологическая модель субъективной реальности и ее развития в онтогенезе или принцип трансметодичности в психотерапии), оформляются целые разделы (например, психология здоровья), призванные объединить и систематизировать уже имеющиеся

¹ Начало. Окончание в след. выпуске.

² Статья написана по материалам исследований, проведенных в ГОУ Центр развития творчества детей и юношества «Лефортово» под патронатом лаборатории антропологических основ психологии развития и образования человека Института педагогических инноваций РАО, ГНУ Института развития дошкольного образования РАО и Центра развития дополнительного и альтернативного образования МИОО.

знания и опыт.

Вместе с тем, в отношении термина «психологическое здоровье» сложилась двусмысленная ситуация: с одной стороны, психологическое здоровье детей в самом общем, интуитивно понятном значении предложено как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма практических психологов образования [9], с другой - за многозначность содержания и широту контекстов употребления критикуется как неохваченное формальной дефиницией и малообоснованное. Чтобы преодолеть это противоречие, необходимо провести анализ категориального статуса понятия «психологическое здоровье» в современной науке, а также специальное исследование проблемы психологического здоровья в детском возрасте. В противном случае есть риск разрыва между провозглашаемыми идеалами и реальной, живой практикой их воплощения.

Психотехнический подход предполагает поиск ответов на три ключевых вопроса, которые и станут путеводной нитью конспективного рассмотрения темы:

1. *Что можно сказать по существу проблемы психологического здоровья человека?*
2. *В чем специфика психологического здоровья и его нарушений в детском возрасте?*
3. *Каковы практические возможности охраны и укрепления психологического здоровья детей?*

Здоровье человека

По своей практической значимости и актуальности проблема здоровья считается одной из самых важных и сложных в современной науке. Прежде чем углубляться в ее психологические нюансы, необходимо определиться с исходными вопросами. Понятие «здоровье» не имеет общепринятого унифицированного толкования, характеризуется многозначностью и неоднородностью состава. Согласно определению, которое было приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г., здоровье - это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Данная формулировка нуждается в уточнениях и подвергается критике за слабую практическую направленность. Исчерпывающие рациональные дефиниции здоровья остаются делом будущего. Обобщая специальные труды, посвященные проблеме здоровья, можно выделить ряд аксиоматических по своей сути положений:

1. Здоровье - это идеальное состояние. Как правило, человек не бывает на протяжении всей своей жизни вполне здоровым.
2. В первом приближении здоровье - это сложный, многомерный феномен, отражающий модусы человеческой реальности: телесное существование, душевную жизнь и духовное бытие. Соответственно, возможна оценка соматического, психического и личностного (в сложившейся терминологической традиции - психологического) здоровья человека.
3. Здоровье - это одновременно состояние и сложный динамический процесс, включающий созревание и рост физиологических структур и работу организма, развитие и функционирование психической сферы, становление,

самоопределение и позиционирование личности.

4. На сегодняшний день безусловно признается эффект взаимовлияний «духа», «души» и «тела» на общее состояние здоровья человека.

5. Категория «здоровье» изначально коррелятивна полюсу индивидуальности: состояние здоровья персонифицировано и предполагает в каждом конкретном случае специальный анализ.

6. Человек может быть здоров при определенных условиях жизни (экологические и климатические особенности, качество питания, режим труда и отдыха, социокультурные факторы и др.). Условия, удовлетворительные для одного человека, могут оказаться болезнетворными для другого.

7. Здоровье - это культурно-историческое, а не узкомедицинское понятие. В разное время, в разных культурах граница между здоровьем и нездоровьем определялась по-разному.

8. Для определения состояния здоровья человека необходимы, с одной стороны, эталонное основание, устойчивый образец благополучия, целостности, совершенства, с другой - описание закономерностей возникновения и течения болезней. В этом качестве выступают системы научных представлений о норме и патологии.

9. Здоровье и болезнь относятся к числу диалектических, взаимодополняющих понятий. Их изучение связано с осмыслением природы и сущности человека.

10. Здоровье является одной из базовых ценностей в жизни людей.

Термин «психологическое здоровье человека» фиксирует два категориальных словосочетания: **психология здоровья** и **психология человека**. На стыке этих областей знания возникает теория психологического здоровья.

Психология здоровья

Длительное время проблема здоровья не являлась приоритетом психологической науки. Только во второй половине прошлого века, главным образом в рамках гуманистической психологии, крупнейших ученых [7, 10, 17, 18] заинтересовала проблематика здоровой личности. Появляются первые разработки психологических концепций здоровья. В конце 70-х годов в общем своде психологических дисциплин выделилась психология здоровья (Health Psychology). Началось ее утверждение в качестве самостоятельной сферы психологических исследований. За сравнительно короткий период в странах западной цивилизации психология здоровья превратилась в достаточно обширную и влиятельную область исследований и их практических приложений. Возрастает роль психологии в обеспечении здоровья людей.

В современной России психология здоровья как новое научное направление еще только проходит начальную стадию своего становления. В числе ее приоритетных вопросов - выявление психологического оптимума жизнедеятельности человека и выработка критериев его оценки и самооценки. Ученые сходятся во мнении, что в качестве центрального объекта исследований здесь должна выступать «здоровая личность» [8, 26]. Личность есть целостный, всеохватный способ бытия человека, через который раскрывается его духовная суть [1, 2, 13, 14]. Соответственно, особое значение приобретает гуманитарное познание - изучение феномена здоровья с человековедческой позиции.

Специальное понимание термина «гуманитарный» связано со знанием собственно *человеческого в человеке*. Гуманитарный подход обращен к духовному миру человека и представляет собой ценностно-смысловое освоение атрибутов человеческой жизни. Объекты гуманитарного знания постоянно развиваются во времени истории и в пространстве культуры. Гуманитарная парадигма допускает существование разных точек зрения на одну проблему. Свидетельством этого являются работы по созданию психологических моделей здоровой личности, существенно обогатившие рациональный взгляд на проблему психического здоровья. Э. Фромм, проповедуя ценность позитивной свободы (приоритет принципа бытия над принципом обладания в мотивах и поступках людей), создал образ «нового Человека» с продуктивным характером [18; 176-178]; Г. Олпорт, введя представление о проприативности человеческой природы, составил образ психологически зрелой личности [цит. 3; 145-149]; К. Роджерс, настаивая на том, что человек наделен врожденным, естественным стремлением к здоровью и росту, раскрыл образ полноценно функционирующей личности [10; 233-251]; А. Маслоу на основе теории мотивации личности вывел образ самоактуализированного, психологически здорового человека [7; 224-252]; В. Франкл утверждал, что залогом жизнеспособности и психологического благополучия человека является стремление к поиску и реализации смысла своей жизни [17]; Б.С. Братусь, разрабатывая основы нравственной психологии, определил условия и критерии нормального развития и личностного здоровья человека [1; 24-50].

Данные исследования стали важным этапом в изучении проблемы психической нормы. Он связан со сдвигом в понимании психической нормы как нормы развития, расширением области исследований природы психического и изменениями в понятийном строе психологической науки. В профессиональном лексиконе гуманистически ориентированных психологов появляются «поэтико-метафорические» термины, определяющие направленность развития и способы актуализации собственно человеческого в человеке. Возникает потребность в категории, которая бы способствовала понятийно-терминологической согласованности и концептуальной преемственности новых теоретических разработок, легла в основание адекватной профессиональной идеологии. На это указывал А. Маслоу: «Я предполагаю, что уже в недалеком будущем мы получим своего рода теорию психологического здоровья, генерализованную, общевидовую теорию, которую можно будет применить ко всем человеческим существам независимо от того, какая культура их взрастила, в какую эпоху они живут» [7; 354]. Эта тема нашла понимание и отклик у авторитетных отечественных психологов: «Осмысливая содержательную суть психологической службы, мы почувствовали необходимость введения в научный психологический лексикон нового термина – *«психологическое здоровье»*. Если термин «психическое здоровье» имеет, с нашей точки зрения, отношение прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов» [9; 39-40]. В продолжение этой логики, опира-

ясь на обоснованное Б.С. Братусем различение человека как безмерного, безмасштабного существа и личности как инструмента достижения человеческой сущности [2], предварительно подытожим: *категория «психологическое здоровье» в ее сложившемся понимании фиксирует антропоцентрический эталон здоровья.*

Философские источники подходов к проблеме психологического здоровья

Теоретические модели психологического здоровья представляют собой варианты развития и конкретизации более общих представлений о человеческой реальности. Их сопоставление помогает осветить исходную философско-антропологическую систему координат. В истории философии отчетливо выделяются две основные линии раскрытия сущности человеческого «Я». Первое направление (XVIII-XIX вв.) связано с идеями видных представителей немецкой классической философии - И. Канта, И.Г. Фихте, Ф. Шеллинга, Г.В. Гегеля, Л. Фейербаха, которые рассматривали проблему человека с точки зрения соотношения (диалектики) родовой и индивидуальной сущности. Причем индивидуальную сущность они признавали вторичной относительно общеродовой, а устремленность к родовой сущности считали высшим предназначением человека: с присвоением родового начала индивид реализует возможность становиться и **быть человеком**. Крайней формой выражения этой традиции стало утверждение К. Марксом и Ф. Энгельсом примата социальной сущности человека, приоритета общественного над индивидуальным, получившее конкретное историческое воплощение в политике подавления человеческой индивидуальности (поглощения особенного коллективным), развитии тоталитарного жизнеустройства, при котором безлично-общественное доминирует над личным. Индивиду для развития необходимы свобода и пространство для самоопределения. Абсолютизация социотризма исключает эти условия, приводит к перерождению философии самоценности человека³ в идеологию его несвободы, которая в угоду инертной системе социальных отношений жертвует отдельной и уникальной личностью, провоцирует процесс уничтожения человека в человеке (как это ни парадоксально).

Социотризм противостоит философия индивидуализма (персоноцентризма), внутри которой развивались идеи противоположного толка (XIX-XX вв.). Ее выразителями стали немецкие философы М. Штирнер, А. Шопенгауэр, Ф. Ницше и представители экзистенциальной философии Н.А. Бердяев, Л. Шестов, С. Кьеркегор, Х. Ортега-и-Гассет, К. Ясперс, Ж.П. Сартр, А. Камю, Н. Аббаньяно, которые утверждали приоритет самобытности человека, полагая, что главная задача индивида - совершенствовать свою личность и **быть самим собой**. Но, замкнувшись на себе, персоноцентризм становится философией абсурда, ибо личность не обусловлена генотипически. Об этом свидетельствуют описанные в научной и научно-популярной литературе феномены мауглизации, или, проще говоря, одичания детей, оказавшихся вне духовной общности, лишенных человеческой заботы и воспитания. Абсолютиза-

³ В системе философских взглядов И. Канта человек, как известно, провозглашен высшей ценностью.

ция индивидуальной сущности неизбежно влечет за собой отчуждение родового начала, приводит к изоляции человека в мире. В реальной жизни поглощенность собой может предстать в карикатурных формах самообожания, а может обернуться чувством внутреннего опустошения и одиночества, потерянности и отчаяния, проявиться в отрицании всякой морали, корыстолюбия и вседозволенности по принципу «ничего святого». Осознавая это, Н.А. Бердяев предостерегал, что личности нет, если нет ничего выше ее.

Философско-антропологические воззрения оказали влияние на научное толкование закономерностей развития внутреннего мира человека. Здесь также можно выделить две тенденции с характерным акцентированием в картине личностно-психического развития либо процесса социализации, освоения индивидом системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества, либо процесса индивидуализации, преодоления первичных социальных связей, высвобождения индивида из традиционных, патриархальных уз, обретения личной свободы и воплощения частных инициатив.

Исторически сложившаяся философская антиномия родовой и индивидуальной сущности человека находит свое отражение в разнообразии мнений и подходов к проблеме психологического здоровья. Их диапазон может быть задан типологизацией основных тенденций по ключевым аспектам проблемы. В русле теории психологического здоровья преемственно просматриваются две ориентации: социоцентрическая (к ней, в той или иной степени, тяготеют разработки Э. Фромма, В. Франкла, Б.С. Братуся) и персоноцентрическая (выражена в исследованиях Г. Олпорта, К. Роджерса и А. Маслоу) (табл. 1).

Первые ссылаются на то обстоятельство, что в отличие от животного человек не снабжен набором инстинктов и врожденных навыков, которые позволили бы ему автоматически осуществлять свои родовые способности. Человеческую сущность надо достичь, завоевать. Человеком надо стать. Согласно этой установке, психологическое здоровье характеризует процесс восхождения индивида к вершинам человеческой сущности и проявляется, прежде всего, в просоциальной личностной позиции.

Вторые исходят из того, что человеческой природе естественно присущи позитивные силы (потребности в доброте, нравственности, дружелюбии и самоактуализации - ненасыщаемые потребности), направляющие к здоровью и росту. Соответственно, психологическое здоровье является результатом обретения индивидом самого себя и проявляется в ощущении подлинности бытия.

Здравый смысл подсказывает, что речь идет о более сложных вещах, нежели формальное различие эгоистической и альтруистической мотиваций. Показательно, что разные пути размышления приводят ученых к схожим представлениям о том, какими качествами должен обладать психологически здоровый человек. Вера в собственное предназначение и чувство долга, самосовершенствование, стремление к личным достижениям и самоотдача, служение людям, делу, истине являются атрибутами свободно-личностного отношения к жизни, модальностями духовного бытия, как вдох и выдох при дыхании составляющими две необходимые стороны существования человека.

Таблица 1.

Типы установок в подходах к проблеме психологического здоровья

Ключевые аспекты	Социоцентрическая	Персоноцентрическая
Основа психологического здоровья	Родовая человеческая сущность как сложный, безмасштабный ансамбль интериоризированных и персонифицированных человеческих отношений	Врожденная, безусловно-позитивная, добрая и конструктивная индивидуальная человеческая сущность как имманентный потенциал, который раскрывается при определенных условиях
Базовый процесс в картине личностно-психического развития	Социализация как приобщение индивида к духовным и культурным традициям, нормам и ценностям общественной жизни	Индивидуализация как оформление у индивида уникального и неповторимого саморефлектирующего «Я»
Источник субъективного благополучия	Чувство общности и духовного сродства, социальная укорененность в мире	Чувство аутентичности , цельности и внутренней согласованности
Доминанта личностной направленности	Самотрансценденция и самоотдача	Самоактуализация и самовыражение
Мировоззренческая установка как детерминанта поведения	Чувство солидарности, долга и ответственности перед людьми, сознательное, добровольное принятие социальных обязательств и следование им, служение	Вера в собственное предназначение, призвание , следование внутренним сигналам (внутренним подсказкам) в стремлении к личным достижениям
Максима психологического здоровья	Быть человеческим , т. е. развивать в себе добродетельные качества, следовать высшим, духовно-нравственным устремлениям, проявлять верность, стойкость и последовательность в их осуществлении	Быть самобытным , т. е. осознавать личную свободу, раскрывать и реализовывать собственный потенциал, выбирать и прокладывать жизненный путь, сохраняя ощущение подлинности бытия

Переживание своей доли ответственности за человеческую солидарность, следование голосу совести и стремление свободно самоопределяться, творчески созидать свое настоящее и будущее не являются антитезой и должны рассматриваться как взаимополагающие цели и ценности индивидуального развития, условия психологического здоровья. Социоцентрическая и персоноцентрическая установки своеобразно переплетаются и переходят друг в друга в предпринятых психологами попытках описания духовной целостно-

сти, формирующих антропоцентрический эталон здоровья.

Очевидно, что теория, делающая слишком сильный крен в сторону коллективистских или индивидуалистических установок человеческого развития и существования, создает «плацдарм» для противопоставлений и становится контрпродуктивной. Существенным шагом в согласовании социоцентрической и персоноцентрической ориентаций в психологии стала гуманитарно-антропологическая парадигма - парадигма единства человека и мира [14; 132-134]. Ее суть отражена в ключевых понятиях: «гуманитарный» происходит от латинских *humus* – «почва» и *humanus* – «человечный» и подразумевает пространство вынашивания и развития человеческих качеств и способностей, культурную и духовную укорененность человека; «антропологический» является производным от греческого *anthropos* – «человек», символизирует сущностные силы, проявленные в устремленности человека. По нашему мнению, на сегодняшний день, наиболее логично, последовательно и полно выстроенным психологическим учением о развитии человека является *психологическая антропология* [14].

Психология человека

Психологическая антропология - это психологическое учение о человеке [13, 14]. Особенность теоретического объекта исследования в психологической антропологии состоит в несовпадении с объектом психологической науки в ее естественнонаучном варианте - психикой. Вместе с тем он давно известен в психологии под именем «душа»; «душевная жизнь», «внутренний мир человека», «индивидуальный дух» - образы реальности, изучаемой психологической антропологией. Обозначение этой реальности - *субъективность*. Различение психики и субъективности носит принципиальный методологический характер. Психика - это более широкое понятие, фиксирующее способ взаимодействия живых существ с миром. Психика является общим свойством человека и животных. Субъективность выражает сущность внутреннего мира и родовую специфику человека, отличает его способ жизни от всякого другого. Природа субъективности находит свое высшее выражение в *рефлексии* - способности человека встать в отношение к себе, занять преобразующую позицию, становиться и быть самобытным, самостоятельным и ответственным субъектом жизни, зряче определяться по отношению к идее достойного и недостойного бытия, добра и зла.

Объектом (источником, ситуацией) развития субъективной реальности в онтогенезе является *со-бытийная общность*. Фундаментальный статус понятия со-бытийной общности людей как особого пространства, где происходит рождение и развитие субъективности человека, определен и задан религиозно-философскими представлениями о человеческой реальности, которые связаны с именами М. Хайдеггера (Mit-Anderen-Sein), М. Бубера (Я и Ты), А.С. Хомякова (неслиянно-нераздельная соборность) и др. На психологическом уровне идея со-бытийной общности тесным образом связана с известным представлением Л.С. Выготского об интерпсихическом этапе существования каждой высшей психической функции, об особом, находящемся между людьми, но никому лично не принадлежащем пространстве развертывания психических явлений.

При содержательном описании пространства развития специального

анализа заслуживает следующее существенное обстоятельство: ребенок зарождается, появляется на свет и живет в системе реальных, хотя и разнородных связей с другими людьми (первоначально с матерью, затем с близкими, впоследствии с дальними). Усиливая эту мысль, можно постулировать: нигде и никогда мы не можем увидеть человеческого индивида до и вне его связи с другими; он всегда существует и развивается в со-обществе и через со-общество. Живая общность, сплетение и взаимосвязь двух жизней, их внутреннее единство и внешняя противопоставленность друг другу указывают на то, что взрослый для ребенка (вообще один человек для другого) не просто одно из условий его развития наряду со многими другими, а фундаментальное онтологическое основание самой возможности возникновения человеческой субъективности, основание его нормального развития и полноценной жизни. **Со-бытие - нераздельность и неслиянность двух самостных форм бытия** - есть та действительная ситуация развития, где впервые зарождаются и вынашиваются специфические человеческие способности, «функциональные органы» субъективности (во всех ее измерениях), позволяющие человеку однажды действительно и самому «встать в практическое отношение» к своей жизнедеятельности. Со-бытие есть то, что развивается, результатом развития чего оказывается та или иная форма субъективности. Сам ход развития состоит в возникновении, преобразовании и смене одних форм совместности, единства, со-бытия другими формами - более сложными и более высокого уровня развития [14; 169-176]. *Принцип развития - динамическое преобразование систем связей и отношений в со-бытийной общности в процессах социализации (отождествления человека с другими) и индивидуализации (обособления человека в общности).* При этом социализация понимается как вращание индивида в мир человеческой культуры и общественных ценностей, становление со-бытийности. Индивидуализация определяется как процесс оформления уникального и неповторимого Я, приобретения индивидом все большей самостоятельности, относительной автономности, становления самобытности. Со-бытийность и самобытность есть выражения единой сущности в природе человека, сердцевину которой составляет субъективность.

Согласно концепции развития субъективной реальности в онтогенезе жизненный путь человека представляет собой последовательность двух этапов (биографических эпох). На первом человек овладевает внутренними (телесными, психическими) и внешними (социокультурными) обстоятельствами своего существования, только становится субъектом собственной жизнедеятельности. Кульминацией и одновременно переломным моментом первой фазы является точка «обретения души», открытия собственного Я. Социальной фиксацией вступления человека в новое качество в традиционных обществах являлись обряды инициации и посвящения, символизирующие переход от «безответственного детства» к необходимости самоопределения и полноте ответственности за свою жизнь.

Собственная самость открывается перед человеком как предмет отношения и творческого преобразования. Теоретически с этого момента можно говорить о саморазвитии субъективности как особой духовной реальности, способе человеческого бытия, атрибутами которого являются самостоятельность и жизнестроительство. Духовность - новое качество и новый принцип, окон-

чительно делающий человека человеком. Определением духовного бытия человека является свобода от принуждения и давления всего, что относится к жизни, включая влечения, пристрастия и прельщения собственной самости. Введение представления о саморазвитии как способности духовной работы над собою есть фактическое признание сверх-естественной сущности человека, обнаруживающей себя в освоении и утверждении собственно человеческого способа жизни.

Среди психологов, допускающих существование высших уровней духовного развития при отсутствии «статистически надежных» свидетельств их существования, прослеживается единодушие в определении направления онтогенеза: **универсализация**, или выход за пределы сколь угодно развитой индивидуальности, есть одновременно вход в пространство обще- и сверхчеловеческих экзистенциальных ценностей, соучастником в построении которых и собеседником в осмыслении которых становится *Бого-человечество* [14; 195-196].

Антропологическая модель психологического здоровья

Предельные категории психологической антропологии - субъективная реальность и со-бытийная общность - позволяют строить предметно-теоретические основания теории психологического здоровья, утверждать сугубую специфику психического здоровья человека. Она уже зафиксирована различением понятий психического и антропоспсихического (в терминологии А. Маслоу, И.В. Дубровиной – «психологического»; Б.С. Братуся – «личностного») здоровья, но требует дальнейшего осмысления. Антропологический принцип, обеспечивая «рельефность» и «осязаемость» представлений о психологическом здоровье, обладает здесь значительным эвристическим потенциалом.

Вышеизложенное дает возможность утверждать, что *основу психологического здоровья человека составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе*. Само понятие «норма» в данном случае - это не характеристика среднестатистического уровня развития какой-либо способности, не ссылка на отсутствие выраженной патологии, высокую приспособляемость и непротиворечивость требованиям культуры, а указание на возможности высших достижений для данного возраста. В соответствии с интегральной периодизацией развития субъективной реальности любые стадии, ступень, период развития имеют свою определенную форму, в которой суммируются результаты развития в виде набора вполне определенных способностей как функциональных органов субъективности. Их конкретный состав образует ориентировочные возрастные нормы развития [14; 183-385]. Индивидуальная норма, по меткому замечанию Г.А. Цукерман и В.И. Слободчикова, есть *то лучшее, что возможно* в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития как квинтэссенция его результатов.

Для содержательного раскрытия категории психологическое здоровье А. Маслоу предлагал «...обратить пристальное внимание на такое понятие, как «человечность», на понятие, пока в большей степени описательное (по сравнению с понятием «самоактуализация»), однако содержащее в себе достаточный элемент нормативности» [6; 41]. Более того, он находил понятия «вочеловеченность» и «психологическое здоровье» взаимозаменяемыми, а понятие «недочеловеченность» считал адекватным обобщением «психологических заболеваний» [там же; 43, 46].

Психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная *жизнеспособность* индивида, как жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата, как умение выживать, приспосабливаться и расти в изменяющихся, не всегда благоприятных, но обычных для большинства условиях, и является предпосылкой здоровья психологического. Психологическое здоровье, в свою очередь, характеризует индивида как субъекта жизнедеятельности, распорядителя индивидуальных сил и способностей. Состояние психологического здоровья является производным от процесса поэтапного приобщения индивида к родовой человеческой сущности и на этой основе - саморазвития субъективности, совершенствования самобытия. *Человечность* индивида - сущностная характеристика психологического здоровья - находит свое выражение в личностном способе жизни, предполагающем свободный, сознательный и ответственный выбор поведения на основе ценностно-смыслового самоопределения субъекта жизнедеятельности.

«Жизнь и дух, - писал К. Юнг, - представляют собой две силы или необходимости, между которыми находится человек. Дух наделяет его жизнь смыслом и возможностью величайшего расцвета. Жизнь же необходима духу, ибо его истина, если она нежизнеспособна, ничего не значит» [26; 292]. Соответственно, *психологическое здоровье - это состояние, характеризующее процесс и результат нормального развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни; максима психологического здоровья есть интеграл (т. е. единство, полнота и цельность) жизнеспособности и человечности индивида.*

В предложенной нами интерпретации человечность⁴ следует понимать как *тенденцию к универсальности бытия* - высшему уровню духовного развития; как восхождение к предельной полноте реальной жизни, откровению духовного единства себя и мира. Именно **«универсальность бытия человека, его свобода задают всеопределяющий вектор его индивидуального саморазвития»** [14; 182]. Тенденция к универсальности может быть описана как сопряжение и синергия особенного и всеобщего в онтогенезе субъективной реальности, актуализация самобытности и со-бытийности, наращивание духовной целостности, полноты и открытости индивидуальной жизни, которые в самом глубоком смысле есть свобода и любовь. «Итак, человеческое бытие становится самим собой лишь превращаясь в со-бытие, когда *свобода как любовь к Себе развивается до свободы как любви к Другому*. Во всеполноте развившихся свободы и любви в нас пробуждается Личность Бога. И всякий раз, когда мы относимся к Другому как к своему Ты, в таком отношении проглядывает божественное» [19; 140].

В отечественной психологии наиболее интересная и удачная попытка описать признаки психологического здоровья принадлежит Б.С. Братусю. В числе условий и одновременно критериев нормального развития человеческой субъективности он выделил отношение к другому человеку как к самоценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода «человек» (центральное системообразующее отношение); способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; творче-

⁴ Этимологически «человечность» – это «чело» - сознание, устремленное к Вечности.

ский, целетворящий характер жизнедеятельности; потребность в позитивной свободе; способность к свободному волепроявлению; возможность самопроектирования будущего; вера в осуществимость намеченного; внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни [1; 50].

Нарушения психологического здоровья

Было бы ошибкой считать, что нарушения психологического здоровья по аналогии с психическими недугами обязательно принимают вид душевного страдания или гротескного поведения, непременно проявляются в социальной дизадаптированности или асоциальных действиях. Напротив, люди могут успешно приспосабливаться к различным ситуациям, производить благоприятное впечатление, преуспевать и избегать поводов для внутреннего дискомфорта. Психологическое здоровье, в свою очередь, не исключает тревоги и растерянности, сомнений и заблуждений, конфликтов и кризисов. Состояние психологического здоровья имеет «мерцательную природу», т. е. здоровье и нездоровье соприсутствуют в виде противоборствующих субъективных тенденций и смысловых содержаний, каждое из которых может преобладать в отдельные моменты жизни. Вместе с тем, можно говорить о направленности мотивов и характере поступков, внутреннем складе и личностной устремленности человека. Соответственно можно выделить типичные отклонения в развитии человеческой субъективности, которые, по сути, есть *тенденции к «частичности» бытия.*

Недоразвитие - первая линия дизонтогенеза субъективности - определяется диффузной самоидентичностью и несформированностью внятной личностной позиции с характерным конформным настроем. Обезличенность проявляется в арефлексивном способе жизни, неопределенности ценностных приоритетов, неустойчивом и беспринципном стиле поведения, отсутствии стремления к позитивной свободе и самостоятельности, гипертрофированной зависимости от стечения обстоятельств, чужой воли и влияния среды (необязательно отрицательного), неспособности к самопроектированию своего будущего, приземленности интересов, инфантильной безмятежности, наивных представлениях о своих возможностях, крайне слабой внутренней ответственности перед окружающими, незабоченности вопросами морали и проблемой смысла своей жизни. Эти натуры склонны к избирательной идеализации людей, выбору лидера или кумира, что отчасти компенсирует недостатки их собственной самости. Объектом обожания и подражания может оказаться преуспевающая и популярная публичная персона или человек из ближайшего социального окружения, современник или харизматический деятель исторического прошлого, позитивно настроенная личность или одиозная фигура. *Здесь в структуре развития субъективной реальности прослеживается фиксация на процессе отождествления с тенденцией к созависимости.* Характер отношения к жизни и к другим людям является отражением ограниченной самобытности: человек не ведает или избегает напряжения сложных решений, риска личной инициативы и поступка, бремени ответственности, оказывается не в состоянии свободно и самостоятельно выбрать направление жизненного пути и определить свое место в обществе. Люди, тяготеющие к описываемой категории, в силу своих субъективных особенностей оказыва-

ются наиболее податливы к разного рода манипулятивным воздействиям (спекуляции СМИ, PR-технологии, реклама, приемы мошенничества, псевдоцелительные практики и т. п.).

Дисгармоническое развитие - вторая типичная линия дизонтогенеза субъективности - определяется искаженной самоидентичностью с характерным эгоцентрическим настроем. Искажение личности проявляется в чрезмерном самолюбии и односторонности мотивационно-смысловой сферы, явно выраженном приоритете материальных целей (комфорт, карьера, достаток, популярность, власть) над духовными ценностями, самоутверждения, привычке руководствоваться сугубо личной выгодой, навязывать свою волю и свои интересы окружающим, стремлении добиваться желаемого во чтобы то ни стало, бесчувственном отношении равно как к дальним, так и к ближним, безнравственном характере поступков (за счет других, в ущерб другим, против других) и умении подвести под них мировоззренческую основу, отрицании чувства долга и моральной ответственности. Именно из таких натур формируются одиозные лидеры. В данном случае в структуре развития субъективной реальности прослеживается фиксация на процессе обособления с тенденцией к самозамкнутости. Характер отношения к жизни и к другим людям является отражением ограниченной событийности: человек оказывается не в состоянии преодолеть самозамкнутость, открыть смысл, вдохновляющий к децентрации, самоотдаче, терпимости и любви к ближнему. В погоне за вождельными целями рискует впасть в зависимость от них, и, лишившись привилегий достатка, привлекательности или власти, переживать это как потерю самого себя, жизненный крах.

Таким образом, с онтогенетической точки зрения - ключевой для психологической антропологии - характерными признаками дизонтогенеза субъективной реальности в первом случае является *ограниченность самобытности* и *со-зависимость* (гипертрофированная форма зависимости индивида от других людей и жизненных обстоятельств); во втором случае - *ограниченность со-бытийности* и *самозамкнутость* (замкнутость индивида на себе, на своих влечениях, желаниях, интересах).

С этической точки зрения - определяющей для *нравственной психологии* (Б.С. Братусь) - признаком отклонения от нормы психологического здоровья в первом случае является *неспособность самостоятельно делать нравственный выбор* (в просторечии - «малодушие»⁵); во втором случае - *отчуждение нравственных чувств и добродетельных устремлений* (в просторечии - «криводушие», «окаянство»⁶). Малодушие не знает Человека в себе; окаянство не видит и не признает Человека в Другом. При всей неочевидности, сложности и многообразии фактических проявлений можно сказать, что малодушие и окаянство - это «Сцилла и Харибда» на пути развития человеческой субъективности.

⁵ Буквально - упадок духа: слабохарактерный человек, легко поддающийся стороннему убеждению и своим мелочным расчетам.

⁶ Недостойный человека, богопротивный и заслуживающий осуждения образ мыслей и поступков, ведущий к духовной гибели.

**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, А. И. Боровова, Н. С. Галкина**
ОПЫТ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ (БОЛЕЕ 7 ЛЕТ)
РИСПЕРИДОНОМ РАННЕЙ ШИЗОФРЕНИИ И АУТИЗМА У ДЕТЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Известно, что терапия рано начавшейся шизофрении и тяжелых форм аутизма у детей традиционными нейролептическими средствами мало эффективна. В то же время, современная психофармакология располагает довольно широким спектром новейших нейролептических средств, применение которых у взрослых позволило значительно повысить эффективность лечения психозов шизофренического круга. В числе таких препаратов – рisperидон, относящийся к группе атипичных нейролептиков и рассматривающийся в настоящее время как средство первого выбора в лечении острых и хронических форм шизофрении, резистентных к традиционной терапии, а также выраженного шизофренического дефекта.

Механизм действия атипичных нейролептиков определяется тенденцией к гармонизации обменных процессов в дофаминергической и серотонинергической системах, нарушение которых лежит в основе позитивных и негативных проявлений шизофрении. В публикациях, посвященных фармакокинетике рisperидона, сообщается о его высокой антипсихотической активности, превосходящей галоперидол в десятки раз, при малой выраженности побочных, в частности экстрапирамидных, эффектов и осложнений [3, 8], что объясняет повышенный интерес к данному препарату.

В детской психиатрической практике рisperидон, несмотря на известную безопасность и эффективность, не находит должного применения. Об использовании его в лечении детских психозов имеются лишь единичные сообщения [6, 11, 13, 17, 18]. Одной из причин данного положения являются указания в аннотации к препарату, ограничивающие его применение у пациентов младше 15 лет. Существуют и другие современные психотропные средства, не рекомендованные к употреблению в детском возрасте. Вместе с тем, заявленные ограничения чаще всего объясняются не токсичностью лекарств, а отсутствием информации об их использовании у детей при тех же показаниях, что и у взрослых, где препарат успешно себя зарекомендовал. В то же время, в детской психиатрии все больше растет потребность в использовании новых лекарственных препаратов для лечения тяжелых форм эндогенных психических заболеваний, и рisperидон в этом отношении выглядит убедительно перспективным.

В 1999 г. на базе поликлинического отделения раннего возраста Научного центра психического здоровья РАМН, с разрешения этического экспертного Совета НЦПЗ РАМН, было начато лечение рisperидоном длительно болеющих детей с мало курабельными состояниями – рано начавшейся шизоф-

рений и аутизмом.

Целью работы было изучение клинической эффективности рисперидона в лечении эндогенных психических заболеваний детского возраста, резистентных к традиционной терапии.

В задачи работы, соответственно, входила оценка терапевтической эффективности (ТЭ) рисперидона у детей с шизофренией и ранним детским аутизмом; а также уточнение побочных действий рисперидона при лечении пациентов детского возраста.

Критериями отбора детей в когорту исследования являлись выраженность негативных и позитивных психических расстройств, хроническое течение заболевания, резистентность к ранее проводимой терапии традиционными нейролептиками.

Критериями исключения являлись экзогенно-органические заболевания: психоорганический синдром, эпилепсия, судорожные приступы, умственная отсталость, хронические соматические заболевания.

Когорту наблюдения составили 65 детей. Из них в группу рано начавшейся шизофрении (МКБ-10 – F20.8xx3) вошли 49 детей, в группу раннего детского аутизма (МКБ-10 – F84.0) – 16 детей. Средний возраст детей в обеих группах был $5,5 \pm 1,2$ лет, средняя продолжительность заболевания составила $4,5 \pm 1,7$ года. По тяжести психического состояния все дети были приравнены к инвалидам детства. Средняя продолжительность лечения составила в амбулатории $6,5 \pm 1,6$ лет. Распределение больных по полу, возрасту и нозологии представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение больных по полу, возрасту и нозологии

Пол Возраст		Нозология	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

До проведения настоящего исследования все дети наблюдались психиатром и получали традиционное лечение по поводу шизофрении и аутизма (галоперидол, стелазин, лепонекс и др.), а также симптоматические средства без существенного терапевтического эффекта.

Стратегия нового лечения рисперидоном строилась в соответствии с правилами, принятыми в педиатрии и детской психиатрии [7, 11]. Важнейшими из них являются следующие: приоритет показаний к лечению над возрастными ограничениями и минимизация доз препарата; комплексность и системность терапии; индивидуальный подход; гибкость в выборе доз и длительности курса терапии; обязательная психотерапевтическая подготовка семьи ребенка к принятию поставленного

ему диагноза и выбора лечения с привлечением родных ребенка к активному сотрудничеству в терапии и получением информированного согласия родителей на проводимое лечение. В нашем исследовании на применение рисперидона у каждого ребенка было получено согласие родителей с условием регулярного (не реже одного раза в неделю на первых этапах лечения, и не менее одного-двух раз в месяц в дальнейшем) посещения врача, а также – письменной фиксацией родителями в домашних условиях психического и физического состояния ребенка.

Тяжесть клинического состояния, степень его улучшения на терапии, или терапевтическая эффективность (ТЭ), количественно оценивались по шкале CGI – шкале общего клинического впечатления, а также – по шкале PANSS, обычно используемой в оценке ТЭ при шизофрении у взрослых, адаптированной авторами к детскому возрасту. Лечение считалась эффективным при снижении суммарного значения шкалы PANSS в динамике на 20% и более. Кроме того, с учетом задач исследования, был разработан оригинальный протокол клинического наблюдения детей по 8 основным позициям (внимание, активность, влечения, когнитивные функции, восприятие, эмоции, моторика, социальное поведение). Степень выраженности выявленных отклонений квалифицировалась по 7-балльной шкале CGI. Побочные эффекты (ПЭ) и их выраженность анализировались по шкале UKU (наличие ПЭ, их степень тяжести, причинная связь ПЭ с препаратом).

До начала лечения и в процессе терапии все дети обследовались психиатром, невропатологом, педиатром, а также психологом. Были изучены биотоки мозга во сне (ЭЭГ) и в бодрствовании, электрокардиограмма и др. Проводились иммунологические исследования у детей уровня антител к фактору роста нервов (АФРН), лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), а также ее ингибитора – альфа-1-антитрипсина ($\alpha 1$ -АТ). Исследовались два биохимических показателя перекисного окисления липидов (ПОЛ): малонового диальдегида (МДА) и эритроцитарной супероксиддисмутазы (СОД) до начала лечения и в процессе терапии. Все указанные показатели тесно связаны с патогенезом шизофрении и расстройств шизофренического спектра, к которым относится ранний детский аутизм, и являются показателями тяжести патологических процессов при этих заболеваниях [5, 12].

Методика лечения была следующей. Предшествующая терапия отменялась за неделю до начала основного курса лечения. Для преодоления негативизма родителей к психотропному лечению (в данном случае рисперидоном), а также для создания у родителей чувства уверенности в безопасности применяемого лечения нами был выбран метод «малых доз» со значительным уменьшением средней терапевтической дозы рисперидона. Известно, что малые дозы, имитируя по интенсивности воздействия естественные (природные) факторы, оказывают на организм практически безопасное влияние и в то же время не уступают по эффективности лечению традиционными дозами лекарств, в связи с чем представляют большой интерес в применении их у детей [1, 2, 4, 9, 10, 14, 15, 16, 20, 21].

В начальный период терапии (первые 2-3 мес.) дети в возрасте от 3-4 лет получали 1/20 средней дозы рисперидона для взрослых, равной 2 мг риспери-

дона в сутки, в возрасте 4-5 лет – 1/10 дозы. Максимальная терапевтическая доза также варьировала в зависимости от возраста ребенка. Для детей раннего и дошкольного возраста она составляла 0,4-0,5 мг, младшего школьного возраста (7-10 лет) – 0,7-1 мг и для более старших детей – достигала 1 мг в сутки. Учитывая, что скорость выведения рисперидона из организма составляет 36 и более часов, в ряде случаев применялась методика дробного (через день) приема препарата.

Суммарная выраженность позитивных, негативных и общих психопатологических нарушений, представленных в баллах по общей шкале PANSS (PANSS total scale) до начала лечения как в группе шизофрении, так и в группе аутизма, была сходной – $132,2 \pm 12,7$ баллов. Сходной была и средняя оценка тяжести клинических проявлений до начала лечения в двух клинических группах по шкале CGI ($5,5 \pm 1,3$ баллов).

Результаты пролонгированного лечения, обработанные статистически параметрическими (T-test) и непараметрическими методами (U-test Mann-Whitney) по программе Statistika 6, представлены в табл. № 2.

Таблица № 2.

Улучшение психического состояния у детей в общей когорте по шкалам PANSS

Подшкалы PANSS Значения (баллы)	Позитивные (P)	Негативные (N)	Общая психопатология (O)	Суммарный балл PANSS (PANSS total scale)
До лечения	27	31	74	$132,2 \pm 12,7$
Спустя 1 год лечения	16	19	43	88
% улучшения	41,0 *	37,5 *	41,0 *	40,2 *
Спустя 5 лет лечения	11	15	41	$67 \pm 12,7$
% улучшения	59,2 *	53,1 *	43,2 *	51,8 *

*отмечены статистически достоверные результаты ($p < 0,05$).

Приведенные процентные величины показывают высокую степень улучшения психического состояния детей. Средние показатели состояния по шкале CGI в течение всего пролонгированного периода приема рисперидона оценивались как 2,5, что соответствует значительному улучшению.

В течение первого года лечения терапевтически наиболее курабельными оказались позитивные нарушения, в их числе бредовые, галлюцинаторные расстройства, нарушения мышления, а также общее возбуждение, подозрительность и враждебность.

На диаграмме № 1 представлена динамика, начиная со второго года и в последующие 5–6 лет лечения рисперидоном, максимального эффекта, наблюдавшегося преимущественно в группе негативных расстройств. Среди последних наиболее отчетливый эффект отмечен в рубриках аутистических проявлений: эмоциональной отгороженности, притупленности, а также пассивности и апатии.

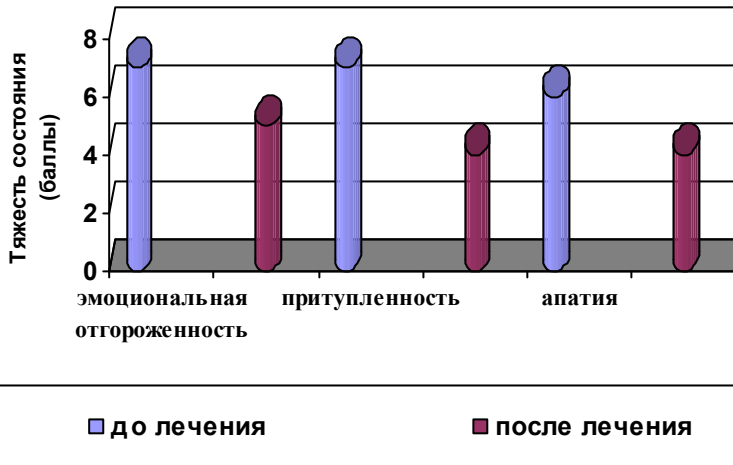
В шкале общей психопатологии наибольшая редукция симптоматики наблюдалась для нарушения функций внимания, воли и импульсивности.

Резистентными к терапии оставались лишь некоторые симптомы, обо-

значенные в шкале позитивных нарушений шкалы PANSS как «переоценка личностных возможностей или рудименты идей величия» – пункт 1.5; в шкале негативных – «нарушения абстрактного мышления», отдельные стереотипии поведения и мышления. В шкале общей психопатологии обнаружили резистентность «необычное содержание мыслей», «манерность в поведении» (пункты опросника PANSS – 1.5, 2.5, 2.7, 3.2, 3.9).

Диаграмма 1

Редукция негативных нарушений по отдельным вопросам шкалы PANSS



Особенно значительная позитивная динамика наметилась в процессе лечения рисперидоном в группе шизофрении, менее значительная – в группе аутизма, где был достигнут некоторый предел в редукции психопатологии. Средний процент улучшения в группе аутизма по шкале PANSS был 27,0%, по школе CGI 1,6 (незначительное улучшение).

В то же время в случаях шизофрении было отмечено некоторое изменение темпа и формы течения эндогенного процесса в процессе пролонгированной терапии рисперидоном. Поскольку в ходе лечения рисперидоном выявилась тенденция к изменению типа течения болезни у части больных от злокачественного типа к приступообразному и регредиентному, группа шизофрении была разделена на две подгруппы: с прогредиентным и регредиентным течением (табл. № 3).

Поведение детей в целом стало более осознанным и социально направленным. Дети и подростки из подгруппы регредиентной шизофрении довольно успешно занимались в школе по общей программе, а по окончании школы продолжили учебу в институте. У них сформировалось осознание своей болезни и критика к собственному состоянию. При этом в периоды обострения больные отделяли от себя и своей личности возобновляющуюся психотическую, или другую продуктивную симптоматику, и, критически оценивая болезненные переживания, пытались их преодолеть (подавить) усилием воли, переключая внимание на другие внешние события. У них исчез негативизм к проводимому лечению, и, напротив, появилось относительно правильное,

терпеливое отношение к терапии.

Дети с прогрессивной шизофренией, стали более послушными и адекватными, начали проявлять эмпатию к настроению и поведению окружающих, стали более аккуратными и опрятными. В случаях отсутствия экспрессивной речи отмечалось довольно значительное понимание пассивной.

Таблица № 3.

Редукция психопатологической симптоматики у детей с шизофренией в катамнезе

Шкалы PANSS		Оценка по шкале PANSS (баллы)		p
		1 подгруппа (прогрессивное течение) M±σ	2 подгруппа (регрессивное течение) M±σ	
До лечения	Позитивные P	25,2±6,2	23,0±7,5	0,27
	Негативные N	34,3± 6,7 *	26,3±6,1 *	0,0001
	Общая психопатология O	59,5±18,3 *	47,8±12,5 *	0,002
	PANSS t. s.	119,1±22,6 *	96,3±17,5 *	0,0004
Спустя 7 лет лечения	Позитивные P	17,2±3,4 *	15,4±2,8 *	0,001
	Негативные N	24,0±3,6 *	18,9±4,7 *	0,0002
	Общая психопатология O	39,8±11,3 *	38,4±6,4 *	0,00004
	PANSS t. s.	78,4±12,8 *	62,3±8,3 *	0,0000001

*отмечены статистически достоверные результаты (p < 0,05).

У многих детей выявлялись признаки улучшения общего физического состояния. У них улучшалось состояние кожи, волос и ногтей. Исчезали сухость, повышенная сальность, ломкость. Улучшался цвет лица, повышался тургор. Изменялся характер аппетита, дети лучше чувствовали вкус еды, начинали употреблять более разнообразную пищу.

Изучение эффективности терапии малыми дозами рисперидона выявили 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 так называемый «парадоксальный эффект», при котором имеет место угнетение ответных клеточных реакций при воздействии на клетку высоких концентраций действующего вещества и оптимизация ее жизнедеятельности на сниженных дозах.

На протяжении всего периода лечения, с учетом приобретенного опыта, рисперидон сочетался с приемом биологически активных адаптогенов, таких как кортексин, биолан, глицин, дельтаран, церебрамин, семакс и др., которые использовались регулярно в виде 2-3 курсов в год длительностью по 10 дней

приема одного препарата. В ряде случаев в периоды эксацербаций rispепидон сочетался с короткими периодами приема малых доз неупелтила, галоперидола, сибазона и других нейролептиков и транквилизаторов.

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

В целом, анализ результатов наблюдения показал, что по миновании ряда лет терапии rispепидоном детей больных шизофренией и аутизмом у подавляющего числа больных отмечалось улучшение психического состояния. В то же время следует констатировать, что, несмотря на убедительное улучшение психического состояния, при длительном приеме rispепидона у детей сохранялись проявления основного психического заболевания, (в случаях аутизма довольно выраженные), а также – сезонные колебания тяжести психического состояния, которые, однако, никогда не достигали исходного уровня.

Попытки отмены или относительно длительные (более двух месяцев) перерывы в приеме препарата приводили к постепенному ухудшению психического состояния больных, для коррекции которых требовалось возобновление лечения rispепидоном, но в ряде случаев в меньших дозах, чем до отмены его. Попытки перевести больных на традиционное лечение обычными нейролептиками были малоэффективны.

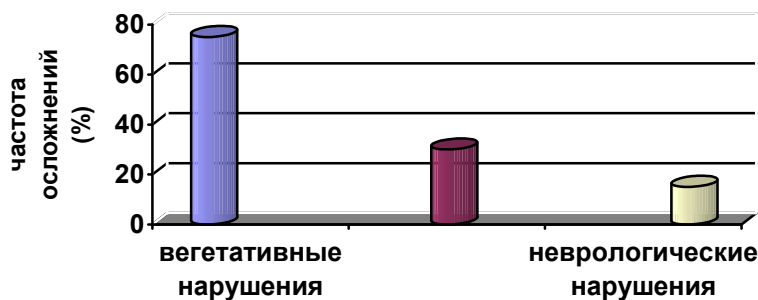
Параметрические и непараметрические методы статистического анализа позволили подтвердить ряд важных закономерностей, установленных клиническими методами исследования. Так, независимо от тяжести психопатологических нарушений, rispепидон действует одинаково активно на продуктивную симптоматику как в группе шизофрении, так и при аутизме. В то же время, прогноз лечения зависит и от изначального уровня тяжести патологии, например, от раннего наступления специфического личностного дефекта. Чем раньше появлялись первые признаки шизофрении, тем большей оказалась вероятность наступления дефекта и тем менее эффективным оказывалось лечение rispепидоном, и тем хуже был прогноз заболевания, что согласуется с классическими представлениями о течении рано начавшейся шизофрении и подтверждается практическим опытом.

Клиническая картина побочных эффектов (ПЭ) по шкале UKU в сравниваемых группах шизофрении и аутизма была относительно идентична. В начале терапии наиболее частыми ПЭ (75%) были вегетативные нарушения в виде повышения аппетита и веса, эпизодического энуреза, единичных кожных сыпей, эпизодов повышенной потливости, тахикардии, кратковременных подъемов температуры тела без отчетливой симптоматики, носовых кровотечений, желудочно-кишечных дисфункций. Реже выявлялись ПЭ в виде психических отклонений (30%) в форме нарушений сна (укорочении периодов дневного и ночного сна) и увеличении времени бодрствования. Отмечались единичные случаи усиления общего беспокойства и эмоциональной раздражительности. Неврологические ПЭ шкалы UKU были еще более редкими (15%) и касались только одного типа ПЭ в виде усиления двигательной активности. Все перечисленные ПЭ сохранялись до 7-10 дней затем самостоятельно редуцировались (диаграмма 2).

Указанные ПЭ в обеих группах по выраженности были незначительны-

ми, не требовали отмены препарата терапии. Только в отдельных случаях к основной терапии на короткое время добавлялись легкие седативные средства (неогаленовские препараты типа «морфей», «баю-бай», гомеопатических препаратов – невروهеля, валерианхеля и др.).

Диаграмма 2
Частота побочных эффектов



Динамика параклинических исследований: ЭЭГ, АФРН, а-1-трипсина, лейкоцитарной эластазы, ПОЛ, СОД, МДА в процессе пролонгированной терапии рисперидоном была также положительной. Так, на фоне лечения отмечена нормализация альфа-ритмики во всех отделах мозга, уменьшение числа и снижение уровня билатеральных вспышек тета-активности, как и уменьшение пикоподобных волн до 3-4 гц. Отмечено также уменьшение амплитуды и урежение высокочастотной бета-активности. Полученные ЭЭГ-данные коррелировали с клиническими проявлениями в виде выравнивания аффективно-уровня реагирования, уменьшения взрывчатости и агрессивности, улучшения мышления в виде гармонизации поведения, понимания окружающей обстановки, позитивной социализации. Все перечисленное объективно подтверждало эффективность проводимого лечения.

В отношении иммунологических показателей прослежена следующая динамика параклинического статуса.

Таблица № 4.

Динамика иммунологических показателей у детей больных шизофренией и аутизмом на лечении рисперидоном

Сроки лечения		До лечения (M±σ)	6 месяцев (M±σ)	Более 1 года (M±σ)	p
Иммунология	Аат ФРН (ед. опг. плотности)	0.9±1.2	0.8±1.1	0.65±0.9	< 0.05
	ЛЭ (усл. ед.)	285±20.3	250±15.4	220±14.3	< 0.05
	а-1-антитрипсин	23±10.5	27±10.2	32±5.9	< 0.05

Из проведенной таблицы очевидно, что в процессе пролонгированного лечения состояние иммунологической сферы значительно выравнивается по взятым показателям (АФРН, ЛЭ, альфа 1 анти -трипсин), которые в ряде

случаев приблизились к норме.

Биохимические показатели (СОД, МОД, МДА) в группе респондеров в процессе лечения выявили повышение антиоксидантной активности крови в виде общей активизация перекисного окисления, что коррелировало с редукцией негативной симптоматики, особенно эмоциональной дефицитарности и наступления ремиссии в процессуальных расстройствах. Кроме того, констатировано увеличение уровня малонового диальдегида. Последнее связано с активацией процесса фагоцитоза клеток крови, свидетельствующей об улучшении в целом иммунологических процессов. Известно, что повышение активности неспецифического иммунитета лежит в основе общей сопротивляемости организма и участвует в редукции психотических симптомов, что клинически коррелировало с началом устойчивой ремиссии у респондеров.

Выявленные факты позволяют предположить, что при длительной терапии рисперидон включается в патогенез основного заболевания и относительно видоизменяет его, смягчая остроту и злокачественность. В то же время, рисперидон обладает свойством вызывать привыкание к нему и потому требует постоянного приема препарата, но благодаря использованию малых доз прием рисперидона не сопровождается побочными действиями и, встраиваясь в гомеостаз организма, он не формирует нового патологического субстрата.

Таким образом, полученный опыт лечения рисперидоном ранней шизофрении и аутизма у детей дает основание сделать следующие выводы.

1. Рисперидон высоко эффективный и безопасный препарат в лечении ранней шизофрении и аутизма у детей (в том числе раннего возраста). Терапия рисперидоном в малых дозах не сопровождается осложнениями и побочными действиями и поэтому не требует корректоров.

2. Лечение указанных заболеваний у детей рисперидоном целесообразно проводить малыми дозами (1/10, а в случае раннего возраста детей 1/20 от средней терапевтической дозы взрослых - равной 2 мг), 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 вызывает резкое ухудшение психического состояния. Указанные факты объясняются тем, что рисперидон включается в патогенез болезни, видоизменяет его, снижая остроту и злокачественность, относительно нормализуя дофаминовую, серотониновую, иммунологическую системы и др.

4. Рисперидон целесообразно сочетать с активным лечением биотиками, ноотропами, адаптогенами и иммуномодуляторами для предупреждения наступления резистентности к терапии. В случаях обострения состояния рисперидон сочетается с другими нейролептиками в малых дозах.

5. Рисперидон в малых дозах наиболее эффективен в отношении негативных расстройств, он повышает психическую активность, уменьшает проявления аутизма, эмоциональную дефицитарность и стрессовую резистентность. В меньшей степени в указанных дозах рисперидон редуцирует продуктивную симптоматику, но на фоне длительной терапии он способствует появлению критического отношения у больных к своему состоянию, окружаю-

щей обстановке, что помогает их социализации.

Результаты проведенного исследования дают основания относить рisperидон к препаратам первого выбора в лечении эндогенных расстройств детского возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Е.Б. Эффект сверхмалых доз // Журн. Вестник РАН, 1994, т. 64, 5, 425-431.
2. Варфаломеев С.Д. Гуревич К.Т. Биокинетика. - М., 1999, 720 с.
3. Веселова Г.В. Веселовская В.А. и др. Трехфазная (парадоксальная) дозовая зависимость...// Росс. хим. журнал, 1999, т. 43, 5, 44-54.
4. Вовин Р.Я. Мазо Г.Э. Иванов М.В. и др. Применение рisperидона для купирования обострений шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия – 2000, Прил. № 2, с. 6-8.
5. Зайцев С.В. Ефанов А.М. и др. Общие механизмы и возможные механизмы действия БАК в сверхмалых дозах // Рос. хим. журнал, 1999, т. 43, 5, 28-33.
6. Захаренко О.М., Ключник Т.П., Козлова И.А., Козловская Г.В., Калинина М.А. и др. Аутоантитела к фактору роста нервов в сыворотке крови матерей больных шизофренией и детей из группы высокого риска // Журнал невропатологии и психиатрии, 1999:99:3.
7. Козловская Г.В. Калинина М.А. Опыт применения рisperидона при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000, Прил. № 1, с. 10-12.
8. Козловская Г.В. Горюнова А.В. Общие принципы лечения и профилактики психического дизонтогенеза / Рук-во по психиатрии. М., 1999, т. 2, 721-724.
9. Мосолов С.Н. Калинин В.В. Еремин А.В. и др. Сравнительное рандомизированное исследование эффективности и толерантности рisperидона и галоперидола при купировании острых состояний у больных шизофренией // 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.
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, 34-42.
12. Щербакова И.В., Козловская Г. В., Калинина М.А., Ключник Т.П. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей из группы высокого риска возникновения шизофрении и больных шизофренией детей // Журн. невропатол. и психиатр. 2005; 105;11: 45-49.
13. Armenteros JL, 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.
14. Armstrong D T, Siuda 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.
15. Bellavite P, Semizzi M, et al. A computer model of the five element theory of traditional chinese medicine / Complementary therapies in medicine, 1998,

vol 6, 133-140.

16. Crain S, Shen K. Ultra-low concentration of naloxone selectivite antagonizes excitatory effects of morphine // Proc Nat Acad Sci USA, vol 92, 23, 10540-10544.

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

18/ Posey DJ, Walsh KH et al. Risperidon in the treatment of two very young children with autism // J Child Adolescent Psychopharmacol, 9, 273-276, 2000.

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

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

21. Shen K, Crain S Ultra-low doses of naltrexone or etorphine increase // Brain Res, 1997, vol 757, 2, 176-190.

22. Stein G, Bernart M Lithium augmentation therapy in tricyclic-resistant depression: a controlled trial using lithium in low and normal doses // Br J Psychiatr, 1993, vol 162, 634-640.

Н. К. Сухотина, Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова, И. Л. Крыжановская
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КАК ПРОБЛЕМА, ТРЕБУЮЩАЯ
НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ
Московский НИИ психиатрии Минсоцздрава РФ (Москва).

Проблемы междисциплинарного взаимодействия специалистов здравоохранения и образования существуют уже не одно десятилетие. По мере изменения количественных и качественных показателей болезненности детского и подросткового населения изменялась и векторная направленность этого взаимодействия.

Приблизительно с 70-х годов прошлого века наметилась стойкая тенденция роста пограничных психических расстройств, преимущественно по группам психосоциально обусловленных заболеваний и заболеваний, связанных с ранним органическим поражением мозга (невротические расстройства, аномалии личностного развития, специфические расстройства психологического развития, включавшие феномены, ранее всецело находившиеся в компетенции логопедов и дефектологов, определяемые в настоящее время как специфические расстройства развития речи и языка и специфические расстройства развития школьных навыков и др.). По-видимому, имеет место как истинное увеличение пограничной психической патологии в детской популяции, так и ее большая выявляемость за счет изменения толерантности по отношению к легким формам нарушений с расширением концепции болезней.

Мероприятия по улучшению психиатрической помощи данному контингенту преимущественно ориентировались на расширение традиционных организационных форм (ПБ и ПНД) , перед которыми ставились новые задачи –

оптимизации диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий за счет введения в штат специалистов с психологическим и педагогическим образованием. В работе стационарных и амбулаторных психиатрических учреждений выделяются следующие новые направления:

Психологическое, задачей которого становится не только традиционная патопсихологическая диагностика, но и коррекция ранних аномалий развития личности, психотерапевтическая работа с больными и их родственниками, установление причин затруднений в усвоении школьной программы, в том числе обусловленных специфическими расстройствами развития школьных навыков, дифференциация их с УО и ЗПР.

Логопедическое, вызывавшее в период его становления весьма неоднозначное отношение в психиатрической системе. В задачи *логопедической* работы в психиатрических отделениях входит обследование состояния речи у всех больных дошкольного и младшего школьного возраста, учет выявленной патологии, организации коррекции дефекта речи, в том числе занятия по развитию речи и коррекции дефекта речи с учетом программного материала по русскому языку. Наряду с этим открываются специальные отделения патологии речи при научных центрах и крупных психиатрических больницах. Это позволило по-новому осветить механизмы формирования речевой патологии, подойти к диагностике, лечению и прогнозированию речевых расстройств в детском возрасте.

В системе психоневрологических учреждений выделилось и *педагогическое* направление, в задачи которого входила организация учебного процесса для детей и подростков, длительное время находящихся в ПБ. При крупных психиатрических больницах были созданы школы, обучение в которых проводилось по общеобразовательной программе. Это позволяло детям и подросткам, испытывающим трудности в обучении в массовых школах из-за психических нарушений, получить среднее и неполное среднее образование.

Медико-социальное направление. Отсутствие строгой регламентации, связанной с принятым позже законом об оказании психиатрической помощи, облегчало проведение профилактической работы с детьми и подростками из группы риска без отрыва от их микросоциальной среды.

Вместе с тем, изначально складывающаяся модель полипрофессиональной помощи детям и подросткам в психиатрических учреждениях в основном ориентировалась на достаточно тяжелый контингент больных (малопрогредиентные формы шизофрении, нарушения невротического круга, формирующиеся на измененной почве, выраженные расстройства поведения с асоциальной направленностью, аддиктивными проявлениями, стойкой социальной дизадаптацией), в то время как дети с более легкими формами пограничных психических расстройств, в том числе с так называемыми донозологическими или доклиническими проявлениями, по-прежнему оказывались вне поле зрения психиатра.

Период социально-экономических перемен в нашей стране, который, как известно, характеризовался разнузданной антипсихиатрической кампанией, направленной в том числе и против детских психиатров, способствовал снижению обращаемости за психиатрической помощью детей с пограничными психическими расстройствами, а также сделал практически невозможным

проведение профилактических осмотров детей в организованных детских коллективах, чему в известной степени способствовал и принятый закон об оказании психиатрической помощи населению. В соответствие с этим перестал соблюдаться основополагающий принцип сохранения психического здоровья детей - максимально ранняя диагностика психических расстройств и проведение системы психопрофилактических мероприятий среди детей группы риска по формированию психоневрологической патологии.

Значительные перемены произошли и в образовательной системе с уходом от единообразия организации учебного процесса, экстенсивным характером учебных нагрузок на фоне ухудшающихся физических показателей школьников, увеличения детей с соматической патологией и пограничными психическими расстройствами. Это способствовало тенденции количественного роста детей, не отвечающих требованиям системы школьного обучения, со всеми вытекающими последствиями в виде неуспеваемости, потери учебной мотивации, антидисциплинарными, оппозиционными и другими формами отклоняющегося поведения, невротическими расстройствами.

В этих условиях возникла потребность в центрах, основной задачей которых было бы сохранение психического здоровья детей в процессе школьного обучения. В системе образования создаются психолого-педагогические и медико-социальные центры - ПМС-центры (центры психолого-медико-социального сопровождения). В настоящее время в Москве функционируют 19 центров психолого-медико-социального сопровождения, подчиняющихся департаменту образования.

Можно выделить следующие основные принципы сохранения психического здоровья детей в процессе школьного обучения:

1. Условия обучения и уровень интеллектуальной нагрузки детей изначально должны быть адекватными их познавательным способностям.

Для этого необходима психологическая и неформальная медико-биологическая оценка психоневрологического развития детей. Это позволит в значительной степени уменьшить психологическую травматизацию детей, связанную с завышенными требованиями к их познавательным способностям, что является одним из ведущих факторов ухудшающегося в процессе обучения здоровья детей.

Существует несколько вариантов психолого-педагогических скринингов, состоящих из нескольких заданий, в ходе выполнения которых исследуется психологическая готовность ребенка к последовательному усвоению школьных знаний. Наряду с этим, по результатам скринирующего обследования выявляют «проблемные зоны» детей, что позволяет наметить пути коррекционно-развивающего воздействия, отражающего индивидуальную направленность обучения.

Поскольку в число критериев школьной зрелости входят не только частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности, но и особенности аффективно-личностной и волевой сфер, общие характеристики поведения ребенка, участие психиатра в этих обследованиях становится необходимым. Полипрофессиональное обследование с участием психиатра позволяет получить полное представление о качественных характеристиках здоровья ребенка и его познавательных способностях, а также провести при необходи-

мости курсовое медикаментозное лечение, которое, как известно, повышает эффективность коррекционных и психотерапевтических занятий с детьми.

2. Максимально ранняя диагностика нервно-психических расстройств, в том числе на стадии субклинических проявлений.

Это позволяет своевременно осуществлять профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия, способствующие укреплению психического здоровья детей, профилактике психических заболеваний и поведенческих расстройств в процессе школьного обучения.

Основной формой клинико-диагностической работы было и остается проведение сравнительного анализа показателей психической деятельности конкретного индивида со среднестатистическими показателями «среднего» ребенка. В связи с этим педагог, при наличии у ребенка особенностей поведения и аффективного реагирования, выходящих за рамки общепринятых, направляет ребенка в ПМС-центр, где психолог должен оценить, являются ли проблемы ребенка психологическими, т. е. связанными с аномальными психосоциальными ситуациями. Если психолог испытывает сомнения в трактовке особенностей поведения ребенка или подростка, он направляет его к психиатру.

Проведенный нами анализ обращаемости (первичной) к психиатрам 2-х ПМС-центров за последние 12 лет свидетельствует о значительном росте числа детей, обращающихся за психиатрической помощью.

Суммарное количество детей, направленных на прием к психиатру Центров с 1994 по 1997 гг. выросло в 2 раза. С 1997 по 2000 гг. отмечалось снижение обращаемости к психиатру пропорциональное обращаемости детей в Центр, обусловленное уменьшением количества детей дошкольного и младшего школьного возраста, составляющих основной контингент Центра, в популяции. К 2007 г. по сравнению с 2000 г. число детей и подростков, направленных к психиатру Центра, увеличилось на 340%, а по отношению к 1994 г. на 450%, т. е. в 4,5 раза. Это при том, что обращаемость в Центр за последние годы (с 2003 по 2007 гг.) практически не увеличилась. Структура психической патологии детей консультативного приема психиатра Центра представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Формы психической патологии	% детей с указанной патологией
Шизофрения, РДА, эпилепсия	7,5 %
Умственная отсталость	1,4 %
Задержки психического развития	9 %
Гиперкинетические расстройства	18 %
Несоциализированные расстройства поведения	12,1 %
Невротические и связанные со стрессом расстройства	14,6 %
Органические непсихотические расстройства	20,7 %
Специфические расстройства развития речи и школьных навыков	16,7 %
Всего	100 %

Выявленные больные, нуждающиеся в диспансерном наблюдении, передаются в ПНД для лечения и длительного наблюдения. Остальная часть детей остается под наблюдением психиатра на всех этапах реабилитационного процесса.

3. Третьим принципом сохранения здоровья детей в процессе школьного обучения является развитие системы сопровождения в образовательном процессе, способного гарантировать помощь и поддержку ребенку, оказавшемуся в ситуации, создающей угрозу психическому здоровью.

Комплексное сопровождение учащихся в образовательном процессе осуществляется теми же ПМС-центрами. Сферой особого внимания являются дети, чье развитие обусловлено действием множественных факторов риска:

- дети и подростки из неблагополучных семей;
- дети и подростки, находящиеся в аномальных психосоциальных ситуациях;
- дети и подростки, испытывающие трудности в усвоении программы обучения;
- дети и подростки с субклиническими проявлениями психических и поведенческих расстройств;
- часто болеющие дети, дети с физическими дефектами или хроническими соматическими заболеваниями.

Наиболее целесообразной представляется консультативная форма сопровождения детей и подростков, осуществляемая на основе бригадного обслуживания. Основное отличие данной формы обслуживания заключается в возможности осуществления координированного, интенсивного многопрофильного подхода к решению проблем психического здоровья. В бригаду специалистов входят логопед, коррекционный педагог, психолог, специалист по социальной работе, врач-психиатр, в некоторых центрах дополнительно врач-невропатолог и терапевт, электрофизиолог, медицинская сестра. Многопрофильный подход дает возможность уйти от нозоцентрической модели оказания помощи, максимально приблизить ее к пациенту и его семье, делает возможным долгосрочное планирование лечебно-реабилитационных мероприятий.

В области проблемы сохранения здоровья ПМС-центры сотрудничают с медицинскими службами, в том числе и на условиях договора о сотрудничестве и совместной деятельности.

Поэтому представляется нецелесообразной наметившаяся тенденция получения ПМС-центрами лицензии на медицинскую деятельность с правом курации больных. В некоторых из них уже созданы медицинские отделы, включающие психиатра, иногда нескольких, терапевта, невропатолога, электрофизиолога и медицинских сестер. Происходит по сути дублирование амбулаторной психиатрической службы в системе здравоохранения.

Существует и другая сторона межведомственного взаимодействия специалистов образования и здравоохранения.

Данные официальной медицинской статистики свидетельствуют о том, что показатели болезненности и первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в детско-подростковой популяции на протяжении последних 10 лет превышают по темпам роста аналогичные показатели у взрослых в 2 раза. Дети и подростки с ограниченными возможностями

по психическому заболеванию нуждаются в специальных условиях обучения. По данным Московского комитета образования, в 2000 г. 52342 человека, в том числе свыше 30 000 детей-инвалидов получали образование и профессиональную подготовку в 888 специальных детских садах, школах, школах-интернатах, профессиональных училищах, других образовательных учреждениях системы образования. В их числе - 692 специальных дошкольных учреждения, в том числе для детей нарушениями речи 274 детских сада и учебно-воспитательных комплекса, для детей с ЗПР 31 учреждение, для детей, сочетающих нарушение речи с нарушением психического развития 21 учреждение; 34 образовательных учреждения «Начальная школа-детский сад» компенсирующего типа. Специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждения для детей с патологией развития насчитывалось в г. Москве 34, в том числе для детей и подростков с патологией речи 5, для детей и подростков с недостатками умственного развития – 29.

Для проведения эффективной реабилитационной и психопрофилактической работы с детьми, посещающих коррекционные образовательные учреждения, необходимо методологическое сближение бригады специалистов на основе многоосевой диагностики психических и поведенческих расстройств и функционального диагноза с разработкой индивидуального плана медико-педагогической реабилитации каждому ребенку

В настоящее время сформирована и проходит обсуждение «Концепция охраны здоровья детей в Российской Федерации на период до 2010 г.». Одним из направлений данной концепции является взаимодействие учреждений здравоохранения с органами образования и социальной защиты по различным медико-психолого-социальным вопросам. Одной из форм взаимодействия является интеграция детской психиатрической помощи в учреждения системы образования. Так, наряду с Центрами психолого-медико-социального сопровождения стали активно формироваться т. н. «школы здоровья», основной задачей которых на настоящем этапе является сохранения психического здоровья детей в процессе школьного обучения. Первые результаты работы «Школ здоровья» свидетельствуют о том, что без участия психиатров в разработке профилактических и реабилитационных программ, а также их непосредственного участия в реализации проектов эффективные результаты маловероятны.

Таким образом, мероприятия по улучшению психиатрической помощи детям и подросткам должны учитывать реалии современного общества с его особым отношением к психиатрической службе, высоким темпом роста психосоциальных заболеваний и такого социального феномена, как школьная дизадаптация, требуют приближения психиатрической помощи к населению, для детско-подростковой его части - в учреждения образования.

Это определяет специфику консультативно-диагностических, психотерапевтических и коррекционных подходов исходя из биопсихосоциальной модели оказания полипрофессиональной бригадой специалистов на основе отработки межведомственного взаимодействия. В противном случае существует угроза дублирования психоневрологической помощи детям и подросткам учреждениями, подчиняющимся различным ведомствам.

**А. А. Кашникова, Ю. Б. Коваленко, Е. В. Корень, А. М. Марченко,
И. Н. Татарова**

**НЕКОТОРЫЕ СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ НЕБРЕДОВЫХ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва).

Ипохондрические расстройства (ИР) достаточно часто наблюдаются в детском и подростковом возрасте. В детском возрасте ИР могут выступать как относительно самостоятельные психопатологические образования или могут входить в структуру синдромов при различной психической патологии. Возрастные особенности ипохондрических проявлений у детей изучались при шизофрении [1, 6, 7], неврозах [2, 4, 5, 8], в структуре острых реактивных состояний [5], в рамках резидуально-органических состояний [2, 3, 5] и т. д.

По МКБ-10 небредовые ипохондрические расстройства входят в рубрику «соматоформные расстройства», выделенную на основании сходства патологических психических нарушений с проявлениями соматического заболевания и как самостоятельное психическое расстройство шифруются в рубрике F-45.2. Как представляется, особенности формирования, характер, разнообразие, степень выраженности и динамика клинических проявлений ИР у детей и подростков в структуре различной психической патологии во многом обусловлены влиянием возрастного фактора.

В процессе изучения влияния роли возрастного фактора на некоторые особенности формирования ипохондрических расстройств у детей на разных возрастных этапах был клинически обследован 86 больных в возрасте от 4 до 17 лет. Из них 68 больных находились на стационарном лечении в Московской детской психиатрической больнице № 6 и 18 больных наблюдались амбулаторно на базе консультативно-диагностического отделения Московского НИИ психиатрии Росздрава.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-катамнестический.

Критериями включения являлись ипохондрические проявления в структуре психических расстройств непсихотического уровня. Критериями исключения являлись психические расстройства психотического уровня.

Обследованные больные вошли в 3 возрастные группы: 4-6 лет, 7-11 лет и 12-17 лет.

Таблица 1.

Распределение больных в трех основных группах по возрасту и полу.

Группа	Возраст	Девочки	Мальчики	Общее число больных
Дошкольная	4-6	5	9	14 (16,2%)
Школьная	7-11	7	11	18 (20,9%)
Пубертатная	12-17	26	28	54 (62,7%)
Всего		33	42	86 (100%)

Количество больных в подростковой группе составило более половины всех наблюдений, что соответствует данным о частоте формирования психопатологических расстройств с ипохондрической фабулой в подростковом возрасте.

те. В дошкольном возрасте и младшем школьном возрасте наблюдалось относительное преобладание мальчиков над девочками, в подростковом возрасте ИР встречались в примерно равных соотношениях и у мальчиков и у девочек.

Из общего числа обследованных в 44 наблюдениях (51.1%) ИР наблюдались в рамках эндогенных расстройств (при аффективных расстройствах (F31.3-31.4, F33.0-33.1); шизотипическом расстройстве (F21); в инициальном периоде шизофрении (F20) и шизоаффективного расстройства (F25); в 33 наблюдениях (38.3%) ИР наблюдались в рамках психогенных заболеваний (тревожно-фобическое расстройство F40.0-40.2; обсессивно-компульсивное расстройство F42.0-42.2; расстройства адаптации F43.20-43.28; соматоформные расстройства F45.0-45.2, F45.30-45.38; ипохондрическое расстройство F45.2; расстройства поведения и эмоций F92.8; депрессивный эпизод F32.0-32.1), в 9 наблюдениях (10.4%) - при резидуально-органических расстройствах (F06-07).

У дошкольников чаще возникали психогенные ипохондрические страхи (10 наблюдений, 71.4%) по сравнению со страхами эндогенного генеза (4 наблюдения, 28.6%). Характерным было острое и подострое начало ИР в условиях эмоционального напряжения, связанного с психотравмирующей ситуацией (конфликты в семье, болезни родственников, поступление в дет.сад), или на фоне резкого испуга за свою жизнь.

Почти в половине наблюдений (6 наблюдений) дети обращали на себя внимание сочетанием тревожно-мнительных и возбудимых черт характера со склонностью к протестным реакциям, с истероформным поведением, конфликтностью со сверстниками, за счет чего на первый план у родителей выходили жалобы на поведенческие нарушения, а не на ипохондрические проявления.

В 5 наблюдениях можно было говорить о неравномерности психического развития детей, выражающейся в отставании развития эмоциональной сферы с незрелостью и малой дифференцированностью эмоциональных реакций, склонностью к соматовегетативному типу реагирования на эмоционально значимые ситуации, неразвитостью социальных функций в сочетании с опережением развития интеллектуальной сферы с ранней фиксацией на представлениях о смерти с формированием танатофобии.

Ипохондрические страхи у дошкольников отличались нестойкостью, фабула страхов была не разработана и нередко отражала индукцию ребенка его ближайшим окружением.

В младшей школьной группе ипохондрические расстройства психогенного генеза (8 наблюдений, 44.4%) и эндогенного генеза (8 наблюдений, 44.4%) наблюдались в равном соотношении, значительно реже возникали неврозоподобные ипохондрические страхи органического генеза (2 наблюдения, 11.1%). Частота постепенного возникновения ипохондрических расстройств несколько превалировало над частотой острого и подострого возникновения. В 7 наблюдениях ипохондрические расстройства формировались на фоне хронических школьных неудач и конфликтных семейных взаимоотношений.

В младшем школьном возрасте появлялись страхи конкретного заболевания, сопровождающиеся как прямыми защитными действиями, так и ритуалами. Разработанность фабулы ипохондрических переживаний в опреде-

ленной степени определялась представлениями детей о возможных последствиях различных соматических заболеваний, при этом у младших школьников чаще возникал страх смертельного исхода мнимого заболевания или возможного оперативного вмешательства. В этом возрасте дети почти в 2 раза чаще боялись инфекционных заболеваний, чем неинфекционных. Среди инфекционных заболеваний младшие школьники чаще опасались желудочно-кишечных заболеваний, болезней, передающихся воздушно-капельным путем, паразитарных заболеваний. Прочие заболевания (гепатит, туберкулез, чума, столбняк, сифилис, СПИД) значительно реже включались в фабулу ИР. Среди соматических неинфекционных заболеваний чаще страх вызывали болезни сердца, рак, аппендицит. Реже наблюдались страхи заболеваний глаз, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта.

Сложное личностное отношение к ипохондрическим страхам в 3 наблюдениях проявлялось в особом «ипохондрическом» фантазировании. Так, в одном наблюдении мальчик представлял себе и рисовал «прозрачные скелеты, у которых видны больные органы». В другом наблюдении фантазирование носило гиперкомпенсаторный характер, когда больной в своих фантазиях разыгрывал сцены борьбы защитных сил организма и болезни «представляю себе зеленые фишки - это инфекции, вызывающие тошноту, и синие фишки - это мой иммунитет от тошноты, и между ними происходит битва».

В подростковом возрасте ИР эндогенного генеза (34 наблюдения, 62.9%) превалировали над ИР психогенного генеза (15 наблюдений, 27.7%) и резидуально-органического генеза (7 наблюдения, 12.9%). В равной степени было характерно как острое и подострое возникновение ИР, так и постепенное их начало. При остром возникновении ипохондрические состояния возникали в виде острых анксиозных приступов с выраженными соматовегетативными расстройствами, наиболее часто касающимися сердечно-сосудистой системы, с формированием кардиофобий.

По сравнению с предыдущими возрастными этапами в подростковом возрасте в формировании ипохондрических расстройств большую роль играли сенсорные нарушения, представленные широким кругом телесных ощущений - стойкими сенестопатиями, соматовегетативными и вегетососудистыми нарушениями.

В подростковом возрасте превалировали страхи неинфекционных заболеваний внутренних органов, что, вероятно, связано с ипохондрической фиксацией в этом возрасте на своих телесных ощущениях и выраженности сенсорного компонента ИР. Среди страхов наиболее распространенными были кардиофобия и канцерофобия, реже дети боялись заболевания органов дыхания и заболевания глаз. Среди прочих заболеваний страх вызывали болезни ЖКТ, суставов, сосудов, почек. Среди инфекционных заболеваний подростки чаще опасались желудочно-кишечных заболеваний и СПИДа, реже - болезней, передающиеся воздушно-капельным путем.

Клиническое оформление ИР в подростковом возрасте приближалось к таковому у взрослых. Больные все большее внимание уделяли возможным инвалидизирующим последствиям предполагаемых заболеваний. Была характерна ипохондрическая активность с настаиванием на проведении медицинских обследований, недоверием к врачам, чтением медицинской литературы.

Разрабатывались сложные защитные действия и ритуалы.

Для всех возрастных групп в детско-подростковом возрасте характерным являлась фрагментарность и незавершенность ипохондрической симптоматики, легкость перехода навязчивых и сверхценных ипохондрических страхов с одного психопатологического уровня на другой, частая смена психопатологических симптомов, что затрудняло типологическую дифференцировку наблюдавшихся ипохондрических проявлений по преобладающему психопатологическому уровню. В связи с этим традиционное выделение у взрослых больных невротической, фобической и паранойяльной ипохондрии не вполне соответствовало полученному материалу и целям исследования. Поэтому при типологическом разделении ипохондрических состояний нами был использован принцип их сочетания с другими психопатологическими расстройствами (аффективными, сенестопатическими и др.), при котором формирование ипохондрической симптоматики у детей и подростков наблюдалось в структуре ведущего симптомокомплекса [6]. С учетом этого были выделены 6 синдромальных типологических вариантов:

1. тревожно-ипохондрический вариант (29 наблюдений, 33.7%). Ипохондрические проявления при данном варианте возникали на фоне доминирующего генерализованного тревожного аффекта. Идеаторный компонент ипохондрических переживаний отличался нестойкостью и изменчивостью, больные фиксировались на неприятных телесных ощущениях (малейших телесных повреждениях - ушибах, царапинах, любом физическом дискомфорте - соматических проявлениях тревоги) или поступающей извне информации о различных заболеваниях. При этом тревожные опасения и возникавшие на фоне внутреннего беспокойства и напряжения малодифференцированные страхи ипохондрического содержания в ряде случаев сопровождалась прямыми защитными действиями, направленными на устранение потенциальной угрозы здоровью;

2. фобически-ипохондрический вариант (17 наблюдений, 19.7%). При данном варианте отмечалось формирование навязчивых страхов ипохондрического содержания с поисками у себя симптомов мнимого заболевания. Мнительное пристальное внимание к работе внутренних органов в этих случаях сопровождалось вторично возникающими неприятными телесными ощущениями. В некоторых случаях помимо прямых защитных действий формировались защитные ритуалы, а также выраженное избегающее поведение;

3. депрессивно-ипохондрический вариант (16 наблюдений, 18.6%). Клиническая картина при данном варианте определялась тревожной и тревожно-тоскливой депрессией, в структуре которой отмечались навязчивые и сверхценные ипохондрические страхи, тесно связанные с интерпретацией соматизированных проявлений депрессии, функциональными нарушениями работы внутренних органов, изменением общего самочувствия, нестойкими сенестопатиями и сенестопатиями. Выраженность и динамика ипохондрических проявлений коррелировала с выраженностью аффективных нарушений. Больные обращались к врачам-интернистам, настаивали на медицинских обследованиях, отмечались эпизодические прямые защитные действия;

4. сенестопатический вариант (14 наблюдений, 16.2%). При этом варианте ведущими расстройствами выступали стойкие и выраженные сенестопатические проявления, сопровождавшиеся навязчивыми идеями о наличии серьезных заболеваний.

стопатии со сверхценной ипохондрической фиксацией на неприятных ощущениях и их «нозологической» интерпретацией. Ипохондрическая активность проявлялась в чтении медицинской литературы, неоднократным обращением к врачам с настаиванием на повторных медицинских обследованиях;

5. астеноипохондрический вариант (7 наблюдений, 8.1%). Астенические проявления были представлены чувством разбитости, слабости, вялости, повышенной утомляемостью от умственных и физических нагрузок. Нерезко выраженные аффективные расстройства при этом ограничивались дистимическими нарушениями, эмоциональной лабильностью, повышенной тревожностью. На фоне частых астенических жалоб проявлялась склонность к фиксации на состоянии здоровья, возникала ипохондрическая интерпретация общего самочувствия, что проявлялось в сверхценном отношении к своему здоровью с созданием для себя щадящих условий, избеганием умственных и физических нагрузок, в постоянной готовности к возникновению ипохондрических страхов. Характерным являлось отсутствие направленной ипохондрической активности с пассивным подчинением желанию родителей при обращении к врачам;

6. деперсонализационно-ипохондрический вариант (3 наблюдения, 3.4%). При данном варианте стойкие сверхценные страхи тяжелого заболевания головного мозга возникали в тесной связи с массивными деперсонализационными расстройствами, среди которых на первый план выступала аутопсихическая деперсонализация с жалобами на непонимание речи, неспособность концентрировать внимание, понимать прочитанное, субъективное ощущение снижения интеллекта. Характерным было стеничное настаивание больными на повторных медицинских обследованиях, которые бы подтвердили их опасения.

Распределение различных типологических вариантов ИР в разных возрастных группах представлено в таблице 2.

Таблица № 2.

Распределение типологических вариантов ИР в разных возрастных группах

Типологические варианты	Кол-во наблюдений		Возраст					
			Дошкольный (до 7 лет)		Младший школьный (7-11 лет)		Подростковый (12-17 лет)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Тревожно-ипохондрический	29	33.7	10	71.4	8	44.4	11	20.4
Фобически-ипохондрический	17	19.7			3	16.6	14	25.9
Депрессивно-ипохондрический	16	18.6	4	28.6	4	22.2	8	14.8
Сенестоипохондрический	14	16.2			2	11.1	12	22.2
Астеноипохондрический	7	8.1			1	5.5	6	11.1
Деперсонализационно-ипохондрический	3	3.4					3	5.5
Всего:	86	100	14	16.2	18	20.9	54	62.7

На разных возрастных этапах менялись представленность и соотношение типологических вариантов. Так, в дошкольном возрасте отмечалось только 2 типологических варианта, чаще ипохондрические проявления отмечались в рамках тревожно-ипохондрического варианта, значительно реже - депрессивно-ипохондрического. В младшем школьном возрасте по частоте встречаемости на первый план выходил тревожно-ипохондрический вариант, затем депрессивно-ипохондрический, фобически-ипохондрический, сенестоипохондрический, и реже, астеноипохондрический варианты. В подростковом возрасте отмечались все типологические варианты. Чаще отмечался фобически-ипохондрический вариант, затем, в порядке убывания, сенестоипохондрический, тревожно-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический, и астеноипохондрический варианты, и, наконец, только в этом возрасте отмечался деперсонализационно-ипохондрический вариант.

Таким образом, ипохондрические расстройства у детей и подростков наблюдаются с дошкольного возраста в структуре различных синдромов непсихотического уровня. В клиническом оформлении и особенностях формирования синдромальных вариантов ипохондрической симптоматики в значительной степени принимают участие психобиологические особенности того или иного возрастного этапа. При переходе от дошкольного к младшему школьному и подростковому возрасту увеличивается число клинических вариантов ИР с усложнением их структуры с большей разработанностью фабулы, усилением чувственного компонента переживаний, преобладающим над идеаторным, а также массивностью соматовегетативных и сенсорных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашникова А.А. Особенности неврозоподобных проявлений при шизофрении у детей и подростков. - Канд. дисс., 1973.
2. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). - М., 1979.
3. Новлянская К.А. // Труды НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - 1964. - Т.41 - С. 29-37.
4. Сергеев И.И., Бородин В.И. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1991. - № 8. - С. 32-35
5. Сканапи Е.Е. Вопросы детской психиатрии. - М., 1940. - С. 77-112.
6. Сосюкало О.Д. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1968. - № 10. - С. 1553-1558.
7. Сосюкало О.Д. Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста. - М., 1973. - С. 13-19.
8. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М., 1955. - Т. 1; 1959. - Т. 2.

**ЗАДАЧИ (НЕКОТОРЫЕ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ)
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ИНТЕГРАТИВНОГО ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ
Московский городской психолого-педагогический университет,
ЦППРиК «Тверской» (Москва).**

Практика сегодняшнего образования такова, что реально существуют образовательные учреждения самого различного вида, в основу деятельности которых заложен принцип интеграции (инклюзии) – совместного воспитания и обучения детей с различными, в том числе тяжелыми вариантами психического дизонтогенеза и их обычных сверстников. К таким образовательным учреждениям по России в целом относятся, в первую очередь, детские сады и ППМС–Центры, диагностические и развивающие группы при ПМПК, научных институтах. Значительно реже можно говорить об общеобразовательных школах, имеющих в своем составе целенаправленно созданные интегративные группы или классы. В регионах на сегодняшний момент чаще существует иная практика «интеграции» - создаются классы 2-го, 7-го, или 8-го видов как отдельные вертикали в общеобразовательной школе, лицензированной по разным образовательным стандартам.

В настоящее время практика включения детей с выраженными особенностями в развитии (в дальнейшем - *особых*) в массовые общеобразовательные учреждения опережает принятие правовых и нормативных актов. Интегративные группы в детских садах, школах, группы раннего сопровождения существуют в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре, Саратове, Новосибирске, Томске и других городах. Нам видится, что междисциплинарное сопровождение интегративного воспитания и обучения в образовании крайне необходимо и может в определенной степени обеспечить устойчивость и необратимость этого процесса.

Излагаемые в работе размышления об отправных точках и, соответственно, линиях междисциплинарного сопровождения явились результатом более чем четырехлетней плотной работы «внутри» одной из сетевых городских экспериментальных площадок «Внедрение современных психолого-педагогических технологий в работу интегративного ОУ» ЦОУО г. Москвы (Центр «Тверской», ДОУ «Наш дом» № 1465, СОШ № 142, № 518).

Но прежде чем обратится собственно к рассмотрению линий подобного сопровождения, хотелось бы несколько слов сказать о самой *философии интеграции*, которая может быть представлена в виде некоторых постулатов и приоритетов. С нашей точки зрения, к постулатам интеграции могут быть отнесены следующие:

1. Каждый ребенок *имеет право* расти и развиваться, в том числе обучаться, в среде обычных сверстников.
2. Индивидуальные особенности развития ребенка рассматриваются *не как его недостатки или негативы*, а как барьеры на пути к овладению той или иной компетенцией или знанием.
3. Особый ребенок и его окружение должны *взаимно* приспосабливаться друг к другу. Это «движение» навстречу с обеих сторон.

4. Нет необучаемых (в широком смысле) детей, а есть *не адекватные* возможностям ребенка содержание, приемы и методы воспитания и обучения.

5. *Любой* ребенок полноценнее развивается в интегративной среде - и особый, и обычный.

Если говорить о *приоритетах* интеграции как отражении ее философии, то в первую очередь надо говорить:

- о приоритете социальной адаптации ребенка. Не упор на «наращивание» каких-либо конкретных знаний или умений, а именно социальная адаптация, т. е. возможность гибкого использования этих умений в конкретной подходящей ситуации. Это касается и детей с преимущественными проблемами и дефицитами в развитии познавательной сферы, и детей с т. н. поведенческими проблемами или нарушениями аффективной сферы. Последнее отнюдь не отрицает обучение как таковое. Отсюда вытекает и следующий приоритет:

- природосообразность образовательных (в широком смысле) задач и методов. Природосообразность, в нашем понимании, предполагает развитие различных сторон психики ребенка в соответствие с логикой нормативного онтогенеза и гармоничности в развитии психических сфер, с одновременным учетом особенностей ребенка, а не слепое следование общей логике обучения и тем более имеющимся на настоящий момент стандартам образования. (Так, заниматься развитием мелкой моторики ребенка с синдромом Дауна вне связи с общим контекстом развития как общей моторики, так и его компетенций в отношении собственного тела, его аффективной составляющей, межсенсорного взаимодействия, с нашей точки зрения, крайне малоэффективно). Еще острее этот тезис звучит в том случае, когда мы касаемся детей с расстройствами аутистического спектра.

- Третьим приоритетом следует считать развитие коммуникативных компетенций, умений взаимодействовать с другими людьми, в том числе и на невербальном уровне, - здесь речь идет и об умении считывать контексты взаимодействия, контексты конкретных ситуаций. С нашей точки зрения, эти проблемы отчасти могут решаться путем развития регуляторной сферы как основы построения любой деятельности. (Хорошо известно, как трудно ребенку, скажем, второго года жизни, ждать своей очереди в игре, слушать, когда говорит другой ребенок, но именно созревание и развитие регуляторных процессов позволяет развиваться собственно «диалогости» взаимодействия).

- Четвертым приоритетом можно считать преодоление, профилактику инвалидизации и искусственной изоляции семьи особого ребенка. Периоды, когда подобная работа становится максимально актуальной, различны. И это зависит не только от межличностных отношений в семье проблемного ребенка, «от темпа переживания горя», но и от варианта отклоняющегося развития и степени социальной «неодобряемости» состояния ребенка. Так, например, для родителей ребенка с синдромом Дауна возможно включение семьи в работу сразу после прохождения «стадии отрицания», т. е. уже на первом году жизни. А для родителей детей с расстройствами аутистического спектра этот момент может возникнуть позже – либо в 2,5-3 года, либо в наи-

более «мягких» случаях родители могут быть не готовы к такой работе вплоть до 8-10 лет.

Работа по интеграции детей с выраженными особенностями в развитии (расстройства аутистического спектра, ДЦП, синдромальные генетические и психопатологические нарушения, нарушения зрения и т. п.) в обычные группы ДОУ и школ может рассматриваться как бы с трех сторон. Для каждой из этих сторон или плоскостей существуют свои специфические задачи междисциплинарного сопровождения.

Первая сторона, или плоскость: собственно создание единой интегративной образовательной «вертикали» *в возрастном* ее смысле. От включения (интегрирования) «особого» ребенка и его семьи в группы раннего сопровождения (как правило, на базе ППМС-центров, НИИ, ДОУ и др.) - через систему дошкольных образовательных учреждений, имеющих в своем составе как интегративные группы, так и группы «Особый ребенок», - к интегративным классам СОШ, а, в идеале, и интегративным группам в учреждениях среднего специального образования. Логика сопровождения в этом случае должна (в четкой зависимости от возраста детей) учитывать и опираться на следующее:

- знание *этапов и закономерностей* нормативного онтогенеза в различные возрастные периоды;
- понимание *психологических задач* каждого конкретного возраста, а не навязанных социумом нормативов обучения;
- *специфику* психического развития детей с различными вариантами дизонтогенеза, с опорой на понимание *механизмов и причин* возникновения этих особенностей;
- знание *клинических* проявлений того или иного варианта психического дизонтогенеза и возможностей медикаментозной курации;
- учет различных *образовательных задач*, внутри каждой ступени образования.
- знание этапов и закономерностей развития *взаимодействия* в детском сообществе в различные возрастные периоды.

В этой плоскости необходима опора на знания методиста образовательного учреждения, педагога и коррекционного педагога, психолога, психиатра, логопеда, физиолога и даже гигиениста.

Как пример можно привести сопровождение интеграции детей раннего возраста (до 3 лет). Где обязательно в процессе игровых развивающих занятий детей в группе (с точки зрения психологического сопровождения) должны актуализироваться познавательный интерес как интерес к новому, развиваться координация движений и межсенсорные интеграции, формироваться простые способы взаимодействия с другими, и все это должно быть «подпитано» аффективной составляющей, или аффективным ресурсом. Т. е. ребенок, в первую очередь, должен получать удовольствие от того, что с ним происходит. Это должно происходить в оптимальное для детей этого возраста время, а сама среда должна быть выстроена с учетом не только развития, но и безопасности. Работающий в команде психиатр определяет медикаментозное и психотерапевтическое сопровождение. (По опыту наших коллег, именно в группах для детей раннего возраста естественнее всего преодолеть

ваются социальные и психологические установки взрослых относительно семей особых детей. А родители самих особых детей, к своему удивлению обнаруживают, что проблемы в воспитании и уходе есть абсолютно у всех. И это, в свою очередь, «работает» на преодоление социальной изоляции семьи особого ребенка).

Вторая плоскость задач интеграции, стоящих перед командой сопровождения - задачи организационные: определение последовательности шагов по организации собственно интегративного пространства обучения, воспитания и жизни детей в конкретном образовательном учреждении.

С точки зрения сопровождения «погружения» того или иного образовательного учреждения в интегративное поле, формирования междисциплинарной команды специалистов, действующих в единой стратегии, предупреждения или «купирования» эмоциональных декомпенсаций, преодоления естественных для такой непростой задачи, как внедрение интеграции, разногласий - здесь сопровождение организационных шагов может быть реализовано с использованием социально-психологических практик:

- различного рода тренингов, в том числе, и тренингов командообразования;
- проведения групповых дискуссий;
- проведения фокус-групп;
- работы в профессиональных «мастерских»;
- работы в Балинтовских группах;
- проведения индивидуальных консультаций;
- анализа кейс-случаев.

Совершенно очевидно, что, скажем, в обычной школе, скорее всего, не окажется специалистов, могущих самостоятельно реализовать эти задачи. Но для этого возможно участие собственно социальных психологов. Они могут быть и постоянными членами междисциплинарной команды сопровождения, и привлекаться для решения конкретных задач.

Очевидно, что среди организационных параметров должны быть описаны и те изменения внутри самого пространства учреждения, без которых практически невозможно реализация интеграции. Здесь имеется в виду создание комфортной и безбарьерной среды: это не только пандусы и лифты, компьютеры и специальные приспособления для детей с двигательными нарушениями, но и игровые «домики» и иные интимные уголки, где ребенок, «перегрузившись», мог бы отдохнуть и придти в равновесие, и т. п. С нашей точки зрения, это важный шаг, который должен быть сделан, и тут участие психотерапевта, специального педагога, гигиениста необходимо. Все эти методы способствуют решению задач интеграции в ее временном аспекте, т. е. тем последовательным шагам, которые могут обеспечить меньшее количество неудач и ошибок.

Третья сторона – это собственно содержательные аспекты самого процесса интегративного воспитания и обучения детей (в широком смысле образования детей). Очевидно, что эта третья сторона в большинстве случаев считается самой главной и единственной. Для этой «плоскости» существуют свои задачи сопровождения.

Первой из них стоит задача *создания команды специалистов* различного

профиля – педагогов, в т. ч. коррекционных, психолога, логопеда, психиатра, методиста и др. Именно эта команда специалистов чаще всего определяет содержательное поле интеграции.

Одной из важнейших содержательных задач можно считать задачу комплектации детской группы или класса: какие дети, с какими дефицитами и проблемами и в каком соотношении могут быть интегрированы без риска для нарушения адаптации всех детей или некоторых детей группы (класса).

По опыту наших питерских коллег известно, например, что дети со сниженным слухом лучше себя чувствуют если их в классе двое или трое, (это же относится и к детям с проблемами двигательного характера), а вот дети с проблемами аутистического спектра в поведении и адаптации лучше себя чувствуют в среде более младших детей и детей с проблемами когнитивного плана. И таких детей в группе также не должно быть больше двух. Поскольку дети с искаженным развитием (нарушениями развития аутистического спектра) достаточно легко «заражаются» чужим двигательным возбуждением, то хорошо, если в одной с таким ребенком группе не будет слишком много от детей с двигательной расторможенностью. Для нас очевидно, что задача грамотной комплектации интегративной группы является чрезвычайно важной и должна быть решена именно усилиями междисциплинарной команды специалистов.

Среди содержательных задач, которые должны быть решены именно специалистами разного профиля – задача выбора оптимальной последовательности и объема помощи особому ребенку. Понятно, что ребенку с синдромом Дауна или расстройствами аутистического спектра необходима помощь и коррекционного педагога, и психолога, и психиатра, и кинезиотерапевта, но самым важным является определение именно последовательности «подключения» в помощь ребенку того или иного специалиста и определение его «дозы», подбор тех приемов и методов, с помощью которых поддержка может быть адекватна. Здесь необходима опора на приоритеты интеграции. В противном случае ресурсы ребенка очень быстро истощаются.

Следующая задача - методическая поддержка педагогов, повышение квалификации педагогов и других специалистов в области *специальной педагогики и специальной, и клинической психологии, психиатрии, неврологии* (в особенности, если в интеграцию включены дети с двигательными нарушениями). Необходимо также обучение специфическим методам и приемам работы, специальным технологиям, в т. ч. и в области коммуникативных компетенций и т. п.

Отдельная методическая работа заключается в секвестровании образовательных программ и построении адекватной *возможностям особого ребенка* последовательности и глубины подачи программного материала по каждой отдельной компетенции или предмету, индивидуализации развивающих или учебных планов в работе с особыми детьми и обоснование необходимости таких мер с точки зрения особенностей каждого ребенка и приоритетов интеграции - природосообразности обучения и адаптированности ребенка и его семьи.

Совершенно необходимой является и специальным образом построенная терапевтическая работа с родителями, в частности, с родительскими ожида-

ниями. Причем, такую работу ведет не только психолог, но и врач. Так, Н.М. Иовчук¹ выделяет 8 задач коррекционной работы с семьей особого ребенка в процессе медико-педагогической работы, среди которых – преодоление негативизма к медикаментозному лечению ребенка, устранение патологических реакций у лиц, непосредственно окружающих ребенка.

Среди содержательных задач в работе с участниками образовательного процесса, в частности в школе, – работа со старшеклассниками по формированию толерантного самосознания. Эту работу может проводить психолог старшего звена, имеющий опыт проведения групповых тренингов.

Алгоритмы междисциплинарного сопровождения интеграции особых детей в среду обычных сверстников отчасти отражены в используемых на настоящий момент технологиях

К последним можно отнести:

- технологии проведения междисциплинарных консилиумов специалистов, что, в свою очередь, способствует выстраиванию приоритетов и определению стратегии медицинского и психолого-педагогического сопровождения как в конкретные моменты, так и на длительные периоды, а также оценке эффективности той или иной стратегии сопровождения;
- технологии оценки особенностей и уровня развития ребенка с выявлением причин и механизмов (по сути психологической, клинической и педагогической типологизации состояния ребенка) его проблем для задач создания адекватной абилитации и сопровождения ребенка и его семьи;
- технологии выделения детей группы риска по различным видам дизадаптации (в частности методом структурированного, невключенного наблюдения), с целью профилактики дизадаптации других детей интегративной группы;
- технологии оценки внутригрупповых взаимоотношений (социометрическое исследование методом ЦТО) для анализа субъективных отношений как между детьми, так и между детьми и педагогами, технологий, позволяющих прорабатывать работу по эмоциональному принятию и групповому сплочению;
- различные технологии собственно коррекционно-развивающей работы с детьми, входящими в группу риска по тому или иному виду дизадаптации, и с особыми детьми;
- технологии психотерапевтической (индивидуальной и групповой) работы с различными участниками образовательного процесса (педагогами, специалистами, родителями, старшеклассниками, администрацией), в т. ч. и крайне специфической психологической работы с родительскими и учительскими ожиданиями.

Подобное трехстороннее видение позволяет очертить ту «точку», «объем», место, которое занимает то или иное образовательное учреждение в пространстве интеграции, и соответственно очертить те задачи сопровождения, которые необходимо решить.

¹ Н. М. Иовчук. Интегративное воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья: условия и перспективы // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2006 (6), № 2. – С. 16-22.

Нам кажется очевидным, что только сопровождение интеграции междисциплинарной командой профессионалов – педагогов, коррекционных педагогов, логопедов, врачей, психологов и др., принимающих *философию интеграции* и ее задачи, позволит сделать этот процесс максимально адаптивным и пластичным. А положения, соображения и технологии, упомянутые нами, не есть раз и навсегда законченная вещь, они должны иметь тенденцию к развитию, дальнейшему осмыслению и совершенствованию по мере самой работы, накопления опыта и дальнейшего распространения интеграции, по мере расширения и преобразования интегративного образовательного поля.

В. А. Степанченко**КОМОРБИДНЫЕ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ****Московский НИИ психиатрии» Росздрава (Москва).****Введение**

Гиперкинетические расстройства - широко распространенная форма психической патологии у детей. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, в том числе Российской Федерации, демонстрируют большой разброс показателей (от 1-3% до 24-28%) в популяции [2]. Большинство исследователей приводит данные о 3-7% детей школьного возраста. По данным зарубежных исследователей, гиперкинетические расстройства редко встречаются изолированно. Гораздо чаще они сочетаются с другими формами психических и психоневрологических расстройств. Так, Szatmari P. et al. (1989) указывают, что в 44% случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством [13], а Kadesjo B. at Gillberg C. (2001) утверждают, что установили сопутствующие психических расстройств у 87% больных [10].

Наиболее частыми коморбидными заболеваниями при СДВГ, по данным зарубежных исследователей, являются нарушения поведения – в 30%-50%. Оппозиционно-вызывающие расстройства поведения отмечается у 30-50% детей с СДВГ [4, 9, 15], асоциальные расстройства поведения - у 15-30% детей и подростков с гиперкинетическими расстройствами.

Другой часто встречающейся формой коморбидных расстройств являются специфические нарушения школьных навыков. Большинство исследователей указывает на то, что данная патология наблюдается у 25% больных [5, 7, 12, 14], в т. ч. дисграфия встречается в 30% случаев, дислексия - в 21%, дискалькулия - в 20%.

Многие исследователи [1, 8], отмечают высокую частоту различных видов речевых нарушений у детей с СДВГ. Заикание встречается у 11% больных.

Среди других сопутствующих психопатологических расстройств следует указать на тикозные проявления. Диапазон встречаемости данного феномена по данным разных авторов, колеблется в широких пределах: от 4% до 24% детей с СДВГ [6], и даже 50% [11].

Частыми сопутствующими СДВГ нарушениями являются депрессивные и тревожные расстройства. Так, по данным American Psychiatric Association [4] и American Academy of Pediatrics [2], они встречаются у 18% и 25% больных соответственно.

Таким образом, основные клинические проявления СДВГ, по данным зарубежных исследователей, часто сочетаются с различными коморбидными расстройствами. Специальных исследований, посвященных коморбидным расстройствам при гиперкинетических расстройствах, проведенных на популяции детей и подростков, проживающих в Российской Федерации, не проводилось.

В связи с этим было проведено исследование, целью которого являлось

изучение коморбидных расстройств при различных клинических формах гиперкинетических расстройств.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в 2006-2007 гг. на базе районного центра психолого-медико-социального сопровождения, куда обращались родители с детьми по направлению школьного психолога в связи с различными проявлениями школьной дизадаптации. Гиперкинетические расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы у 125 детей в возрасте от 6 до 14 лет (120 мальчиков и 6 девочек). Гендерные различия определялись, на наш взгляд, большей выраженностью поведенческих расстройств у мальчиков, в связи с чем они чаще направлялись в Центр.

Всем детям проводилось комплексное полипрофессиональное обследование с участием психиатра, психолога, логопеда, коррекционного педагога, что позволило всесторонне оценить особенности психической деятельности детей с выявлением симптомов основного и сопутствующего расстройств.

Результаты

По результатам обследования, только у 17 из 126 детей (13,5%) проявления гиперактивности, импульсивности, дефицита внимания не сочетались с другими формами психических и поведенческих расстройств. У 109 детей (86,5%) имелись различные сопутствующие (коморбидные) расстройства, при этом среди них одно коморбидное расстройство выявлялось у 44%, два коморбидных расстройства - у 34%, три и более коморбидных расстройства - у 22%.

В соответствии с МКБ-10, выделялись 2 группы детей: дети с СДВГ (F90) – 71,4% и с гиперкинетическими расстройствами поведения (F90.1) – 28,6%. Частота встречаемости различных сопутствующих психоневрологических расстройств при СДВГ и гиперкинетических расстройствах поведения представлена в табл. № 1.

Таблица № 1.

Сопутствующие психоневрологические нарушения при гиперкинетических расстройствах.

Сопутствующие расстройства	СДВГ		Гиперкинетические расстройства поведения		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Без сопутствующих расстройств	17	18,9	-	-	17	13,5
1 сопутствующее расстройство	36	40,0	12	33,3	48	38,1
2 сопутствующих расстройства	24	36,7	13	36,1	37	29,4
3 и более сопутствующих расстройств	13	14,4	11	30,6	24	19,0
Всего	90	100	36	100	126	100

Наиболее часто, на материале нашего исследования, сопутствующие расстройства были представлены различными специфическими нарушениями развития речи и школьных навыков. Их частота встречаемости в зависимости от формы гиперкинетического расстройства представлена в табл. № 2 (поскольку у каждого ребенка может отмечаться не одно нарушение, их общая

сумма может быть больше суммарного процента).

Таблица № 2.

Частота встречаемости нарушений развития речи и школьных навыков при гиперкинетических расстройствах.

Нарушения речи и школьных навыков	Гиперкинетические расстройства		СДВГ		Гиперкинетические расстройства поведения	
	N = 109	%	N = 73	%	N = 36	%
Нарушения развития речи и школьных навыков (суммарные данные)	74	67,9	65	89,0	9	25
Нарушения развития речи	19	17,4	16	21,9	3	8,3
Дислексия	20	18,3	19	26,0	1	2,7
Дискалькулия	35	32,1	30	41,1	5	13,9
Дисграфия	14	12,8	13	17,8	1	8,3

Как видно из представленных данных, специфические нарушения развития речи и школьных навыков значительно чаще встречались среди детей с СДВГ, чем с гиперкинетическими расстройствами.

Напротив, расстройства поведения наиболее часто встречались при гиперкинетических расстройствах поведения, что видно из представленных в табл. № 3 данных.

Таблица № 3.

Частота встречаемости нарушений поведения при гиперкинетических расстройствах.

Нарушения поведения	Гиперкинетические расстройства		СДВГ		Гиперкинетические расстройства поведения	
	N = 109	%	N = 73	%	N = 36	%
Нарушения поведения (суммарные данные)	60	55,0	24	32,9	36	100
Оппозиционно-вызывающее расстройство	50	45,9	24	32,9	26	72,2
Несоциализированные расстройства поведения	10	9,2	-	-	10	27,8

Достаточно часто гиперкинетические расстройства сопровождались невротическими нарушениями в виде как клинически очерченных невротических реакций и состояний, так и отдельных невротических феноменов, не достигавших четких синдромальных форм. Частота встречаемости невротических нарушений представлена в табл. № 4.

Как видно из представленных данных, наиболее часто невротические расстройства проявлялись тревожно-депрессивной симптоматикой. Обращает на себя внимание тот факт, что невротические расстройства чаще встречали при гиперкинетических расстройствах поведения, чем при СДВГ. По-

видимому, это связано с более выраженной школьной дизадаптацией у данной категории детей.

Таблица № 4.

Частота встречаемости невротических нарушений при гиперкинетических нарушениях

Невротические нарушения	Гиперкинетические расстройства		СДВГ		Гиперкинетические расстройства поведения	
	N = 109	%	N = 73	%	N = 36	%
Невротические нарушения (суммарные данные)	35	32,1	20	27,4	15	41,7
Тревожно-депрессивные	20	18,3	12	16,4	8	22,2
Тревожно-фобические	10	9,2	5	6,8	5	13,9
Депрессивные	5	4,9	3	4,1	2	5,6

В табл. № 5 представлена частота встречаемости невротических нарушений при гиперкинетических расстройствах.

Таблица № 5.

Частота встречаемости невротических нарушений при гиперкинетических расстройствах.

Невротические нарушения	Гиперкинетические расстройства		СДВГ		Гиперкинетические расстройства поведения	
	N = 109	%	N = 73	%	N = 36	%
Невротические нарушения (суммарные данные)	49	45,0	30	41,1	19	52,8
Тикозные расстройства	21	19,3	13	17,8	8	22,2
Энурез	15	13,8	12	16,4	3	8,3
Энкопроз	1	1,0	1	1,4	-	-
Заикание	7	6,4	4	5,5	2	5,6

Как видно из представленных данных, невротические нарушения в целом также чаще встречались при гиперкинетических расстройствах поведения, в то время как отдельные формы встречались чаще при СДВГ или не имели существенных различий.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает данные зарубежной литературы о высокой частоте сопутствующих (коморбидных) гиперкинетическим расстройствам психопатологических и психоневрологических расстройств. Частота различных коморбидных расстройств достоверно различается при СДВГ и гиперкинетических расстройствах поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трошин В.М., Радаев А.М., Халецкая О.В., Радаева Г.М. Клинические варианты минимальных мозговых дисфункций у детей дошкольного возраста // Педиатрия, 1994, № 2.
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and

evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Pediatrics*, 2000. 105: p. 1158-1170.

3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.

4. Angold, A., Costello, E. J., and Erkanli, A. Comorbidity // *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1999. 40: p. 57-87.

5. Biederman, J., et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic // *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159: p. 36-42.

6. Cohen D.J., Brunn R.D., Leckman J.F. Tourette's syndrome and tic disorders: Clinical understanding and treatment.- N.Y.: Willey, 1998.- 380 p.

7. DuPaul, G. J. and Stoner, G. ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies. 2nd ed. 2003, New York, NY, US: Guilford Press.

8. Dykman R. A., Ackerman P.T. Attention deficit disorder and specific reading disability: separate but often overlapping disorders // *J. Learn. Disabil.*- 1991.- Vol. 24, N2.- P. 96-103.

9. Frankel F., Feiberg D. Social problems associated with ADHD vs ODD in children referred for friendship problems // *Child. Psychiatry Hum. Dev.*- 2002.- Vol 33, N2.- 125-146.

10. Kadesjo, B. and Gillberg, C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children // *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 2001. 42: p. 487-492.

11. Knell E.R., Comings D.E. Tourette's syndrome and attention deficit hyperactivity disorder: evidence for a denetic relationship // *J. Clin. Psychiatry.*- 1993.- Vol. 54, N9.- P. 331-337.

12. Seidman, L. J., et al. Learning disabilities and executive dysfunction in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder // *Neuropsychology*, 15, 2001 (544-556).

13. Szatmari, P., Offord, D. R., and Boyle, M. H. Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study // *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 1989. 30: p. 205-217.

14. Wu, K. K., Anderson, V., Castiello, U.. Neuropsychological evaluation of deficits in executive functioning for ADHD children with or without learning disabilities // *Developmental Neuropsychology*, 2002. 22: p. 501-531.

15. Zuddasa A., Ancilletta B., Muglia P., Cianchetti C. Attention deficit / hyperactivity disorder: a neuropsychiatric disorder with childhood onset // *Europ. J. Paediatr. neurol.* -200. - Vol. 4, №2.- P. 53-62.

Л. Н. Винокуров, Л. П. Кузма

**О ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
СТРУКТУРЫ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ
МЛАДШИХ КЛАССОВ СЕЛЬСКИХ ШКОЛ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

Костромской областной институт повышения квалификации работников образования (Кострома).

Школьная дизадаптация (ШД) – одна из наиболее распространенных форм социальной дизадаптации у детей, обнаруживаемая, как правило, с первых лет обучения. Это социально-педагогический феномен, который характеризуется стойкой неуспеваемостью по ряду учебных предметов, утратой школьной мотивации, нарастающей педагогической запущенностью, а также нарушениями поведения и психосоматическими расстройствами, обусловленными хроническим стрессом в связи с учебными трудностями.

За сравнительно сходными внешними проявлениями этой дизадаптации, как правило, скрывается сложный полифакторный механизм ее возникновения и последующего развития, особенно ярко проявляющийся в условиях противоречия между индивидуальными особенностями, свойственными значительной группе детей, и стандартными педагогическими требованиями, игнорирующими эти особенности. Под «индивидуальными особенностями» обычно подразумеваются несоответствие общего психического, моторного либо речевого развития паспортному возрасту ребенку; недостаточная сформированность «базовых психических функций», необходимых для своевременного усвоения навыков чтения, письма и счетных операций; наличие хронического заболевания либо последствий черепно-мозговых травм, отражающихся на качестве активного внимания, памяти, особенностях аффективной сферы, а также и других «особенностей», свойственных детям «группы риска» ШД еще до их поступления в первый класс. Если в середине 70-х годов прошлого столетия дети со стойкими учебными трудностями не превышали 10-11%, то за последние 5 лет число неуспевающих школьников возросло в среднем с 20% до 40%. Одновременно отмечается устойчивый рост численности учащихся с психическими и психосоматическими расстройствами, высокий уровень беспризорности и правонарушений среди несовершеннолетних¹.

Признаки потенциальной дизадаптации обнаруживаются, по признанию заместителя министра образования и науки РФ А. Ф. Киселева, у каждого второго семилетнего выпускника дошкольного учреждения; среди детей 6–6,5 лет они встречаются еще чаще, а данные об уровне «неготовности к обучению» среди сельских школьников вообще отсутствуют, при том что на селе в последние десятилетия сложилась непростая ситуация, характеризующаяся, с одной стороны, снижением численности детей дошкольного и школьного возраста, а с другой – ухудшением состояния их психического и соматического здоровья.

¹ Из материалов заседания Государственного Совета РФ № 1313 от 01.04.03 г. «О совершенствовании педагогического образования».

Учитывая возрастающее число детей с трудностями усвоения образовательной программы и нарушениями поведения, ректорат Костромского областного института повышения квалификации работников образования принял решение о создании лаборатории по проблемам ШД у детей и подростков, которая в составе 3 сотрудников стала функционировать с 1 сентября 2006 г.

Основная цель лаборатории – поэтапное обеспечение органов управления образованием достоверной информацией об уровне распространенности в Костромском регионе детей с признаками ШД и «группы риска» ее возникновения для принятия комплекса управленческих решений, направленных на предупреждение социально-негативных последствий, порождаемых ШД.

Среди научно-исследовательских задач, направленных на достижение поставленной цели, первоочередными являются следующие:

- выявление масштаба распространенности учащихся начальных классов со ШД и группы риска из числа проживающих в сельской и городской местности;

- определение структуры клинико-психолого-педагогических факторов, лежащих в основе школьных трудностей и поведенческих расстройств исследуемого контингента детей;

- разработка обоснованных рекомендаций, направленных на снижение в нашей области остроты проблемы ШД, на основе анализа полученных в ходе исследования материалов и с учетом современных социально-экономических условий региона.

Анализ первых результатов исследовательской работы лаборатории в сельских школах и детских садах Костромской области

Всего за 4 месяца первого полугодия 2007 г. были обследованы 300 детей из 468 учащихся, обучающихся в начальных классах (с первого по четвертый) общеобразовательных сельских школ и 112 воспитанников подготовительных к школе групп сельских детских садов из 6 районов Костромской области. Среди обследованных учащихся было 107 первоклассников, 74 второклассника, 68 детей из третьих и 52 ученика из четвертых классов этих школ.

С целью определения уровня распространенности учащихся со ШД и риском ее возникновения мы стремились обследовать всех детей, обучающихся в начальных классах школ. Однако это удалось сделать только в первых классах, в то время как в других классах были в основном обследованы лишь те ученики, на которых были подготовлены педагогические характеристики. В результате обследования учащихся была выявлена структура ведущих нервно-психических расстройств, которые в большей степени могут обуславливать возникновение у этих детей ШД.

Исследование показало, что, несмотря на малую наполняемость классов, уже в первый год обучения более 35% детей испытывают устойчивые трудности в усвоении образовательной программы, демонстрируют нарушения учебной мотивации и поведения, а также другие признаки ШД. Клинико-психолого-логопедическое обследование первоклассников позволило выявить структуру имеющихся у них нарушений нервно-психического развития, где наибольший удельный вес (70%) занимают дети с разной степенью выраженности нарушениями интеллекта, в том числе с умеренной умственной отсталостью (34,2%) и пограничной интеллектуальной недостаточностью

(36,8%). Остальные 30% составляли дети с несформированностью отдельных, базовых для обучения и развития психических функций (интеллектуальных предпосылок по К. Ясперсу) – внимания, памяти, речи, пространственного анализа и синтеза и др. Психологическое обследование показало, что эти парциальные нарушения обуславливают устойчивые трудности в формировании чтения, письма и счета (специфические школьные трудности) у 16% детей со ШД. У остальных детей (14%) она связана с дефицитом внимания, двигательной расторможенностью и незрелостью эмоционально-волевой сферы, которые с позиций клинико-психологического подхода рассматриваются как синдромы гиперактивности и психического инфантилизма.

Сопоставление результатов обследования детей со ШД, обучающихся в разных классах, показало, что в целом структура выявленных у них нервно-психических расстройств мало отличается. Наиболее распространены среди школьников этой группы интеллектуальные нарушения (от 70% до 85%), которые в большинстве случаев (от 34% до 60%) носят пограничный характер между нормой и патологией, не достигая степени умственной отсталости, тогда как последняя встречалась у детей со ШД в 26%–41% случаев. Парциальные нарушения развития психических функций, проявляющиеся у детей в устойчивых трудностях формирования чтения, письма и счета в этой структуре составляли от 3% до 19%. Психический инфантилизм обнаруживали 3%–8% детей, а синдром дефицита внимания – до 6%.

Почти у всех детей со ШД встречался астенический синдром, сопутствуя другим нарушениям психической сферы (умственной отсталости, психическому инфантилизму). Вместе с тем, в чистом виде (в качестве ведущего синдрома) это расстройство было выявлено у учащихся третьих и четвертых классов лишь в 3% и 7% случаев соответственно.

Нарушения поведения, проявляющиеся в виде личностных патохарактерологических реакций, являются основной причиной ШД у учеников младших классов в 4%–8% случаев.

Кроме учащихся, которые уже обнаруживают ШД в начальной школе, выявлена группа детей, имеющих признаки риска ее возникновения в виде недоразвития психических функций, нарушений поведения и отклонения в психосоматическом здоровье. Эту группу риска можно выявить уже в дошкольном возрасте.

Параллельно проведенное логопедическое исследование выпускников дошкольных учреждений показало, что из 112 обследованных дошкольников 94 обнаруживают недоразвитие речевой функции и нуждаются в логопедической помощи, без которой многие из этих детей просто обречены на трудности в формировании навыков чтения и письма.

Обследование учащихся первых классов показало, что риск ШД обнаруживают 34,6% детей. Из них наибольшая часть (62%) – дети с нарушениями отдельных интеллектуальных предпосылок (внимания, памяти, работоспособности, речевых функций). В структуре нервно-психических расстройств у первоклассников группы риска чаще (24,3%) всего встречаются астенические состояния различного происхождения, психический инфантилизм (19%) и недоразвитие психических функций, необходимыми для формирования учебных навыков (19%). Распространенность этих нарушений

среди первоклассников группы риска в целом соответствует их удельному весу в других классах. Вместе с тем следует отметить увеличение с 1-го по 4-й класс детей с разной степенью несформированности того или иного учебного навыка (чтения, письма, счета), что, однако, не приводит к их неуспеваемости по предмету. Мы полагаем, что в условиях типовых классов городских школ большинство из них имело высокую вероятность уже на первом-втором году обучения оказаться в ряду неуспевающих. Кроме того, к 4-му классу наблюдается снижение числа детей с астеническими состояниями и патохарактерологическими реакциями, что связано с формированием у них уже к третьему-четвертому классу состояний ШД.

Среди школьников группы риска отмечается высокий процент детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью. В целом этот процент существенно ниже, чем у детей обнаруживающих ШД, однако отмечается рост числа таких школьников с 1-го по 4-й класс (от 21% до 39%). Среди сельских учащихся, которые, по мнению учителей, еще не обнаруживали школьной неуспеваемости, были и дети с умственной отсталостью (8%–11%). Отсутствие неудовлетворительных отметок у этих учащихся может быть объяснено, прежде всего, условиями их обучения в сельской неполной школе и позицией учителя. При отсутствии сопутствующих нарушений дети с умеренной умственной отсталостью нередко сохраняют способность к репродуктивному обучению - «их можно натаскать». Практика показывает, что в начальной школе такие дети нередко выглядят вполне обучаемыми. Поэтому ШД возникает у них лишь в средней школе, где школьные требования значительно выше, чем индивидуальные возможности детей.

Несмотря на то что в соответствии с Законом «Об образовании» все эти дети нуждаются в организации специальных условий обучения, в сельских школах нет ни программ, ни учебников по обучению детей с умственной отсталостью. Поэтому заключения ПМПК, рекомендующие обследованным детям обучение в таких классах, как правило, остаются не реализованными.

Известно, что большинству сельских детей с нарушениями психического и соматического здоровья в настоящее время специализированная медицинская помощь недоступна ввиду отсутствия в районных центрах не только узких специалистов (детских психиатров, психоневрологов, оториноларингологов и др.), но порой и педиатров. В отдельных районах медицинскими осмотрами дети не были охвачены по 2-3 года. Из-за отсутствия указанных специалистов и достоверных данных о количестве детей, нуждающихся в специализированной помощи. Между тем, эти данные могли бы стимулировать принятие адекватных сложившейся ситуации управленческих решений.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что полученные данные проведенного исследования имеют по степени информативности неполный характер, т. к. на его результатах сказался значительный ряд помех: высокие морозы и сопутствующие им вспышки вирусных инфекций, отразившиеся на численности детей, оказавшихся вне обследования; недостаточное качество педагогических характеристик и медицинских документов; неподготовленность родителей обследуемых детей к моменту приезда бригады; индифферентное отношение ряда руководителей школ и отдельных районов к задачам проводимого исследования и многое другое.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

**Детская городская поликлиника г. Красногорска (Московская обл.),
отдел медицинской психологии НЦПЗ РАМН (Москва).**

Оказание психологической помощи детям и подросткам в детской городской поликлинике (ДГП) проводится в соответствии с приказом Минздрава России № 438 от 16.09.2003 г. Задачами медицинского психолога при работе в ДГП являются: профилактика, диагностика, психологическая коррекция и реабилитация пациентов с психосоматической патологией, предболезненными состояниями, связанными с нервно-психической напряженностью, хроническим стрессом, нарушениями межличностных отношений в семье, в социуме. Без психологических знаний о закономерностях хода нормального и аномального психического развития ребенка невозможны своевременное выявление и коррекция задержек и нарушений психического развития детей и подростков. Нарушения развития, не выявленные и не скорректированные в детстве, создают проблемы, которые становятся особо актуальными в старшем школьном возрасте, способствуют формированию патологии личности. Распространенность невротических и психосоматических расстройств в детском и подростковом возрастах не только значительна, но и постоянно возрастает. Увеличился удельный вес заболеваний, которые возникают в связи с трудностями приспособления к резко ухудшившимся условиям существования. Их называют болезнями адаптации, а т. к. они в значительной степени связаны с прогрессом, то приобрели еще и другое название (по существу являясь психосоматическими расстройствами) — «болезни цивилизации» [2].

Работа медицинского психолога в ДГП имеет свои особенности. Психолог-профессионал должен знать и учитывать закономерности психического развития ребенка от 0 до 18 лет, а также особенности ребенка в период его возрастных кризов, кроме того, необходимо понимание особенностей протекания психосоматических и психических заболеваний в детском возрасте и принятие во внимание тех социальных условий, в которых происходит формирование личности ребенка с раннего возраста.

На ранних, наиболее важных для последующего развития этапах жизни человека, семья является сначала единственной, а позднее - одной из наиболее важных социальных групп, в которые он включен [4]. В связи с этим важным направлением деятельности медицинского психолога в учреждениях поликлинического типа, является работа с родителями, с семьей пациента. Хорошо известно, что лечение детей часто подразумевает и лечение их родителей.

Результаты многих исследований позволили разработать новые формы психологической помощи: семейную или системную психокоррекцию, родительско-детскую психокоррекцию. Во всех этих подходах основное внимание фокусируется на сложном комплексе конфликтов, тревог, защитных механизмов, идеалов и отношений, который и имеют в виду, когда говорят о заботе о детях, или о «родительстве». Б. Крамер определяет понятие «родительство» как «...не только то, как родители на самом деле строят свои эмоцио-

нальные и воспитательные отношения с ребенком, но и то, как они представляют и переживают фантазии, конфликты и объектные отношения, являющиеся бессознательной основой их поведения» [цит. по 4].

В нашей стране выделяют следующие отличительные признаки семьи:

1) сохраняется патриархальная семья, т. е. семья, состоящая из нескольких поколений;

2) границы между подсистемами диффузны, плохо структурированы, власть в семье зачастую принадлежит прародителям – бабушкам и дедушкам;

3) во многих семьях в нескольких поколениях отсутствуют мужчины, так же как отсутствуют они во многих общественных институтах – детских садах, школах, университетах, больницах, поликлиниках, где главными действующими лицами являются женщины;

4) несколько поколений зависят друг от друга не только духовно, но и материально: молодые семьи живут либо в коммунальных квартирах, либо с родителями и прародителями без надежды на приобретение собственного жилья.

Такое положение семьи в современных условиях, когда разрушена прежняя идеология и не сформирована новая, отрицательно сказывается на функционировании семьи и развитии детей. Нарушается чувство стабильности и защищенности как у родителей, так и у детей. Семейные отношения, как правило, выступают в роли наиболее важных, значимых для ребенка, чем объясняется их ведущая роль в формировании патологий личности [5].

В большей степени работа медицинского психолога в ДГП сосредоточивается на конфликтных родительско-детских отношениях, поскольку они ведут к возникновению поведенческих и функциональных расстройств у детей. Во всех случаях родительские проективные идентификации приводят к формированию искаженного образа ребенка, который, в свою очередь, вызывает у родителей тревогу, сопровождающуюся защитными реакциями, и далее ведет к патологическому взаимодействию, отягощающему симптоматику ребенка. Далее задача состоит в том, чтобы ознакомить родителей с негативными влияниями их собственных конфликтов на взаимодействие со своими детьми, что собственно и составляет канву родительской деятельности. Непосредственной целью такой работы является понимание причин возникновения симптомов ребенка, и это требует от родителей серьезного и вдумчивого подхода [4].

Одной из причин возникновения различных нарушений у детей является «семейная тревога». «Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих родителей, нередко плохо осознаваемые и трудно локализуемые» [5]. Характерным признаком данного типа тревоги является то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся, прежде всего ребенка – его здоровья, поведения, интеллектуального развития, межличностного взаимодействия. В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая неуверенность родителя в каком-то важном аспекте собственной жизни [5]. Практический опыт консультирования показывает, что это может быть неуверенность в себе, неуверенность в своей родительской роли, в супружеских отношениях. Это чувство вытесняется как неприемлемое для осознания и компенсируется созданием образа «идеального ро-

дителя». Важными составляющими «семейной тревоги» являются также чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий у родителей, что, в свою очередь, является «почвой» для усиления реакций на патогенную ситуацию у ребенка, которые могут проявляться в невротических и соматических симптомах [4].

Приведем конкретные примеры консультативной работы психолога в детской городской поликлинике для иллюстрации вышесказанного.

Случай 1. По рекомендации невропатолога к медицинскому психологу был направлен мальчик 13 лет. Причиной обращения послужило заикание.

Ребенок имеет высокий уровень мотивации для прохождения психокоррекционных занятий, хочет избавиться от симптома. Мама, кроме заикания сына, больше никаких проблем во время консультации не предъявляет. При дальнейших беседах с пациентом выясняется, что мама никуда его не отпускает: провожает и встречает из школы, гулять разрешает только один час под ее присмотром. В результате от прогулок мальчик отказывается. Одноклассники над ним смеются, дразнят; нет друзей ни в школе, ни во дворе. Мама не работает, занимается домашним хозяйством и воспитанием сына, из дома выходит очень редко, да и то в сопровождении мужа или сына. Отец много работает, с сыном проводит мало времени, считая, что для этого есть жена. Мальчик очень любит свою мать и боится ее расстроить. Он вынужден есть, даже если не голоден, носить вещи, которые ему не нравятся, быть в хорошем настроении, чтобы мама не расстраивалась и т. п. Одновременно пациент высказывает свое недоумение по поводу ограничений со стороны матери и неспособность донести до родителей свои потребности в контакте со сверстниками, большей свободе, самостоятельности.

В отношениях с родителями этот конфликт никак не проявляется, а наличие противоположных эмоциональных переживаний (с одной стороны, повышенная привязанность, с другой — потребность в автономии) создает амбивалентное отношение к родителям и находит свое выражение в невротическом симптоме.

Все это приводит к тому, что на определенном этапе психокоррекционных занятий возникает необходимость в консультировании родителей. И ребенок, и родители являются членами одной семьи и существуют в единой, постоянно изменяющейся среде. В своем развитии ребенок проходит определенные возрастные этапы и решает соответствующие этим этапам задачи. Для достижения результата необходимо помочь родителям осознать влияние своих проблем на формирование патологии у сына; помочь им адекватно реагировать на потребности подросткового возраста, отказаться от гиперопеки и относиться к своему ребенку как к отдельной, самостоятельной личности.

Случай 2. Девочка 12 лет была направлена на консультацию к медицинскому психологу участковым педиатром по поводу энкопреза.

Во время первой консультации мама рассказала, что в начале этого учебного года перевела девочку в лицейский класс, заботясь о получении хорошего образования и в дальнейшем о поступлении в ВУЗ. В это же время у ребенка возникли страх посещения школы и энкопрез. Девочка и в обычном классе успевала весьма посредственно, а тут в течение первой четверти успеваемость совсем снизилась. Но мама считает, что учеба со временем наладит-

ся, для этого она наняла репетитора. Главное – избавиться от энкопреза .

Основной темой психокоррекционных занятий пациентки является страх получить двойку. За этим страхом стоит более серьезная проблема. В семье принято считать, что авторитет взрослого непоколебим, учитель всегда прав, а если дочь получает двойку, то значит «не доучила», хотя девочка все время вне школы проводит только за уроками. Но учителя говорят, что она безнадежна, потому что она всегда путается и не может ответить урок, даже если знает материал. Родители принимают сторону учителя. Бабушка говорит: «Ты не моя внучка, все мои внуки учатся хорошо, а твоя мама была почти отличница». Когда родственники собираются, все считают нужным поинтересоваться школьными успехами девочки, укорить за слабую успеваемость, похвастаться своими школьными успехами. Таким образом, когда взрослые конкурируют с ребенком, они тем самым формируют у нее чувство собственной неполноценности и неспособности. Видят в ней только неспособную ученицу, отвергают как целостную личность, лишают эмоциональной поддержки.

В этом случае, также как и в предыдущем, становится необходимым консультирование родителей с целью изменения родительского отношения с учетом индивидуальных особенностей своей дочери. Родителям недостает способности пренебречь собственными потребностями и сконцентрироваться на потребностях ребенка. Целью консультирования является изменение стиля взаимоотношений родителей со своим ребенком: чрезмерная строгость и требовательность родителей без учета индивидуальности своей дочери способствует формированию чувства беспомощности, снижает мотивацию к обучению, формирует низкую самооценку, вырабатывает страх перед авторитарными фигурами. Родителям необходимо изменить отношение к своему ребенку, удовлетворять ее потребность в любви и поддержке, что в дальнейшем могло бы способствовать устранению страхов, развитию чувства безопасности и доверия в семье, а затем и в школе.

В обоих представленных случаях, как и во многих других встречающихся в практике консультирования медицинского психолога в ДПП, родители рассматривают своего ребенка как часть собственной личности, как свое продолжение, без учета индивидуальных особенностей ребенка и актуальных потребностей конкретного возраста. Дети, в свою очередь, находятся не только в материальной, но и психологической зависимости от своих родителей. В тех семьях, где потребности ребенка игнорируются, не учитываются актуальные задачи определенного возраста, чаще встречаются невротические и психосоматические симптомы у детей. Все это делает проведение психокоррекционных занятий только с детьми недостаточным; необходимой становится работа с родителями.

Итак, можно выделить 3 основных направления в практической работе с родителями:

1. Поддерживающая работа с родителями, основной целью которой является поддержка психокоррекционной работы с детьми.
2. Работа с родителями, направленная на оказание поддержки в выполнении родительских функций, другими словами, работа с родителями, которым необходимо понять поведение ребенка и их отношение к нему, и работа

с родителями, которые в силу различных обстоятельств не справляются со стрессом.

3. Работа, направленная на изменение функционирования семьи; этот вид работы включает в себя консультирование супружеских пар, индивидуальное консультирование, ориентированное на проблемы во внутрисемейных отношениях [4].

Практическая работа медицинского психолога в ДГП делает очевидным тот факт, что современные семьи больше всего страдают от дезинтеграции, сложной социально-экономической ситуации, миграции, отчужденности. Эти факторы оказывают большое влияние на здоровье и психическое развитие детей в ранние годы их жизни.

Специалист, работающий с детьми и родителями, должен быть сам достаточно хорошим родителем, чтобы выполнять функцию интегратора. Он не только должен уметь работать с детьми, что является основной обязанностью, но также уметь обеспечить работу в более широких пределах, т. е. приложить усилия к тому, чтобы родители заботились не только о материальном, но и психическом (душевном) благополучии своего ребенка.

Основной задачей семейного консультирования является устранение «перекосов» в воспитании в виде гиперопеки, гиперсоциализации, установление адекватных подходов к детям с учетом их особенностей характера и инстинктивных стремлений с нивелировкой и исправлением этих особенностей, в основном воздействуя на родителей [1].

Таким образом, деятельность медицинского психолога в детских поликлиниках общего профиля решает практические задачи детской психосоматики и клинической психологии развития, сопряженных с клинической психологией семьи [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – С. 42.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
3. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2005 (5), № 2. - С. 7-12
4. Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под ред. Дж. Циантнуса, С.Б. Ботиуса, Б. Холлерфорс, Э.Хорн, Л. Тишлер. Пер. с англ. – М.: Когито-центр, 2006. - 196 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

**ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЖИЗНИ
ПОДРОСТКОВ-СИРОТ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ**
Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Усилия государственных интернатных учреждений в области признания, воспитания и обучения детей-сирот значительно обесцениваются, т. к. такие дети испытывают большие трудности, оказавшись один на один с самостоятельной жизнью. Альтернативой государственным воспитательным учреждениям является приемная семья (в данном случае и далее по тексту имеется в виду семейное жизнеустройство любого юридического статуса). В то же время, семья, решившаяся усыновить или взять на попечение ребенка-сироту, сталкивается с трудностями, обусловленными как малой информированностью приемных родителей, так и спецификой развития ребенка, оставшегося без попечения родителей.

С целью помочь приемной семье по инициативе Л. В. Демьянчик в 1996 г. была создана Школа родителей при нашем участии в разработке проекта и его научном руководстве. В настоящее время, используя накопленный опыт², работу по поддержке семьи с приемным ребенком проводит ряд подобных Школ, что является доказательством востребованности услуг, оказываемых усыновителям, опекунам, приемным родителям.

Работа Школы осуществляется по нескольким направлениям, среди которых - предварительная работа с людьми, планирующими взять в свою семью приемного ребенка; консультирование семей, уже совершивших этот шаг; организация групп самоподдержки среди родителей.

В течение года специалисты проводят курс занятий (семинаров и лекций), в ходе которых раскрываются особенности ребенка-сироты, возможные трудности в его развитии и во взаимодействии приемных родителей с ним. На примере предложенных родителями проблемных случаев обсуждаются содержание и приемы психолого-педагогического воздействия. Оказывается оперативная психолого-медико-педагогическая помощь, составляются индивидуальные планы разрешения и нормализации кризисных ситуаций. Даются конкретные рекомендации по лечению, организации взаимодействия взрослых с ребенком, намечаются пути и способы педагогической коррекции.

В настоящее время продолжают поиски наиболее плодотворного сотрудничества представителей разных специальностей с целью оказания эффективной помощи и поддержки ребенку с проблемами в развитии и его семье.

Многолетний опыт дает нам основания настоятельно рекомендовать организацию психологического (а в случае необходимости и психиатрического) обследования потенциальных усыновителей, позволяющего выявить:

- реальную мотивацию усыновления ребенка;

² «Проект “Психолого-педагогическая помощь семье с приемным ребенком и с ребенком-инвалидом” - Опыт работы и рекомендации для родителей» / Под ред. А.М. Щербаковой, М., 2000; «Комплексная помощь семье с приемным ребенком: методическое пособие» / Под ред. А.М. Щербаковой, М., 2002.

- степень психологической устойчивости и психического здоровья предполагаемых родителей;
- готовность и способность к решению проблем, возникающих в ходе воспитания усыновленного ребенка.

Работа по определению личностной готовности и психической состоятельности будущих приемных родителей позволит избежать многих сложных, а порой и трагических ситуаций, в которые может попасть (и иной раз попадает) и так обездоленный ребенок-сирота. В перспективе крайне желательно такую процедуру психологического обследования на предмет готовности стать приемными родителями сделать обязательной.

За годы деятельности Школы родителей многие дети выросли, достигнув возраста совершеннолетия. Стала очевидной еще одна важнейшая проблема, которая первоначально не выступала на первый план, – проблема их готовности к самостоятельной жизни. При институциональном воспитании детей-сирот очевидна необходимость направленной подготовки их к самостоятельной жизни³. Первоначально предполагалось, что в случае семейного жизнеустройства эта готовность будет формироваться спонтанно, обеспечиваясь самими условиями проживания ребенка-сироты в семейной обстановке. Оказалось, что это не так. Проблемы, сопровождающие развитие детей, личностные особенности и низкий уровень компетентности их приемных родителей могут крайне осложнять процесс выхода воспитанников в самостоятельную жизнь, что можно проиллюстрировать следующим примером.

Т. воспитывалась в приемной семье с дошкольного возраста. Семья состояла из мамы и нескольких приемных детей примерно одного возраста. Взаимодействие матери с Школой родителей носило амбивалентный характер: с одной стороны, она постоянно обращалась за консультациями и помощью к специалистам; с другой стороны, далеко не всегда выполняла их рекомендации.

Т. была непростым ребенком. В заключении по результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования, проводившегося в возрасте 12 лет, отмечаются «невротические реакции у ребенка с чувствительными чертами характера (энурез, энкопрез, страхи, обусловленные повторяющейся психотравмирующей ситуацией)». Постепенно нарастало ухудшение психического состояния с присоединением выраженной нелепости поведения, отдельных бредовых расстройств и симптомов нарушения мышления. В подростковом возрасте Т. неоднократно госпитализировалась как по поводу соматических проблем, так и в психиатрические отделения.

Во время бесед со специалистами из Школы родителей мать неоднократно высказывала мнение, что ее подопечным будет полезно оказаться

³ А.М. Щербакова, Н.В. Москоленко. Формирование социальной компетентности у учащихся старших классов специальных образовательных учреждений VIII вида (вып. 1,2) // Дефектология, 2001, № 3, № 4;

А.М. Щербакова Этапы взросления: основные задачи психолога в учреждении для детей-сирот // Школьный психолог, 2004, № 16 (304);

Проблемы комплексного сопровождения детей-сирот в системе службы практической психологии образования / Под ред. А.М. Щербаковой, 2005;

Н.В. Москоленко, А.М. Щербакова. Подготовка воспитанников-сирот с проблемами интеллектуального развития к самостоятельной жизни // Дефектология, 2006, № 1.

один на один с жизнью: тогда они поймут, что значит самостоятельно решать свои проблемы. Готовность матери к скорому расставанию с вырастающими детьми проявлялась и в том, что она перед их совершеннолетием делала настойчивые попытки взять на воспитание сироту младенческого или раннего детского возраста.

По достижении Т. 18 лет девушка переехала в собственную квартиру. Контакты со своей приемной семьей поддерживала, но трудно сказать, насколько тесными они были. У девушки начался роман с выпускником учреждения для детей-сирот, она забеременела. Молодой человек заверял ее в своих чувствах, она называла его своим мужем. Когда Т. оказалась в роддоме, ее избранник исчез. Навещавшей ее матери она говорила только о нем, просила принести нож для того, чтобы покончить с жизнью: «Я без него не буду жить!». Когда молодая мать была выписана из роддома, отец ребенка не появился. Ребенок раздражал ее своим криком, она отказывалась подходить к дочери: «Почему она кричит? В роддоме она не кричала! Я не буду ее кормить, пока не замолчит!». Приемная мать была вынуждена позвонить в службу ранней помощи для того, чтобы узнать, чем можно кормить новорожденного ребенка. Она получила советы, но в скором времени по адресу проживания Т. прибыла психиатрическая перевозка. (История излагается со слов приемной матери Т., поэтому точно установить некоторые причинно-следственные связи затруднительно.) Вызвала ли перевозку сама приемная мать, или ее направила служба ранней помощи, неясно. Во всяком случае, Т. была госпитализирована в психиатрическую больницу. На три недели с новорожденной осталась «приемная бабушка», которая много сил приложила к тому, чтобы малышка набирала вес и развивалась. После выписки Т. все стали проживать на квартире у приемной матери, куда, опять же по словам рассказчицы, явились представители органов опеки и попечительства и потребовали, чтобы молодая мать с ребенком отправилась по своему месту жительства.

Когда Т. переехала в свою квартиру, она оказалась без помощи, в сложных бытовых условиях. Т. к. коммунальные услуги ею не оплачивались, было отключено и горячее, и холодное водоснабжение. Эта ситуация требует отдельного пояснения. По словам приемной матери, коммунальные услуги планировалось оплатить на деньги пособия, выдаваемого на рождение ребенка. Важно отметить, что Т. это пособие хотела отдать отцу ребенка, т. к. считала, что он покинул ее из-за того, что у нее не было денег. Мать Т. не посещала, т. к. в это время из психиатрической больницы в тяжелом состоянии был выписан еще один член этой приемной семьи. Не посещали ее также и названные сестры. Насколько можно реконструировать последующие события, следует думать, что соседи Т. обратились в органы опеки и попечительства с жалобой на неадекватное поведение молодой матери по отношению к ребенку. Дочь Т. была отобрана у нее и отправлена в дом ребенка.

Приемная мать Т. пыталась добиться разрешения на посещение своей названной внучки, но получила отказ: «Вы ей никто». Только в этот момент она обратилась за помощью в Школу родителей, к специалистам, которые оказывали помощь семье в течение почти 10 лет.

В настоящее время ожидается суд по лишению Т. родительских прав. Она как будто переживает, но к частым посещениям ребенка не стремится.

Вполне возможно, и этот случай будет иллюстрацией к явлению «воспроизводства социального сиротства» вследствие неготовности молодых людей из числа социальных сирот к выполнению родительской роли.

Приведенный случай заслуживает самого тщательного анализа, т. к. поиск причин столь сокрушительной неудачи семейного воспитания ребенка-сироты позволит сделать важные выводы об организации семейного жизнеустройства данной категории детей и его междисциплинарной поддержки. Предварительными выводами являются следующие:

1. Выпускники учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, определяются под опеку Центров социального обслуживания населения до достижения ими возраста 23 лет. В то же время дети-сироты, воспитывавшиеся в приемной семье или бывшие под опекой, считаются самостоятельными гражданами с 18 лет и никакого социального патроната над ними не оказывается. При этом их приемные родители и опекуны считаются им «ником».

2. Приемные родители, как видно из описанного случая, далеко не всегда понимают задачи подготовки своих воспитанников к самостоятельной жизни, не ведут целенаправленной работы в этом направлении. Их усилия направлены на решение проблем «здесь и сейчас», что не обеспечивает готовности их выросших детей к отдельному проживанию.

3. Анализ роли приемной матери в создавшейся ситуации заставляет сделать вывод о ее непродуктивной позиции и собственной неготовности взаимодействовать с повзрослевшей дочерью.

4. История взаимоотношений приемной матери со специалистами Школы родителей приводит к мнению о том, что существуют объективные ограничения оказания эффективной помощи со стороны специалистов в силу личностных особенностей приемных родителей.

5. Еще и еще раз нужно говорить о необходимости предварительной психологической экспертизы лиц, желающих взять на воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей, а также об обязательности их предварительной психолого-педагогической подготовки (для любых форм семейного жизнеустройства).

Несмотря на многолетние декларации приоритетности семейного жизнеустройства детей-сирот, в практической деятельности комплексная работа с приемной семьей остается наименее организационно, финансово и методически обеспеченной. Нередко семья остается за пределами социально-педагогической, медицинской, психологической помощи. В настоящее время достаточно последовательную поддержку и сопровождение получает только один из видов семейного жизнеустройства – профессиональная замещающая семья (патронатная семья). Не обсуждая вопрос об эффективности этой модели, мы выражаем глубокую убежденность в том, что необходимо развивать и поддерживать и другие виды семей: усыновителей, опекуны, приемные. При совершенно очевидной потребности в разработках, апробации и внедрении новых методик работы с приемными семьями различного юридического статуса, такая работа обеспечивается в основном благотворительными инициативами, что нередко ставит под вопрос стабильность и регулярность оказываемых таким семьям услуг.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум проводился 21 июня 2007 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»). Присутствовали 18 человек (психиатры, психологи, дефектолог, нейропсихолог, электрофизиолог, сотрудники Московского Института психиатрии Росздрава РФ, Научного центра психического здоровья РАМН, кафедры детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Российской медицинской академии последиplomного образования, Института гармоничного развития и адаптации и Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской»).

Основной докладчик – детский психиатр, доктор мед. наук, профессор Н.М. Иовчук.

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

Ребенок X, 9 лет. Закончил 3 класс, переведен в 4 класс.

Наследственно-семейный фон

Известно, что **бабка по л/о** страдала тяжелой формой астмы, начавшейся в зрелом возрасте.

Отец, 63 лет. Пенсионер, в течение последних 1,5 лет не работает. По специальности экономист, работал главным бухгалтером в нескольких фирмах. Всегда отличался чрезмерной пунктуальностью в профессиональных делах, правдолюбием, «выводил на чистую воду» нарушителей финансовой дисциплины, боролся за справедливость, в связи с чем на работе постоянно создавалась неблагоприятная ситуация и ему приходилось переходить на другую работу. Тяжело переживал непонимание со стороны сослуживцев и начальства; перед окончательным уходом на пенсию перенес «предынсультное» состояние, из-за чего жена настояла на его уходе с работы. Во втором браке с матерью ребенка, которая моложе его на 24 года. После многолетнего брака ушел от первой жены с одним портфелем, оставив ей все и никогда не возбуждая вопроса о разделе имущества. Имеет сына от первого брака 38 лет, помогает ему материально. Всегда в несколько приподнятом настроении. Очень быстро после брака с матерью ребенка подружился с ее подругами и друзьями. К младшему ребенку относится трепетно, балует его. Несмотря на советы психологов и настояния жены, покупает мальчику игрушки, журналы, диски с той однообразной тематикой, на которой ребенок настаивает. Занимается охотно и умело домашним хозяйством, в том числе приготовлением пищи, очень любит что-нибудь строить на даче. Забирает мальчика из школы, но после этого почти им не занимается – в основном смотрит телевизор или читает газеты, так что в каждой комнате для каждого из них включено по одному телевизору. Старообразный, совсем седой, но в то же время с постоянной детской улыбкой на лице, в приподнятом настроении, чрезмерно разговорчивый, недифференцированно доброжелателен, со всем соглашается, но если жена допускает его до приватной беседы со специалистами, оказывается скрупулезно настойчивым во многих вопросах, часто повторяется, фиксируется на несущественных деталях. Хотя и легко соглашается на консультацию и участие в консилиуме, создается впечатление, что проблемы ребенка ему недостаточно ясны.

Мать ребенка, 39 лет. По специальности экономист, окончила экономико-статистический институт. В школе и институте занималась общественной работой, активно участвовала в КВН, еще в школе начала ездить по экспедициям со взрослыми, любила гитару, песни, имела подруг и до сих пор сохраняет многих из них. Первый брак был недолгим – всего один год. Развелась, когда поняла, что муж «рохля», выпивает и в состоянии опьянения агрессивен. Всегда любила принимать гостей, так что до последнего времени каждое воскресенье в их доме было большое застолье. Сейчас работает в семье одна – финансовым директором крупной фирмы. Поскольку фирма находится очень далеко от дома и ей приходится много разъезжать, то уезжает на работу в 7 утра и возвращается, когда муж и сын уже спят. Очень устает, так что нет уже сил ни на прием гостей, ни на встречи с подругами. Стала испытывать боли в животе, неприятности с кишечником. Переживает трудности на работе, считает, что не умеет руководить людьми, проявлять строгость, распределять время. Считает, что во многом в состоянии сына виноват муж, который, по ее словам, относится к ребенку как к внуку, чрезмерно балует его и в то же время не умеет с ним разговаривать и его занять. Не исключает, что ей придется менять работу из-за того, что нет времени на воспитание сына и домашнее хозяйство. В то же время ей очень нравится и ее работа, и ее коллектив. Во время приема просила узнать о стоящих психотренингах для руководителей предприятий. На приеме скована, неулыбчива, с малоподвижным лицом, лаконична в сведениях, характеристиках. Рациональна, рассудительна, несколько формальна. Достаточно критична к состоянию ребенка. Только в конце приема начинает улыбаться, а когда понимает, что ее жалеют – на глазах появляются мимолетные слезы.

Сводный брат по л/о – 38 лет. Окончил технический институт, но по специальности не работает – в настоящее время собирает окна. На работах, куда устраивают его отец или мачеха, не удерживается. Всегда всем недоволен, постоянно ноет, жалуется на жизнь. Мать ребенка характеризует его как «зануду» и «неудачника». Очень скуп. Живет, не регистрируя брака, с женщиной, от которой имеет ребенка. Отношения в семье складываются неблагоприятно. Со своей матерью почти не общается. Младшим братом не интересуется.

Анамнез

Ребенок от I желанной беременности, протекавшей без токсикоза, с хорошим самочувствием и настроением. Матери в это время было 30 лет. За 1,5 мес. до родов было обнаружено предлежание плаценты, в связи с чем в 40 нед. беременности произведено плановое кесарево сечение. Ребенок родился с весом 3350 г, ростом 51 см. Закричал сразу. К груди приложен на следующие сутки. Грудь взял сразу, сосал активно. Из роддома выписаны на 12 суток из-за состояния матери. С первых дней жизни был спокойным, хорошо и спокойно спал, достаточно ел и прибавлял в весе. На грудном вскармливании находился до 7 мес. На первом году жизни ничем не болел. Рано стал узнавать мать и отца, улыбался им, смотрел в глаза. Когда ребенку было 3 мес., мать вышла на работу, легко оставался с няней, не капризничал. Был веселым и доброжелательным, не боялся чужих, всегда отвечал улыбкой на улыбку. Интересовался яркими игрушками. Подолгу мог играть один в манеже, куда

его высаживали с раннего возраста: играл в игрушки, листал книжки, к которым еще до года испытывал явную слабость. Стал ползать (вперед, на руках и коленках) до 7 мес., самостоятельно встал в 7,5 мес., самостоятельно стал садиться – в 8 мес., самостоятельно пошел (на полной ступне) – в 1 год 1 мес. Первые слова появились после года, фразовая речь – около 2 лет. В 2 года говорил чисто, знал все буквы, много стихов. Открывал и листал книжку и рассказывал сказки близко к тексту, будто читал. Болел острыми респираторными заболеваниями, но нечасто и нетяжело. Во дворе тянулся к детям, очень быстро знакомился и с детьми, и со взрослыми. Стал порой подолгу засыпать – иногда его приходилось укачивать с песнями по 1,5 часа. С 3,5 лет перестал спать днем.

В 3,5 года впервые стал посещать детский сад, привыкал с трудом: плакал, не отпускал родителей. Стал очень часто болеть простудными заболеваниями, бронхитом. В 4-летнем возрасте во время бронхита появилась рвота, стал задыхаться, не мог выдохнуть, стонал. Такие состояния повторялись практически во время каждого респираторного заболевания на высоте температуры, так что приходилось вызывать скорую помощь. Приступы усиливались, их снимали инъекциями эуфиллина, теофедринном, но-шпой. В 4-летнем возрасте ребенку был выставлен диагноз бронхиальной астмы. При стационарировании в Институт педиатрии РАМН диагноз был подтвержден. С этого времени находится на диспансерном учете по астме, инвалидности не имеет. Постоянно носит с собой ингаляторы с салбутамолом, инталом. В последнее время приступы стали реже, вероятно, потому что их научились предотвращать. Не может быстро бегать, поскольку при беге начинает задыхаться и кашлять.

В детский сад ходил крайне неохотно: несмотря на то, что быстро знакомился, тянулся к детям и имел приятелей, постоянно жаловался, что дети его бьют, обижают. Не умел дать сдачи, постоять за себя. При этом почти всегда был в приподнятом настроении, улыбчив, болтлив, хотя говорил не быстро и не очень громко. В 5,5 лет из-за приступов астмы перестал посещать детский сад.

Любимыми игрушками очень долго были собачка и котенок, которых брал с собой всюду. После 4 лет появился среди игрушек первый Человек-паук, к которому испытывал особенную привязанность. Стал требовать покупать ему все новые фигурки Человека-паука, стал брать его с собой в детский сад и во все поездки, постоянно носил его в руках. С этого времени особенно интересным для мальчика стали мультфильмы и журналы-комиксы о Человеке-пауке. Много говорил об этом персонаже, расспрашивал. Все игры включали Человека-паука, причем сюжет постоянно менялся, вероятно, в связи с просмотренными фильмами или прочитанными журналами. Пытался привлечь к этой игре детей и взрослых, но надолго коллективной игры не получалось, поскольку дети начинали избегать этой тематики.

С 4-летнего возраста научился и сразу стал самостоятельно читать: сначала комиксы, а потом книги. До школы уже прочитал книжки Носова, рассказы о животных Сетона Томпсона. К 5 годам сформировалась абсолютно чистая, грамматически правильная, порой со слишком взрослыми оборотами речь. В последнее время предпочитает читать о приключениях, журналы о

Человеке-пауке и энциклопедии. За всю свою жизнь не порвал и не испортил ни одной книги, содержит их в порядке. Строго следит за выпусками журнала–комикса о Человеке-пауке и заставляет отца их своевременно покупать.

В школу пошел 6,5 лет, умея читать, писать и считать. Сначала (1 и 2 класс) учился в обычной школе, а в 3-м классе перешел в частную школу, что было в основном обусловлено занятостью матери: школа продленного дня и ближе к дому. Находится там до 6 часов вечера, кроме уроков, занимается рисованием, в театральной студии, хоре. Вечерами посещает несколько раз в неделю облегченные (для ослабленных детей) занятия по ушу. Учится очень хорошо, практически на одни «пятерки». По некоторым предметам читает дополнительную литературу, сообщает сведения из энциклопедий, предлагает полезную литературу и учителям. Слушает и выучивает совсем не заданные песенки на английском языке. Готовясь к поездке с родителями в Грецию, прочитал о ней путеводители и специальные книжки, так что со знанием дела потом объяснялся с экскурсоводами. Весной этого года участвовал в окружном интеллектуальном марафоне, занял седьмое место. Учителям, экскурсоводам и другим взрослым задает очень много вопросов, не оставляя их ни на минуту в покое, по-прежнему чрезмерно разговорчив, назойлив, прилипчив. Дома также прилипчив, требует вечером от усталой матери, чтобы она с ним долго говорила, играла, не понимая ее состояния. К родителям ласков, любит обниматься, целоваться, возиться – с определенным ритуалом и присказками, как в дошкольном возрасте.

Дважды выезжал без родителей в лагерь (с секцией ушу) и санаторий для детей-астматиков. Оба раза его пришлось забирать домой преждевременно из-за приступов астмы. В санатории астматический приступ начался после того, как дети на лоскутки порвали его любимого котенка, которого взял с собой, несмотря на предупреждения матери.

Везде – и в школе, и во дворе, и в санатории – очень быстро знакомился с детьми и взрослыми, но в дальнейшем, как правило, отношения с детьми не складывались. Пытался навязать им свой сюжет игры, в основном с участием Человека-паука, рассказывал о том, что прочитал в энциклопедиях, старался организовать игру с учетом этих знаний. Был с детьми настойчив, назойлив. Его дразнили в школе «ботаником», «психом», «придурком». Обижался, жаловался, но не умел дать сдачи и постоять за себя. В то же время хорошо играет с детьми, которые его принимают: это либо дети моложе него, либо, наоборот, дети на несколько лет старше. В последнее время стал объединяться с девочками для совместных шалостей и каверз по отношению к мальчикам-одноклассникам. Гуляет очень мало, только в школе в хорошую погоду. Мальчику практически не приходится учить дома уроки, так как он их готовит в школе во второй половине дня. Все вечера и выходные дни у него свободны для игры и чтения. По-прежнему, вот уже в течение 5 лет, в основном играет в Человека-паука. У него есть и другие любимые игрушки. Так, играет в черепашек-ниндзя, биоциклов, машинки, но в каждой игре так или иначе присутствует и выполняет главную роль Человек-паук. Играет в основном один, игра каждый раз новая, что-то приговаривает, изображает и сам Человека-паука, скрючивая пальцы. По словам отца, мальчик в это время так глупо уходит в эти фантазии, что не слышит того, кто к нему обращается, при

этом что-то неразборчиво бубнит. Рисует Человека-паука, собирает мультфильмы и фильмы о Человеке-пауке, носит одежду с изображением Человека-паука. Постоянно носит с собой одну из многочисленных фигурок Человека-паука. Несмотря на все объяснения родителей, уверен, что Человек-паук на самом деле существует. Когда мама, ссылаясь на свое пребывание в Нью-Йорке, сказала, что не видела там Человека-паука ни разу, мальчик ответил: «Ты там была в 95-м году, а Человек-паук появился в 98-м». Мать считает, что эта игра не мешает ему учиться – по-прежнему остается продуктивным в учебе, получает только хорошие оценки. Игрой занят в основном дома.

Не собран, с трудом и очень долго под крики и понукание отца собирается в школу. Плохо и избирательно ест (совсем почти не ест фруктов и рыбы). Долго жует, иногда подолгу не глотает пищу. Порой уходит из-за стола и садится читать, по 1,5 часа держа за щекой неразжеванную котлету.

Обратились в Центр «Тверской» в основном с жалобами на затрудненность контактов со сверстниками. До последнего времени ребенок был обследован только психологом.

Психический статус на приеме (я видела мальчика дважды в Центре «Тверской» и в «ИГРЕ»). В первый раз разговор получился, во второй – нет, из-за обилия игрушек и новых предметов в поле зрения):

В кабинет входит легко, не требует сопровождения и участия родителей. Бледен, синева под глазами. Редкий влажный кашель, булькающие звуки в горле при дыхании. В руках игрушка – Человек-паук, постоянно вертит его в руках. На лице постоянная улыбка, но мимика несколько однообразна. На вопросы отвечает быстро, без задержки, но в ответах формален. Речь со своеобразной модуляцией, грамматически правильная, изобилующая взрослыми сложными оборотами, с богатым словарным запасом. При знакомстве ни минуты не смущается, держится легко, без напряжения, сразу же задает множество вопросов. О школе, доме, одноклассниках, планах на лето говорит достаточно лаконично. Школа нравится, учителя хорошие, а одноклассники плохие, дразнят, дерутся, плохо относятся. Друзей в классе нет, хотя есть неплохие девочки. Друзья, с которыми можно поиграть, есть во дворе и на даче; они, как правило, старше или моложе его по возрасту. Почему его дразнят и не любят в классе, ответить не может. Оживлен, выглядит доброжелательным. Особенно оживляется при разговоре о Человеке-пауке, подробно рассказывает о своих компьютерных играх, мультфильмах и фильмах по этой теме. Уверен, что Человек-паук существует, живет в Америке, совершает подвиги. Не слушает никаких объяснений, но и не сердится, когда его разубеждают. Учится легко, получил всего одну «четверку» в последней четверти и три «четверки» в году (в том числе по ИЗО, труду). Нравится читать, в основном книги о разных приключениях и Человеке-пауке.

Во второй раз при встрече в «ИГРЕ» с трудом вошел в кабинет, оторвавшись от игрушек в холле. Присел на несколько секунд и снова вскочил, чтобы посмотреть игрушки. Рассматривал их, задавал множество вопросов о их назначении, конструкции, все трогал, ходил по кабинету. На вопросы отвечал коротко, не поворачиваясь. Едва дождался освобождения «песочной» комнаты и сразу там исчез, захватив сразу несколько игрушек, издавая победные возгласы, задавая массу вопросов. Родителям с трудом удалось уве-

сти его домой.

Ребенок обследован психологом и электрофизиологом.

Заключение психолога И.В. Шицеваловой

В ситуации обследования ребенок в контакт вступает легко, без чувства дистанции. Фон настроения повышен. Мальчик весел, дурашлив, многоречив. Мимика невыразительная. Отношение к ситуации обследования достаточно формальное. Адекватность, критичность поведения снижены: встает с места, ходит по кабинету разглядывает игрушки: «Во что бы еще поиграть?» Без внешних причин хихикает, громко хохочет, позволяет себе крайне нетактичные высказывания в адрес отца.

В беседе охотно рассказывает о своих фантазиях, увлечении Человеком-пауком, его удивительных способностях, о том, как сам любит ему подражать, повторять его движения, вырабатывать в себе его повадки, общаться с ним, ставить себя на его место. Говорит: «...когда смотрю мультики, приходит желание надеть костюм Человека-паука и повторять все его движения. Быстро надеваю костюм и представляю, как он пускает паутину, как он летает...». Манерно прижимает к себе игрушечного Человека-паука, которого принес с собой, разговаривает с ним тоненьким детским голосочком, показывает, как тот ползает по стенам, выполняет трюки и т. д. Отвлекается на него в процессе обследования. Искренне верит в реальность существования Человека-паука: «Хочу встретиться с Человеком-пауком, я его самый большой поклонник. Я уверен, что он существует», «...он очень добрый, борется с врагами, всех защищает». Делится своими переживаниями: «Я самый несчастный человек на свете. Меня всегда обижают одноклассники, никто за меня не заступает». Считает, что предыдущего игрушечного Человека-паука он не потерял, а его украли ребята.

Отмечает, что боится высоты: «Смотрю с 3-го этажа и так страшно, что сердце сворачивается».

Работает мальчик в хорошем темпе. Критичность к результатам своей деятельности снижена – склонен завышать результаты. Эмоциональной реакции на похвалу не проявляет. При указании на ошибки настаивает на своем решении, к улучшению результатов не стремится. Подсказки и помощь психолога принимаются не всегда. Имеют место импульсивные бездумные решения. Объем непосредственной слухоречевой памяти: 8; 9; 10; отсроченной - 8. Речь грамотная с хорошим словарным запасом.

Формально уровень развития обобщений соответствует возрастным нормам. Методику «Исключение предметов» мальчик выполняет без ошибок. Но при выполнении «Классификации», где отсутствует четкая структура задания и имеется большой объем материала, предлагаемого для анализа, обнаруживается неравномерность процессов обобщения. Имеет место опора на латентные признаки. При объединении в группы отмечаются элементы разноплановости мышления. Отмечается снижение продуктивности вследствие нарушения целенаправленности, склонность к рассуждательству, резонерству, вычурности высказываний.

При выполнении «Пиктограммы» обобщенные, опосредованные образы он находит самостоятельно, ассоциации по содержанию адекватны, но при этом степень абстрактности рисунков невысока, изображения стереотипны,

эмоционально не окрашены. Воспроизведение при этом адекватное, достаточно точное.

При выполнении Теста Люшера составляется цветовая последовательность: 53460217, что отражает неуверенность, потребность в устойчивости, эмоциональном комфорте. Чувствует себя обиженным. Считает, что получает меньше, чем ему следует, но вынужден с этим примириться. Настоящую ситуацию или отношения оценивает как «тягостные пути». Эмоциональная неудовлетворенность приводит к беспокойству и склонности к необдуманным, импульсивным реакциям.

Уровень развития графической изобразительной деятельности ниже возрастной нормы. Рисуночные задания выполняются небрежно, примитивно, стереотипно. В них нередко находит свое отражение содержание фантазий мальчика. Рисунки и объяснения к ним, как правило, малосодержательны, лишены творческого начала и эмоциональной окраски. Так, например, к рисункам счастливого и несчастного животного он дает следующее объяснение: «Белый медведь счастливый, потому что в цепочке питания он выше всех, т. е. ест всех, кто ниже. Растительные планктоны несчастны, т. к. находятся в самом низу цепочки питания».

При составлении рассказов САТ эмоциональные отношения между персонажами мальчиком не рассматриваются. Он очень кратко описывает их действия без эмоциональной оценки ситуации. При этом, изображая персонажи, ребенок дурачится, хихикает, храпит, рычит.

Рисунок человека свидетельствует об эмоциональной напряженности, интровертированности, тревоге, трудностях поддержания социальных контактов.

Анализ «Динамического рисунка семьи» и «Семьи животных» позволяет выявить нарушение эмоциональных контактов между членами семьи, их недостаточность и конфликтность. Доминантной, наиболее значимой для ребенка фигурой считается отец.

Трудности общения со сверстниками являются, вероятно, следствием снижения синтонности, недостаточной аффективной регуляции, выбором неадекватного стиля взаимодействия. Стремление к лидерству у конфликтного, импульсивного, обидчивого, незрелого ребенка, навязывающего свои увлечения и игры, требующего следовать его правилам, сверстниками не принимается.

Т. о., на основании анализа результатов психологического обследования мальчика на первый план выступают повышенное настроение, стабильность и тотальность сверхценного увлечения и чрезмерного фантазирования на протяжении многих лет. Следует отметить неравномерность и дисгармоничность развития ребенка в целом: интеллектуальной сферы и эмоциональной, мотивационно-волевой сфер; высокого интеллекта и большого запаса знаний с примитивностью и незрелостью игр и увлечений, которые на протяжении длительного времени практически не видоизменяются, не развиваются.

Мышление характеризуется дисгармоничностью, неравномерностью процессов обобщения, разноплановостью, снижением целенаправленности, продуктивности, склонностью к рассуждательству, резонерству, вычурности высказываний.

Эмоционально-личностная сфера мальчика характеризуется наличием интровертированных, сенситивных черт. Отмечаются неудовлетворенность семейными взаимоотношениями, эмоциональная напряженность, наличие тревоги и страха.

Результаты электроэнцефалографического исследования, проведенного кандидатом мед. наук В.В. Грачевым

ЭЭГ дезорганизована, вольтаж несколько снижен. В затылочных отведениях регистрируется слабо организованный нерегулярный альфа-ритм, в структуре которого преобладают колебания частотой 10-10,5 Гц, значительно представлены также колебания частотой 8-8,5 Гц. Вершины альфа-волн заострены, фрагменты альфа-ритма перемежаются продолжительными участками низкоамплитудной поличастотной активности.

В теменных отведениях отмечаются продолжительные периоды ритмической альфа-подобной активности частотой 7,5–8,5 Гц, часто превышающей по амплитуде затылочный альфа-ритм и нередко распространяющейся на центральные отведения. Низкоамплитудные медленные волны в умеренном количестве регистрируются во всех отведениях. Индексы медленных и бета-волн не увеличены.

В течение записи регистрируются повторяющиеся вспышки ритмических колебаний (5-6 Гц) с акцентом в центрально-теменных отведениях.

При регистрации с открытыми глазами после кратковременной десинхронизации отмечается быстрое восстановление и высокий индекс затылочного альфа-ритма и ритмической активности в теменных и центральных отведениях.

Прерывистая фотостимуляция вызывает слабую реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 5-6 Гц и выраженную – на 7-10 Гц.

Гипервентиляционная проба приводит к умеренному нарастанию индекса медленных волн и выраженному усилению пароксизмальных проявлений, с начала пробы в записи доминируют билатеральные вспышки бета-волн с акцентом в центрально-теменных отведениях, часто принимающие генерализованный характер. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняются вызванные гипервентиляцией изменения фоновых параметров.

Заключение: В ЭЭГ выявляются регуляторные нарушения в виде признаков функциональной незрелости ЦНС и некоторой асинхронии формирования возрастной структуры корковой ритмики (присутствуют ритмические составляющие, характерные как для младшего, так и для старшего возраста). Следует отметить также признаки низкого тонуса функциональной активности коры головного мозга и слабости тормозных систем. Изменения по органическому типу выражены незначительно. Эпилептической активности и очаговых изменений не зарегистрировано.

А.А. Северный: Есть ли вопросы к докладчику? Вопросов нет.

Беседа с родителями ребенка

А.А. Северный: Какие проблемы ребенка вас больше всего тревожат?

Мать: Взаимоотношения с детьми. Со старшими и младшими детьми он легко находит контакт, и они его принимают, а со сверстниками не способен наладить содержательный контакт, они его избегают и смеются над ним. Ребенок переживает, замыкается, отгораживается. Недавний конфликт заклю-

чался в том, что одноклассники обозвали его «Соней». Не хотел идти в школу, заявил в классе: «Уйду от вас, и не будет у вас в классе отличника». Тогда и обратились в Центр. Кроме того беспокоит, что его нельзя переключить, если он чем-то увлечен.

Отец: Когда он играет в своего любимого персонажа, то будто не слышит обращения. Себе он не выдумывает новые имена, но выдумывает названия нарисованным чудовищам, героям.

А.А. Северный: Представьте, что отношения со сверстниками налажены. Останутся ли тогда еще проблемы? Ведь его увлечения в неизменном виде продолжают уже лет 5.

Мать: 4 года как играет в Человека-паука. Это увлечение не сглаживается, наоборот, углубляется. Если раньше мальчику нужно было внешнее оформление – костюм, например, то теперь фантазии уходят на мыслительный уровень, в голову. Играя в паука, бубнит даже на улице, озвучивает диалоги за всех персонажей.

А.А. Северный: Когда вы поняли необычность поведения ребенка?

Мать: Я больше озабочена отношениями со сверстниками.

Отец: Он кажется странным, потому что слишком умный и пытается навязать свою игру окружающим.

А.А. Северный: Какую помощь вы готовы от нас принять?

Мать: Вероятно, какую-нибудь коррекционную работу, группу общения. Лекарств скорее всего мы бы не стали давать ребенку.

А.А. Северный: Когда же все-таки, по вашему мнению, ребенок изменился?

Мать: В 3,5 года, когда пошел в детский сад. До этого проблем не было, очень хорошо развивался, был умненьким, жизнерадостным, правда, к детям никогда особенно не стремился. К детскому саду очень тяжело привыкал, не хотел туда ходить, плакал, жаловался на детей, хотя настроение в основном и тогда оставалось приподнятым. Стал много болеть и, наконец, заболел бронхиальной астмой.

А.А. Северный: Каким ребенок был в младенчестве?

Мать: Всегда «солнечный». Знал маму и папу, но никому не отказывал в общении, всем улыбался. Привязывался к няням. Последнюю няню помнит до сих пор, ей особенно доверял, много рассказывал о Человеке-пауке.

А.А. Северный: Были ли астматические приступы на фоне волнения, эмоционального напряжения?

Мать: Нет, только на высоте температуры при вирусных заболеваниях.

А.А. Северный: Какие увлечения были до паука?

Мать: Динозавры.

А.А. Северный: Как ребенок относится к переменам?

Мать: Совершенно спокойно переносит перемену пищи, одежды, обстановки, любит ездить. Ест мало и медленно, но если предстоит что-то интересное, может поесть за 10 минут.

А.А. Северный: Как он к вам относится?

Мать: Ласковый, добрый, но сам не заметит плохого самочувствия или настроения родителей. Впрочем, все сделает, если попросить.

А.А. Северный: Он ловкий?

Мать: Да, цепкий, быстрый. Им очень доволен тренер на секции. Все в порядке и с ручной умелостью – неплохо рисует, быстро овладел навыками письма.

А.А. Северный: Как мальчик относится к выполнению уроков?

Мать: Его они совсем не волнуют. Может пойти в школу и с невыполненными уроками. Всегда уверен, слишком уверен в себе. В школу пришлось отправить с 6,5 лет из-за того, что слишком много знал и нельзя было больше держать дома из-за чрезмерного развития.

А.А. Северный: Чем помогает ему Человек-паук?

Отец: Помогает защищаться от врагов.

А.А. Северный: Когда в своей жизни он был наиболее контактным?

Мать: Всегда с раннего возраста одинаково общительный, но друзей нет и не может быть, поскольку не способен к прочным контактам.

А.А. Северный: На кого из вас он больше похож характером?

Мать: На отца – те же живость и легкость контактов.

Психический статус ребенка во время консилиума

Легко входит в аудиторию, не смущается большого количества присутствующих. На лице широкая улыбка, на вопросы отвечает очень быстро, развернутыми фразами. Соглашается, что он «очень умный», и готов отвечать на любые вопросы. Рассказал, что Человека-паука видит на самом деле, но только тогда, когда в него играет, в свободное время, когда ничем не занят. В школе на уроках его никогда не видит, поскольку там в него не играет. Видит Человека-паука совсем не так, как присутствующих – «по-другому». «Вижу его добрым, понарошку – в собственной башке». Только видит, но не слышит. В игре придумывает разные подвиги, приключения. На вопрос, зачем он – Человек-паук – нужен, ответил, что он ему нравится: сильный, всех побеждает, всем помогает, никогда не сдается, добрый. В ответ на возражения, что есть не менее достойные персонажи, отвечает, что Человек-паук – «единственный», не сравнимый, например, с Бэтмэном – «он добрый и никому не мешает жить». Человек-паук не все время представляется в голове, но все же появляется каждый день, иногда совсем ненадолго и только по его собственному желанию. Считает, что Человек-паук, вероятно, существует на самом деле, но не может его считать своим другом – «...ведь он очень далеко, я – в Москве, а он – в Нью-Йорке». Специально стал учить английский язык, чтобы посетить разные страны, в том числе Америку. Себя считает человеком миролюбивым, никаких драк не хочет. Любит играть с ребятами, но не на улице, а дома – у себя или в гостях. С ребятами, по его мнению, все же интереснее играть, чем с Человеком-пауком, хотя не всегда это получается. В школе нравятся все предметы, учиться легко, особенно по математике и английскому языку. Пока не знает, кем станет, но очень нравятся животные, с удовольствием рассказывает о книжках о животных, которые прочитал. Ничего не боится, пожалуй, только высоты. Легко признается, что он астматик, а поэтому быстро устает, после уроков часто болит голова, но больше ничего не болит. Думает, что сейчас ему уже не нужна помощь: раньше, когда обижали, дразнили одноклассники и он выходил из себя, наверно, нужна была помощь, но теперь вырос и справился с этой проблемой сам.

Заключение лечащего врача

На первый план в психической статусе ребенка выступают гипоманиакальные расстройства, имеющие длительный характер, т. е. хроническая гипомания, на фоне которой проявляются сверхценные однообразные увлечения и фантазирование, а также фрагментарные идеи отношения. Кроме того, имеются отчетливые, но негрубо выраженные личностные особенности: интровертированность, проявления которой ослаблены повышенным фоном настроения, формальность, ригидность, эмоциональная дефицитарность. Своеобразная диссоциативность проявляется в интеллектуальном развитии ребенка: при высоком интеллекте, богатой речи, выраженных интеллектуальных запросах, широких представлениях об окружающем мире интересы в целом не соответствуют возрастным, что проявляется в привязанности к игрушкам, соответствующим младшему возрасту, достаточно примитивным играм.

Следует обратить внимание на особенности указанных расстройств: как я уже сказала, все они выражены негрубо, «матово». Гипоманиакальные расстройства отмечаются с младенческого возраста и в общем не претерпели на протяжении жизни ребенка значительных изменений. Сверхценные увлечения также присущи ребенку с дошкольного возраста (игрушки - кошечка, собачка), а основное сверхценное увлечение, начавшееся в 4-летнем возрасте, претерпевает естественную возрастную динамику вместе с развитием ребенка. Труднее судить о личностных особенностях, но складывается впечатление, что они не усиливаются в течение жизни.

Я показываю ребенка по двум причинам: для уточнения диагноза, который может быть дифференциальным – между очень мягкой малопрогредиентной шизофренией и шизотипическим диатезом – особым развитием, которое, как мне кажется, приведет ребенка к формированию личности и судьбе, сходных с отцовской, т. е. к паранойяльной личности. Как вы уже догадались, я не склоняюсь к тому, что у ребенка имеет место процессуальное заболевание.

Вторая причина сегодняшней демонстрации – вопрос о лечении. Лечить или не лечить психотропными препаратами, учитывая полную учебную компенсацию ребенка? Или ограничиться коррекционно-психологической работой. И здесь я также склоняюсь в пользу второго решения.

Дискуссия

Профессор Ю.С. Шевченко: В основном мое мнение приближается к высказанному Н.М. Иовчук. Вероятно, у ребенка формируется психопатия шизогипертимного типа, а в настоящее время можно говорить о шизотипическом диатезе. Может быть, так выглядит паранойяльная психопатия в детстве, и в дальнейшем по структуре личности ребенок, если ему не помочь, приблизится к тому, что мы видим у его отца. Уже сейчас адаптации ребенка в социальной среде мешают его сверхценные образования. По моему мнению, для компенсации этих личностных особенностей показаны групповая психотерапия и, возможно, семейная психотерапия.

Н.М. Иовчук: Главное в психотерапии - найти способ уйти от «паука», поскольку он крайне мешает любым занятиям – спортом, играм с детьми и в дальнейшем будет мешать успевать в школе так, как положено мальчику по его немалым способностям.

Кандидат психол. наук Е.С. Махлак: Для психотерапевта, который

будет работать с ребенком, важно выбрать такую тематику игры, которая может вытеснить сверхценность мальчика.

Ю.С. Шевченко: При психологическом обследовании определяются признаки нарушения мышления, но могут ли они рассматриваться как процессуальные?

Психолог И.В. Шицевалова: Эти расстройства достаточно выражены, но нет ощущения, что ребенок болен.

Кандидат мед. наук В.В. Грачев: В данном случае, вероятно, можно говорить об аутистическом дизонтогенезе. В ЭЭГ отмечаются регуляторные нарушения и незначительно выраженная незрелость, главным образом, в лобных отделах. Нет убедительных данных за шизофренический процесс.

Кандидат мед. наук Г.В. Скобло: На первый план в статусе ребенка выступает аутистический синдром: трудности контактов, отсутствие синтонности, стереотипии в рисунках, игре, движениях.

А.А. Северный: Да, аутистический синдром проходит по критериям Аспергера.

Кандидат мед. наук Е.В. Корень: Для терапии надо учитывать три компонента:

- дискордантность родителей (оба с шизоидным компонентом);
- существование продуктивной симптоматики (гипомания, особые реакции);
- недостаточно влияние родителей на развитие эмоциональной сферы ребенка (им занимались няньки, а родители делали основной упор на развитие интеллектуальной сферы).

А.А. Северный: Т. о., нет расхождений во взглядах присутствующих на этот случай – все считают, что здесь нет процессуальности. И все же мы видим определенное движение. Клиническая картина характеризуется тремя основными компонентами: интровертированностью (мягкий шизоид, аутизм Аспергера); хронической гипоманией; сверхценными образованиями и фантазированием. Вопрос: имеем ли мы право отнести это фантазирование к патологическому? Против патологического фантазирования выступают следующие особенности фантазий: фантазирование находится вне мира ребенка, не включено в него; фантазии не развиваются содержательно, даже при внешнем воздействии; ребенок не требует от окружающих, чтобы они включались в мир его фантазий. В то же время за патологическое фантазирование говорит его сверхценный характер и определенная динамика фантазий: сначала только смотрел паука, потом собирал паука, потом читал о нем, играл и стал перевоплощаться в него. Это истораживает. Ребенок не сепарируется от своей фантазии, он развивается внутри нее. Развитие, правда, идет не в плане прогрессивной болезни, а в плане динамики синдрома.

Хроническая гипомания, наблюдающаяся у ребенка, рано или поздно прерывается депрессией. Он подошел к этому возрасту (8-9 лет), поэтому надо быть внимательным – у него может начаться депрессивное состояние.

Интересен механизм возникновения фантазирования. Когда ребенку с недостатком родительской теплоты было хуже всего, он стал болеть астмой, и тогда же возникло фантазирование. Ему не хватало уверенности в любви и защите, родительской доброты, и он нашел Человека-паука (доброе, всех

защищает). В это время он не впал в психоз – его повышенное настроение его защитило, но застрял в ритуале.

В целом, все эти расстройства наблюдаются в рамках личностного особого развития – диатеза в широком его понимании.

Что делать? Как помочь ребенку?

Прежде всего, конечно, нужна психолого-педагогическая коррекция: малые психотерапевтические группы (в большой он потеряется или его вытеснят); попытка увода в реальный мир; семейная психотерапия. Можно, учитывая факторы риска к процессуальному заболеванию, предложить и психотропную терапию – минимальные дозы сероквеля или капли рisperidone, но родители, судя по всему, пока на медикаментозную терапию не согласятся.

Е.В. Корень: Психотерапию надо вводить либо одновременно с медикаментозной терапией, либо перед ней.

Психолог С.В. Трушкина: Я думаю, надо начинать с семейной терапии.

А.А. Северный: Нет, надо начинать с помощи ребенку: сначала психотерапия ребенка, потом, если будет результат, – родители, и только потом – медикаментозная терапия. Такова тактика помощи ребенку.

Редколлегия считает целесообразным ознакомить читателей с инициативами Ассоциации детских психиатров и психологов по совершенствованию системы охраны психического здоровья детей и подростков в России.

1. 24-26 апреля 2007 г. в г. Волгограде состоялась Всероссийская конференция «Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии». В заключение конференции принималась итоговая резолюция, в которую были внесены предложения от имени Ассоциации детских психиатров и психологов.

Предложения Ассоциации детских психиатров и психологов

1. Разработка и внедрение механизма более широкого привлечения детских психиатров, психологов, педагогов и других специалистов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов (в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи), в том числе их участия в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

2. Разработка и внедрение механизма привлечения указанных специалистов к работе Федеральной службы по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия РФ, а также других органов государственной власти и общественных организаций для дачи экспертных заключений по вопросам последствий воздействия продукции СМИ и массовой культуры на психическое и нравственное развитие детей, подростков и молодежи.

3. Научно-методическая разработка проблем межпрофессионального взаимодействия специалистов в тех или иных учреждениях различной ведомственной подчиненности, решающих вопросы профилактики, коррекции и реабилитации детей, страдающих нарушениями психического развития, психосоциальной адаптации.

4. Создание мультидисциплинарных кризисных центров на муниципальном и региональном уровнях для оказания экстренной психолого-социальной и психотерапевтической помощи детям, оказавшимся в ситуациях риска по ауто- и гетероагрессии.

5. Внедрение психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.).

6. Повышение психолого-психиатрической компетентности различных специалистов (педагогов, педиатров, социальных педагогов, юристов и др.), профессионально решающих те или иные проблемы ребенка и семьи, через

создание специальной системы повышения квалификации с привлечением ведущих психологических и психиатрических учебных заведений.

7. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых родов», сопровождаемых несомненным риском перинатального повреждения центральной нервной системы плода с последующими «запрограммированными» нарушениями психического развития младенца.

8. Восстановление номенклатурной специальности (субспециальности) детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертифицирования, отвечающей современным научно-организационным требованиям.

9. Разработка «модельных» стандартов обследования, лечения и реабилитации психически больных детей и подростков.

10. Создание эффективной системы ускоренного внедрения в практику детской психиатрии достижений современной психофармакологии, с тем чтобы в терапии детей и подростков могли использоваться наиболее современные, действенные и безопасные психотропные средства вместо морально устаревших, с высоким риском осложнений препаратов.

11. Научно-методическое обоснование, нормативное обеспечение, административная поддержка и развитие региональных инициатив в создании самостоятельных многопрофильных служб психического здоровья детей и подростков.

II. 30 января 2008 г. состоялось заседание Президиума Российского общества психиатров, посвященное состоянию детской психиатрической службы в Российской Федерации. На заседании от имени Ассоциации детских психиатров и психологов выступили Ю.С. Шевченко и А.А. Северный и представили участникам заседания **Проект письма в Правительство РФ.**

Председателю Совета по национальным проектам
при Президенте РФ Медведеву Д. А.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич !

В то время как стабилизация социально-экономической ситуации в России способствует постепенному улучшению положения в различных сферах жизни населения, состояние психического здоровья подрастающего поколения по-прежнему внушает серьезную озабоченности и по сути представляет реальную опасность для будущего нашего государства.

1. Поданным официальной статистики и специальных исследований:

1.1. Основная причина освобождения от службы в армии и досрочного увольнения из нее - психические расстройства. 46% призывников, увольняемых в запас, составляют лица с психическими расстройствами. При этом их рост происходит в основном за счет расстройств, берущих свое начало в детском возрасте, которые при своевременном выявлении и адекватных мероприятиях могут быть в большинстве случаев излечены и компенсированы. Отсутствие должной заботы о психическом здоровье будущих защитников

отечества, которая должна начинаться с детства, угрожает обороноспособности страны.

1.2. До 2/3 детей, лечащихся в стационарах, страдают так называемыми психосоматическими расстройствами и нуждаются в том или ином виде психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи. Отсутствие таковой снижает эффективность проводимых лечебных мероприятий, увеличивает материальные затраты органов здравоохранения и социального обеспечения.

1.3. Отсутствие какой бы то ни было психолого-психиатрической помощи детям раннего возраста создает неизбежно предпосылки для нарастания количества детей с отставанием в развитии, с хроническими психическими расстройствами.

1.4. «Неблагополучные» дети (социальные сироты, бродяги, наркоманы, правонарушители и т. п.) представляют собой группу риска по психическому заболеванию либо уже страдают таковым. Отсутствие комплексного, межведомственного и междисциплинарного подхода к указанной проблеме ставит под угрозу социально-психологическое здоровье нации.

1.5. Несовершенство организации охраны психического здоровья детей приводит к тому, что до 80% российских детей и подростков требуют в том или ином виде психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической и коррекционно-педагогической помощи, тогда как получают такую помощь не более 10% нуждающихся в ней.

2. Создавшееся положение обусловлено тем, что организация детско-подростковой психиатрической службы и подготовка кадров для нее в последние 20 лет деградировали даже с «советского» уровня, более того, государственная забота о психическом здоровье подрастающего поколения неуклонно ослабевала:

2.1. Из номенклатуры врачебных специальностей изъяты специальности "детский психиатр", "подростковый психиатр", и теперь один специалист - "психиатр" (не имеющий специальной подготовки в оказании помощи детям и подросткам) отвечает за душевное здоровье человека от его рождения до смерти.

2.2. Вопрос о детско-подростковой психотерапевтической службе на официальном уровне вообще не рассматривается.

2.3. Отсутствие координации и преемственности между отдельными министерствами и ведомствами, занимающимися проблемами подрастающего поколения, приводило к неэффективному и бессистемному использованию материальных и профессиональных ресурсов, выделявшихся в том числе на государственную программу «Дети России».

2.4. В ряде регионов РФ инициативным порядком происходит создание инновационных систем детско-подростковой психиатрической службы, которые, однако, не имеют соответствующего правового и организационно-методического обеспечения.

3. В связи с изложенным обращаем внимание на насущную необходимость рассмотрения проблемы охраны и укрепления психического здоровья подрастающего поколения россиян на уровне Правительства РФ.

3.1. Решение данной проблемы видится нами в принятии Национальной

государственно-общественной программы «Психическое здоровье детей и подростков». Для системной реализации данной комплексной программы, в которой необходимо участие всех заинтересованных министерств и ведомств, руководство ею должно осуществляться на "надведомственном" уровне (вице-премьером).

3.2. В основу данной программы может быть положен Проект Приказа МЗСР РФ «О мерах по совершенствованию психиатрической помощи детям и подросткам», разработанного совместно Ассоциацией детских психиатров и психологов и Российским обществом психиатров. Основные положения Программы должны предусматривать:

3.2.1. Закрепление необходимой номенклатуры специалистов, работающих в службах охраны психического здоровья детей и подростков.

3.2.2. Обеспечение современного уровня профессиональной подготовки всего спектра специалистов, работающих в службах охраны психического здоровья детей и подростков.

3.2.3. Создание организационно самостоятельных региональных служб охраны психического здоровья детей и подростков, обеспечивающих в том числе помощь детям раннего возраста, детям в общепедиатрической сети, в учреждениях образования и социальной защиты.

3.2.4. Обеспечение реально действующего механизма межведомственного взаимодействия при оказании психолого-психиатрической и коррекционно-педагогической помощи детям и подросткам с нарушенной социальной адаптацией.

Подписанты:

Краснов В. Н. как директор МНИИП и председатель Российского общества психиатров

Дмитриева Т. Б. как директор ГНЦ и главный внештатный психиатр

Макушкин Е. Н. как главный внештатный детский психиатр Росздрава

Шевченко Ю. С. как зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО

Северный А. А. как президент Ассоциации детских психиатров и психологов

Аппенянский А. И. как председатель Московского общества психотерапевтов

По итогам обсуждения было решено создать рабочую группу по доработке Обращения, с тем чтобы представить его на обсуждение очередного Пленума Российского общества психиатров и июне с. г.

Содержательные предложения для рабочей группы можно направлять на электронный адрес журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков и Ассоциации детских психиатров и психологов: <acpp@online.ru>.

Редколлегия публикует важные для практических детских психиатров материалы Формулярного комитета Российской академии медицинских наук (с сайта: <http://www.rspor.ru/index.php>)

Временные правила составления
Перечня жизненно необходимых лекарственных средств для педиатрической
практики
(Педиатрический формуляр)

1. В перечень вносятся лекарственные средства, входящие в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета.
2. Все лекарства, входящие в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств Формулярного комитета проходят первичную экспертизу по выявлению формальных противопоказаний или ограничений к применению в детском возрасте, зафиксированных в Государственном реестре лекарственных средств.
3. В таком виде Педиатрический формуляр публикуется на сайте Общества Фармакоэкономических исследований и в газете Вестник МГНот для публичного обсуждения, рассылается по электронной почте или на бумажном носителе всем членам Формулярного комитета, включая членов Педиатрической комиссии.
4. Эксперты Формулярного комитета рассматривают представленную 1-ю версию документа с комментариями по формальному исключению препаратов и дают свои предложения и комментарии по включению (исключению) лекарственных средств
5. В случае, если имеются формальные причины по исключению лекарственных средств из Педиатрического формуляра, а эксперты не предлагают иных решений, лекарственное средство исключается.
6. В случае наличия разногласий с формальным исключением и мнением эксперта, либо мнения экспертов различаются, проводится дополнительный поиск консенсуса на основании представленных доказательств и обоснований.
7. В качестве обоснования может быть принято наличие устоявшейся практики применения лекарств в педиатрии.
8. При наличии убедительных доказательств жизненной необходимости и высокой эффективности средств для лечения заболеваний, встречающихся исключительно в педиатрической практике принимается решение о включении таких препаратов в Педиатрический формуляр, одновременно ставится вопрос о рассмотрении включения этих препаратов в Перечень жизненно-необходимых лекарственных средств Формулярного комитета.
9. Если консенсус между экспертами по конкретному лекарственному средству не достигнут, то лекарственное средство из Педиатрического формуляра исключается.
10. Педиатрический формуляр публикуется в Справочнике лекарственных средств Формулярного комитета за 2007 г. с пометкой: «предварительная версия», размещается на сайте Общества фармакоэкономических исследований и в газете Вестник МГНот.

ПЕРЕЧЕНЬ
ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
ФОРМУЛЯР)¹

I. АНЕСТЕТИКИ, МИОРЕЛАКСАНТЫ

Средства для наркоза

Галотан
Динитроген оксид
Кетамин
Натрия оксибат
Тиопентал натрия

Местные анестетики

Артикаин
Бупивакаин
Лидокаин
Ропивакаин

Миорелаксанты

Атракурия бесилат
Векурония бромид
Пипекурония бромид
Суксаметония бромид, хлорид и йодид
Цисатракурия бесилат

II. АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ПРЕПАРАТЫ, СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОДАГРЫ

Наркотические анальгетики

Бупренорфин
Морфин
Трамадол
Тримеперидин
Фентанил

Ненаркотические анальгетики и нестероидные
противовоспалительные средства

Ацетилсалициловая кислота
Диклофенак
Ибупрофен
Кетопрофен
Лефлуномид
Мелоксикам

¹ Редколлегия не сочла целесообразным делать выборку из Перечня..., поскольку и детский психиатры и психотерапевты, особенно сотрудничающие с общей педиатрией, постоянно сталкиваются с вопросами сочетания психотропных препаратов с лекарственными средствами других классов. Следует отметить, что в Перечень почему-то не вошли ноотропные препараты. Следует также отметить, что в составе Формулярного комитета РАМН нет ни одного представителя от психиатрии, тем более от детской психиатрии.

Средства для лечения подагры

Аллопуринол

Прочие противовоспалительные средства

Колхицин

Пеницилламин

III. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Антигистаминные средства

Лоратадин

Мебгидролин

Хифенадин

Хлоропирамин

IV. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Противосудорожные средства

Вальпроевая кислота и ее натриевая соль

Карбамазепин

Клоназепам

Ламотриджин

Фенитоин

Фенобарбитал

Этосуксимид

Средства для лечения паркинсонизма

Амантадин

Бипериден

Леводопа + карбидопа

Тригексифенидил

Анксиолитики (транквилизаторы)

Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин

Диазепам

Лоразепам

Медазепам

Мидазолам

Нитразепам

Антипсихотические средства

Галоперидол

Дроперидол

Зуклопентиксол

Кветиапин

Клозапин

Левомепромазин

Оланзапин

Перициазин

Перфеназин

Рисперидон

Сульпирид

Тиаприд

Тиоридазин

Трифлуоперазин

Флуфеназин
Хлорпромазин
Хлорпротиксен

Антидепрессанты и средства нормотимического действия

Амитриптилин
Имипрамин
Кломипрамин
Лития карбонат
Мапротилин
Пароксетин
Сертралин
Флуоксетин
Циталопрам

Средства для лечения нарушений сна

Золпидем

Средства для лечения рассеянного склероза

Глатирамера
Интерферон бета

Средства для лечения алкоголизма и наркомании

Налоксон

Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему

Бетагистин
Ботулинический токсин + альбумин
Дистигмина бромид
Неостигмина метилсульфат
Нимодипин
Пиридостигмина бромид

V. СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ

Антибактериальные средства

Азитромицин
Амикацин
Амоксициллин
Амоксициллин + клавулановая кислота
Амоксициллин + сульбактам
Ампициллин
Бензатин бензилпенициллин
Бензилпенициллин
Ванкомицин
Гентамицин
Джозамицин
Доксициклин
Имипенем + циластатин
Карбенициллин
Кларитромицин
Ко-тримоксазол
Линкомицин
Меропенем

Месалазин
Мупироцин
Оксациллин
Рифамицин
Спирамицин
Сульфасалазин
Сульфацетамид
Тикарциллин + клавулановая кислота
Феноксиметилпенициллин
Фосфомицин
Хлорамфеникол
Цефазолин
Цефаклор
Цефепим
Цефоперазон
Цефотаксим
Цефтазидим
Цефтриаксон
Цефуроксим
Ципрофлоксацин
Эритромицин

Противотуберкулезные средства

Изониазид
Пиразинамид
Протионамид
Рифабутин
Рифампицин
Стрептомицин
Этамбутол
Этионамид

Противовирусные средства

Ацикловир
Валацикловир
Ганцикловир
Диданозин
Зидовудин
Индинавир
Ифавиренц
Ламивудин
Невирапин
Ставудин

Противогрибковые средства

Амфотерицин В
Амфотерицин В + метилглукамин
Гризеофульвин
Итраконазол
Клотримазол
Тербинафин

Флуконазол

Противопротозойные и противомаларийные средства

Гидроксихлорохин

Метронидазол

Хинин

Хлорохин

Иммуноглобулины

Иммуноглобулин противолептоспирозный из сыворотки крови волов жидкий

Вакцины

Инактивированная сплит – вакцина для профилактики гриппа

Полисахаридная поливалентная пневмококковая вакцина

VI. ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЕ, ИММУНОДЕПРЕССИВНЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ СРЕДСТВА

Цитостатические средства

Азатиоприн

Алтретамин

Аспарагиназа

Блеомицин

Бусульфан

Винбластин

Винкристин

Винорелбин

Гемцитабин

Дакарбазин

Дактиномицин

Доксорубицин

Доцетаксел

Идарубицин

Иматиниб

Иринотекан

Ифосфамид

Карбоплатин

Мелфалан

Меркаптопурин

Метотрексат

Митоксантрон

Митомицин

Оксалиплатин

Паклитаксел

Прокарбазин

Тиотепа

Топотекан

Третиноин

Флударабин

Фторурацил

Цисплатин

Циклофосфамид

Цитарабин

Эпирубицин

Этопозид

Гормоны и антигормоны для лечения опухолей

Аминоглутетимид

Анастрозол

Медоксипрогестерон

Тамоксифен

Флутамид

Сопутствующие средства для лечения опухолей

Интерферон альфа

Кальция фолинат

Ленограстим

Молграмостим

Ондансетрон

Филграстим

VII. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА

Стимуляторы остеοοбразования

Алендроновая кислота

Альфакальцидол

Кальцитонин

Колекальциферол+кальция карбонат

VIII. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Противоанемические средства

Железа (III) гидроксид полиизомальтозат

Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс

Железа сульфат + аскорбиновая кислота

Фолиевая кислота

Цианокобаламин

Эпозтин альфа

Эпозтин бета

Средства, влияющие на систему свертывания крови

Алпростадил

Алтеплаза

Аминометилбензойная кислота

Апротинин

Гепарин натрий

Далтепарин натрия

Клопидогрел

Надропарин кальция

Пентоксифиллин

Протамина сульфат

Стрептокиназа

Фениндион

Эноксапарин натрия

Растворы и плазмозаменители

Аминокислоты для парентерального питания

Гидроксиэтилкрахмал

Декстроза

Препараты плазмы

Альбумин
 Фактор свертывания IX
 Фактор свертывания VIII
 Фактор свертывания VIII+Виллебранда
 Эптаког альфа

Гиполипидемические средства

Аторвастатин
 Симвастатин

IX. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Противоаритмические средства

Амиодарон
 Атенолол
 Карбэтоксиаминодиэтиламинопропионилфенотиазина гидрохлорид
 Лаппаконитина гидробромид
 Метопролол

Гипотензивные средства

Амлодипин
 Верапамил
 Лозартан
 Метилдопа
 Нифедипин
 Пропранолол
 Фозиноприл

Средства для лечения сердечной недостаточности

Дигоксин
 Каптоприл
 Эналаприл

Вазопрессорные средства

Добутамин
 Допамин
 Норэпинефрин
 Эфедрин

X. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Рентгеноконтрастные средства

Бария сульфат
 Гадобутрол
 Гадодиамид
 Йогексол
 Йодиксанол
 Йопромид
 Натрия амидотризоат

Радиоизотопные средства

Бромезида, ^{99m}Tc
 Натрия йодид ^{131}I
 Макротех, ^{99m}Tc
 Пентатех, ^{99m}Tc
 Натрия пертехнетат натрия, ^{99m}Tc

Пирфотех, 99m tc

Раствор стронция-89 хлорида, изотонический для инъекций

Технефит, 99m tc

Технефор, 99mtc

ХII. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Антациды и другие противоязвенные средства

Омепразол

Рабепразол

Ранитидин

Фамотидин

Эзомепразол

Спазмолитические средства

Атропин

Дротаверин

Мебеверин

Платифиллин

Панкреатические ферменты

Панкреатин

Средства для лечения печеночной недостаточности

Артишока листьев экстракт

Лактулоза

Урсодезоксихолевая кислота

ХIII. ГОРМОНЫ И СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭНДОКРИННУЮ СИСТЕМУ

Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны

Бетаметазон

Бромкриптин

Гидрокортизон

Дексаметазон

Десмопрессин

Дигидротахистерол

Кломифен

Кортизон

Левотироксин натрия

Левотироксин натрия + калия йодид

Метилпреднизолон

Нандролон

Октреотид

Преднизолон

Соматропин

Тетракозактид

Тиамазол

Триамцинолон

Флуодрокортизон

Хорионический гонадотропин

Гестагены

Норэтистерон

Эстрагены

Этинилэстрадиол

Инсулин и средства для лечения сахарного диабета

Глюкагон

Инсулин-БД

Инсулин-ДлД

Инсулин-Комб

Инсулин-СрД

Инсулин - УБД

XIV. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Средства терапии при почечной недостаточности и
пересадке органов

Иммуноглобулин антитимоцитарный

Кетоаналоги аминокислот

Раствор для перитонеального диализа

Циклоспорин

Диуретики

Гидрохлоротиазид

Индапамид

Маннитол

Спиронолактон

Фуросемид

Средства для лечения гиперактивного мочевого пузыря

Оксибутинин

XV. СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

Противовоспалительные средства

Азапентацен

Дорзоламид

Латанопрост

Миотические средства и средства для лечения глаукомы

Бринзоламид

Пилокарпин

Тимолол

Стимуляторы регенерации и ретинопротекторы

Метилэтилпиридинола гидрохлорид

XVI. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА МАТКУ

Гормональные средства, влияющие на мускулатуру матки

Метилэргометрин

Окситоцин

Эргометрин

Прочие средства, влияющие на мускулатуру матки

Динопрост

Динопростон

XVII. СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Противоастматические средства

Амброксол

Аминофиллин

Беклометазон
 Будесонид
 Зафирлукаст
 Ипратропия бромид
 Ипратропия бромид моногидрат + фенотерол гидробромид
 Кромоглициевая кислота и ее натриевая соль
 Недокромил
 Сальбутамол
 Салметерол
 Теофиллин
 Тербуталин
 Фенотерол
 Флутиказон
 Эпинефрин

Прочие средства для лечения заболеваний органов
 дыхания, не обозначенные в других рубриках

Ацетилцистеин
 Куросурф

XVIII. РАСТВОРЫ, ЭЛЕКТРОЛИТЫ, СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ КИСЛОТНОГО РАВНОВЕСИЯ, СРЕДСТВА ПИТАНИЯ Электролиты, средства коррекции кислотного равновесия

Калия и магния аспарагинат
 Калия йодид
 Калия хлорид
 Кальция хлорид
 Натрия гидрокарбонат
 Натрия цитрат

XIX. ВИТАМИНЫ И МИНЕРАЛЫ Витамины

Альфа-токоферол*
 Аргинин*
 Бетаин*
 Биотин*
 Левокарнитин*
 Менадиона натрия бисульфит
 Натрия бензоат*
 Пиридоксин*
 Тиамин

XX. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ Инфликсимаб Ритуксимаб

* - препараты для лечения редких врожденных нарушений метаболизма у детей.

Подписано в печать 11.02.2008. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2008 (8), № 1.