

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2009 (9), № 1

Москва. 2009

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. 2009

Данный выпуск в основном подготовлен Санкт-Петербургским филиалом Ассоциации детских психиатров и психологов.

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

И.В. Добряков

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ:
ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ..... 5

И.К. Шац

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ И В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 12

А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ У ПОДРОСТКОВ..... 22

Ю.С. Шевченко

КЛЕПТОМАНИЯ: ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ..... 34

С.Н. Майорова

ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПАРАДОКСЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИТУАЦИИ
В РОССИИ НАЧАЛА XXI ВЕКА..... 45

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

А.Н. Бурдаков, Ю.А. Фесенко

РИСПЕРИДОН И АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ В ДЕТСКОЙ
И ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 53

А.М. Куликов

СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
У ПОДРОСТКОВ: СОТРУДНИЧЕСТВО ИНТЕРНИСТА
И ПСИХОТЕРАПЕВТА..... 69

Д.Г. Климась

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 6–10 ЛЕТ
(окончание)..... 77

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

В.В. Лебединский

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ
ПАТОПСИХОЛОГИИ..... 90

Н.В. Зверева

СТРУКТУРА, СОДЕРЖАНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ
ПАТОПСИХОЛОГИИ. Комментарий к статье В.В.Лебединского
«Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии»..... 96

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В.Л. Кокоренко

ВОСПРИЯТИЕ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ОТЦА
У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ..... 99

Т.И. Егорова, Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Т.И. Анисимова, К.А. Айтбеков

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ:
КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ТЕРАПИИ.... 105

И.В. Кузнецова

МНОГООСЕВОЙ АСПЕКТ КОРРЕКЦИИ ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)..... 110

Д.А. Донской

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В ПУБЕРТАТЕ
ПРИ ШИЗОИДНОЙ И ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЯХ
ХАРАКТЕРА..... 116

ЛЕКЦИИ, ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Э.Г. Эйдемиллер

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ
И ВЗРОСЛЫХ В РОССИИ (лекция)..... 121

О.Г. Казакова

НЕВРАСТЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПО
ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ (окончание)..... 131

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

Памяти В.В. ЛЕБЕДИНСКОГО (1927-2008)..... 143

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

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

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

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

И.В. Добряков

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

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

Перинатальная психология и перинатальная психотерапия представляют собой важные разделы перинатологии, появившиеся сравнительно недавно. На определенном этапе развития перинатологии жизнь поставила перед ней новые задачи, разрешить которые было невозможно без обращения к психологии и к психотерапии.

В опубликованной в 1982 г. в Большой медицинской энциклопедии (БМЭ) статье *перинатология* (греч.: *peri-* – вокруг, около; лат.: *natus* – рождение, *logos* – наука, учение) определяется как «раздел акушерства и педиатрии, изучающий развитие и охрану здоровья плода и новорожденного в перинатальном периоде» [3]. Там же отмечалось, что основные направления исследований в перинатологии связаны с изучением взаимосвязи организмов матери и плода (нервные, гуморальные и иммунные взаимоотношения). Выделение перинатологии как области медицины было социально детерминировано и произошло в первой половине XX века, когда общество достаточно созрело для понимания необходимости совершенствования методов профилактики, диагностики и терапии различных заболеваний матери, плода, и новорожденного [1]. С 60-х годов началось ее бурное развитие. Интерес к перинатологии за последние годы возрос еще больше в связи с необходимостью поиска способов, позволяющих улучшить демографическую ситуацию, приостановить тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. По данным ВОЗ, ими страдают 20% детей, причем в 70-80% случаев эти нарушения обусловлены перинатальными факторами [11]. В России показатель перинатальной смертности в течение последних лет постоянно снижается (с 17,9 промилле в 1991 г. до 10,2 промилле в 2005 г.). И во многом именно уменьшение смертности детей первой недели жизни (с 17,8 до 11,0 промилле за те же годы) обусловило эту положительную динамику [6]. Младенцы с несовместимой с жизнью в недалеком прошлом патологией благодаря современным достижениям акушерства рождаются живыми, но рано умирают или остаются жить, требуя особого медицинского наблюдения и лечения. За последние 15 лет в 4-5 раз возросла общая заболеваемость новорожденных, а нарушения нервно-психического развития отмечаются более чем у 25% детей первого года жизни [6]. Среди других причин роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами можно назвать и ухудшение экологической обстановки, и низкий уровень благосостояния населения, и рост наркомании, и неудовлетворительную психопрофилактическую работу с беременными, и ошибки родовспоможения. Одним из важных приоритетных направлений современного акушерства

и перинатологии в нашей стране признана разработка проблемы ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска [6].

Становление перинатологии в России и в западных странах существенно отличалось. За рубежом развитие перинатологии было, с одной стороны, связано с деятельностью врачей-новаторов, ищущих новые пути в акушерстве (таких, как F. Lamaze, M. Odent, G. Dick-Read и других). С другой стороны, оно было обусловлено сильным влиянием психоанализа, которым во многом и было инициировано. В работах таких психоаналитиков, как S. Freud, A. Freud, M. Klein, O. Rank, S. Ferenczi, D.W. Winnicott, J. Bowlby, M. Ainsworth, R. A. Spitz, S. Lebovici, S. Grof поднимались вопросы становления психики человека на самых ранних этапах онтогенеза, взаимоотношений, возникающих в системе мать-дítě. Результаты этих исследований смогли поколебать, а затем и изменить в обществе традиционные представления об антенатальном периоде, о младенческом возрасте. Стало очевидным, что это уникальный, сложный период жизни человека, который необходимо изучать. Это не могло не повлиять на работу акушеров, гинекологов, неонатологов.

В нашей стране выделение перинатологии в отдельную дисциплину стало возможным благодаря успехам в области физиологии и патофизиологии внутриутробного развития. Многие из них были обобщены в монографии Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой [4]. Существенное значение они придавали изучению «нарушений адаптации матери к зародышу и зародыша к матери», т.е. предприняли попытку рассматривать пренейта (неродившегося ребенка) и мать в виде одной системы «мать-плацента-плод» [4]. Им была близка идея S. Schindler и H. Zimprich [13], считающих, что матка представляет собой первую экологическую нишу человека. Во время перинатального периода развития ребенка он живет с матерью практически «одной жизнью», поэтому нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у женщины могут оказать пагубное, подчас необратимое влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой [2]. Состояние беременной женщины может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций пренейта, а значит и определять во многом его жизненный сценарий. После родов действующие в системе мать-дítě законы остаются в силе: все происходящее с матерью влияет на ребенка, и наоборот. Дítě человека первые месяцы жизни не может выжить вне системы, включающей мать или кого-то, заменяющего ее. Т.о., физиологические исследования обосновали диадический подход к перинатальным психологическим исследованиям, рассматривающий ребенка и мать в качестве единой системы. Этот подход плодотворно применялся как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях. Однако, в основном их работы касались развития системы, состоящей из младенца и матери, их взаимоотношений. Исследований системы беременной женщины и пренейта проводилось значительно меньше. В большинстве случаев плод и беременная женщина изучались как бы изолировано друг от друга, недостаточно исследовалось их взаимодействие. Это связано с большими методологическими трудностями проведения подобных работ. В нашей стране это также объяснялось тем, что диадический подход основывался на психоаналитической теории, а все связанное с психоанализом в Со-

ветском Союзе долгое время подвергалось огульной критике.

Работа Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой [4] была в основном ориентирована на изложение перинатологии в аспекте, полезном для акушеров-гинекологов. Но их книга стала настольной и для педиатров, специализирующихся на работе с младенцами («микropедиатров», как их тогда называли). Благодаря развитию и внедрению в практику идей перинатологии в ноябре 1987 г. в номенклатуру врачебных специальностей России была включена специальность «неонатолог» (лат.: *neonatus* – новорожденный; греч.: *logos* – наука, учение). В США неонатология появилась значительно раньше, уже в 1960 г. она рассматривалась как раздел перинатологии и педиатрии одновременно. Специалисты в области перинатологии столкнулись с неоднозначным пониманием термина «перинатальный». В БМЭ отмечено, что выделение этого возрастного периода, которое произошло в 60-е годы XX века, было вызвано его большой значимостью для физического, нервно-психического и интеллектуального развития ребенка. Перинатальный период определяется с 28-й недели беременности (когда вес плода достигает 1000 грамм и более, а рост 35 сантиметров и более), включает период родов и заканчивается к концу 7 суток жизни новорожденного [3]. Принятое в 1973 г. на VII Всемирном Конгрессе Международной Федерации акушеров-гинекологов (FIGO) определение перинатального периода, согласно которому он начинается с 22 полных недель (154 дня) беременности и заканчивается спустя 7 полных суток после рождения, было включено в международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Акушеры и неонатологи продолжительность перинатального периода определяют с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения [10, 12 и др.].

Если строго руководствоваться этими определениями, то поле внимания исследователей будет значительно суженным, а объектами изучения окажутся только плод, а затем новорожденный. При этом нарушается основной принцип диадического подхода. В настоящее время психологами приведенные определения перинатального периода подвергаются ревизии. С точки зрения перинатальных психологов, перинатальный период включает в себя весь пренатальный (греч.: *pre* – до; лат.: *natus* – рождение) период, сами роды и определенный период времени после рождения. Такое представление более соответствует этимологическому значению понятия (греч.: *peri-* – вокруг; лат.: *natus* – рождение), расширяет терапевтическую временную перспективу, соответствует определению перинатологии, которое дает Грэйс Крайг. Она подчеркивает, что перинатология – это «новая ветвь медицины», которая рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения [5]. Е.М. Фатеева и Ж.В. Цареградская также указывают на то, что перинатальный психолог «наблюдает за формированием психики ребенка от зачатия до годовалого или даже трехлетнего возраста» [7]. Г.Г. Филиппова [9], приводит 2 варианта понимания продолжительности этого периода: первый – от подготовки к зачатию (вне зависимости от того, планируется оно или нет) до трехлетнего возраста ребенка; второй – от зачатия до первого года жизни. К сожалению, она не пишет, какого варианта придерживается. Т.

о., длительность как антенатального, так и постнатального периодов, включаемых в сферу интересов перинатологов, авторами оценивается по-разному.

С нашей точки зрения, продолжительность перинатального периода обусловлена тем временем, в течение которого существует система мать-дитя, характеризующаяся следующими признаками:

- наличие симбиотической связи матери и ребенка;
- несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций;
- отсутствие у ребенка самосознания, то есть четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира.

Все эти признаки можно обнаружить примерно до трех лет жизни ребенка. В трехлетнем возрасте у ребенка появляется самосознание, собственные границы, и система мать-дитя прекращает свое существование.

Заявляя, что основным предметом изучения перинатологии являются «здоровье, болезни и методы лечения детей» G. J. Craig (1976), к сожалению, традиционно подходит к изучению онтогенеза ребенка с преимущественно медицинских позиций и в отрыве от специфики формирующей его среды [5], т. е. вне контакта с матерью и вне динамики преобразований, одновременно имеющих место в организме матери [2]. Считая перинатологию разделом медицины, перечисляя такие ее направления, как акушерско-гинекологическое, неонатологическое, эндокринологическое, генетическое, биохимическое, хирургическое, психиатрическое, G. J. Craig называет также социологическое направление, но не выделяет психологического. Это довольно странно, если учесть, что приводимые данные взяты из ее книги «Психология развития» (курсив мой, И.Д.) [5]. А. П. Кирющенко (1987) считал необходимым развивать такие разделы перинатологии как перинатальная фармакология, перинатальная физиология и патофизиология, перинатальная иммунология, перинатальная биохимия, перинатальная морфология (цит. 1). G. Schusser (1988) считает основными направлениями перинатальных исследований, помимо биохимического, эндокринологического, генетического, физиологического, - социологическое, педагогическое и *психологическое* (курсив мой, И. Д.) [14]. P. Fedor-Freubergh (2005) полагает, что в области перинатологии должны сотрудничать специалисты по медицине, *психологии, психоанализу*, антропологии, этологии человека, социологии, философии (курсив мой, И.Д.) [8].

R. Linder, действующий президент Международной Ассоциации Перинатальной и Перинатальной Психологии и Медицины (ISPPM) на XVII Международном Конгрессе ISPPM (2007) в своем обращении отметил необходимость интеграции акушерства, неонатологии, *психологии, психотерапии*, социологии, генетики, физики и других дисциплин (курсив мой, И. Д.).

Как у нас, так и за рубежом, в процессе решения теоретических и практических задач перинатологии, зародившейся и представляющей собой область медицины, в настоящее время естественным путем оформились три больших раздела: собственно перинатальная медицина, перинатальная психология, перинатальная педагогика. Перинатальная психология и перинатальная педагогика выделились из перинатальной медицины тогда, когда общество созрело для постановки и решения соответствующих задач. О появлении этих разделов свидетельствует то, что специалисты, работающие в

этих областях, создают соответствующие ассоциации, организуют конференции. Однако для многих врачей перинатология остается областью исключительно медицины. Признаком роста внимания к проблемам перинатологии в нашей стране явилось переименование издающегося с 1956 г. журнала «Вопросы охраны материнства и детства»: с 1993 г. он называется «Российским вестником перинатологии и педиатрии». Содержание журнала, как и до переименования, продолжало и продолжает оставаться исключительно медицинским. Работ, посвященных психологическим проблемам перинатологии, на его страницах не появляется. Переименование журнала предшествовало созданию Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), которая была учреждена в марте 1994 г. Свой первый съезд Ассоциация провела в Суздале в 1995 г. Съезд определил приоритетные направления деятельности, принял решение о разработке и внедрении новых перинатальных технологий, издании методических рекомендаций по актуальным проблемам перинатальной медицины, о сотрудничестве с FIGO. Основной целью создания Ассоциации явилось объединение усилий врачей различных специальностей в направлении повышения эффективности профилактики, ранней диагностики и лечения врожденных и перинатальных заболеваний, снижения младенческой смертности, предупреждения ранней инвалидизации. В настоящее время Ассоциация включает ряд региональных отделений и объединяет почти полторы тысячи врачей различных специальностей. Члены ассоциации регулярно собираются на конференциях различного уровня. Темы перинатальной психологии на этих собраниях, как правило, не звучат, хотя интерес к ним начинает появляться. Так, в марте 2003 г. проводился Форум «Репродукция человека». Центральным событием форума стал симпозиум «Репродукция и экология», на котором впервые одна из секций была целиком посвящена вопросам перинатальной психологии и психотерапии.

Отражением тенденций выделения из перинатальной медицины разделов перинатальной психологии и перинатальной педагогики явилось создание соответствующих объединений. Первой организацией, объединившей перинатальных психологов Запада, стало International Society of Perinatal Psychology, созданное в Вене в 1971 г. психоаналитиком Gustav Hans Graber. Зарубежные коллеги, также как и отечественные, испытывали определенные сложности в налаживании взаимопонимания между врачами и психологами, занимающимися вопросами перинатологии. В связи с этим в 1986 г. на очередном Конгрессе по инициативе профессора Peter Fedor-Freubergh Общество было преобразовано в междисциплинарное International Society of Pre- and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM). Экс-президент ISPPM Ludvig Janus так объяснил мне необычность такого названия. Включая в название Общества прилагательное «пренатальный» P. Fedor-Freubergh, понимал что термин «перинатальный» включает и его, однако он хотел подчеркнуть значение пренатального периода, стимулировать исследования именно в этой области, которой активно занимается сам. В настоящее время ISPPM объединяет специалистов в области перинатальной медицины из многих стран мира, регулярно проводит конференции и конгрессы. В 1983 г. в Торонто состоялся 1-й Американский Конгресс по пре- и перинатальному воспитанию. На нем, по инициативе доктора Thomas Verny, была основана Association of Pre- and

Pernatal Psychology of North America. Позднее ассоциация была переименована в Association of Pre- and Pernatal Psychology and Medicine (APPPAM). В 1982 г. во Франции по инициативе Marie-Andree Bertin была создана Национальная Ассоциация Пренатального Воспитания (ANEP).

Позднее подобные ассоциации стали появляться в других странах. В 1991 г. они объединились в Organisation Mondiale des Associations pour l'Education Prenatal (ОМАЕР). Своей целью члены ОМАЕР ставят пропаганду пренатального образования, понимая его и как передачу знаний и навыков, и как образование, направленное на развитие потенциала человека в контексте его взаимоотношения с миром. ОМАЕР координирует деятельность входящих в нее Ассоциаций, предоставляет им возможность обмена опытом, организует обучающие семинары. Принципиально важным является, что ОМАЕР и ассоциации, входящие в нее, декларируют отсутствие какой бы то ни было религиозной или политической ориентации. ОМАЕР регулярно организует симпозиумы, национальные и международные конференции и конгрессы, посвященные различным аспектам пренатального образования: «Пренатальное образование – надежда будущего» (Испания 1993), «Пренатальное образование со времен античной Греции до 21 века» (Греция, 1994), «Биологические и психологические основания пренатального образования» (Италия, 1998), «К миру без насилия!» (Венесуэла, 2001), «Пренатальное образование на службе мира» (Греция, 2004). Последний Конгресс «Пренатальное образование как фактор мира» состоялся в 2007 г. в Лозанне (Швейцария). К сожалению, на нем не было ни одного представителя России. Благодаря деятельности ОМАЕР, пропаганде перинатального образования были созданы спецкурсы, которые вошли в программы обучения психологов в 8-м Парижском университете, в университетах Рима и Падуи. В Университете Сиены изучается влияние перинатального образования на развитие ребенка, на его взаимоотношения с матерью во время беременности, в родах, после рождения. В Боготе перинатальное образование включено в официальную программу обучения врачей в медицинском колледже. Коллеги из ISPPM приглашаются и часто выступают на международных конгрессах, организуемых ОМАЕР.

В России из перинатологии несколько позднее стали выделяться разделы перинатальной психологии, педагогики, создаваться соответствующие объединения специалистов. При этом их возникновение и становление примерно повторяет то, что происходило за рубежом. Схожесть этих процессов отражает не слепое подражание Западу, а определенные закономерности развития перинатологии. В марте 1997 г. в Санкт-Петербурге состоялась учредительная конференция, на которой было принято решение о создании Межрегиональной ассоциации перинатальной психологии и медицины (МАППМ). С тех пор в России регулярно проводятся конференции, собирающие акушеров-гинекологов, неонатологов, невропатологов, психиатров, психотерапевтов и психологов и других специалистов, имеющих отношение к перинатальным проблемам. В начале они собирали преимущественно психологов, но с каждым годом все больше врачей принимает участие в их работе. В 2001 г. МАППМ в связи с увеличением количества ее членов, представляющих большинство регионов нашей страны, была переименована в Российскую ассоциацию перинатальной психологии и медицины (РАППМ). Ассоциация

вносила и вносит определенный вклад в улучшение взаимодействия в области перинатальной психологии и врачей, и психологов. Одним из показателей этого является тот факт, что с 1999 г. одним из учредителей этих конференций стал Институт акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН. С 1999 г. с Ассоциацией активно сотрудничает кафедра физиологии высшей нервной деятельности Санкт-Петербургского государственного университета. С 2001 г. в работе конференций РАППМ принимают участие зарубежные коллеги, в том числе представители ISPPM. Параллельно в Москве была создана Российская Ассоциация Пре- и Перинатального Развития (РАППР), по своей структуре и задачам отвечающая требованиям ОМАЕР. Ежегодно эта Ассоциация проводит конференции. Развитие сотрудничества Ассоциации перинатального воспитания и Ассоциации Перинатальной Психологии и медицины России вылилось в соглашение активно участвовать в работе конференций друг друга, проводить их не ежегодно, а раз в два года по очереди. Т. к. у специалистов в области перинатальной психологии возникла потребность встречаться и делиться опытом чаще, в 2000 г. при Санкт-Петербургском Психологическом обществе была создана секция перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии, заседания которой проходят ежемесячно. Через 2 года, в феврале в Москве на Всероссийской конференции «Психология и ее приложения» было принято решение организовать в рамках Общества секцию перинатальной психологии. Секцию возглавили врач и психолог (д. психол. н. Г.Г. Филиппова и к.м.н. И.В. Добряков). Это должно способствовать укреплению связей и сотрудничеству медиков и психологов в области перинатальной психологии. С 2004 г. начал издаваться журнал «Перинатальная психология и психология родительства». Рост интереса к перинатальным проблемам привел к необходимости подбора и адаптации известных психотерапевтических методик, к необходимости разработок специальных перинатальных психокоррекционных и психотерапевтических техник, методик, подходов. Это обусловило создание в 2003 г. в рамках Профессиональной психотерапевтической лиги России секции перинатальной психотерапии.

XVIII Конгресс ISPPM «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии» состоялся в мае 2007 г. в Москве. Президент ISPPM Rupert Linder выступил с обращением, в котором целями деятельности ISPPM назвал объединение важнейших научных исследований и новейших методов научного знания стран разных континентов, а также координацию, обмен и передачу уникальной информации мировой общественности. Он отметил, что избрание Европейским Сообществом именно России в качестве места проведения Конгресса ISPPM является выражением признания заслуг российских ученых и практиков в развитии идей перинатальной психологии и медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Клиническая перинатология. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д. О. Отта, 1996. – 240 с.
2. Батуев А.С., Соколова Л.В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать–дитя» // Вестник Ленинградского университета, сер. 3, 1994б., вып. 2 (№ 10). – С. 85-102.
3. Большая медицинская энциклопедия, Т. 19. – М., 1982. – С. 65.

4. Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Патологические основы охраны внутриутробного развития человека. – Л.: Медицина, 1985. – 160 с.
5. Крайг Г. (Craig G. J., 1976) Психология развития: пер с англ. / 7-е международное издание. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.
6. Стрижаков А. Н. Беременность высокого перинатального риска: проблемы и решения / Беременных группы риска становится все больше. – «Медицинская газета», № 97 от 21.12.2007. – С. 13.
7. Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать-дитя». – М.: АГАР, 2000. – 184 с.
8. Федор-Фрайберг П. (Fedor-Freibergh P.) Пренатальная и перинатальная психология и медицина: новая междисциплинарная наука в меняющемся мире / Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. Ред. проф. Г.И. Брехман и проф. П.Г. Федор-Фрайберг. – СПб.–Хайфа: Изд-во ИПТП, 2005. – С. 12-33.
9. Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования психологии // Журнал практического психолога. – 2003. - № 4-5. – С. 3-21.
10. Шабалов Н.П. Неонатология. Т. 1. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 608 с.
11. Шниткова Е.В., Бурцев Е.М., Новикова А.Е. Философова М.С. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы // Журн. неврол. и психиатр.— 2000.— № 3.— С. 57–59.
12. Энциклопедический словарь медицинских терминов: 3-х томах / Гл. ред. Б. В. Петровский, Т. 2. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – 448 с.
13. Schindler S., Zimprich H. Ekologie der Perinatalzeit. – Stuttgart: Hippocrates, 1983. – P. 24-49.
14. Schusser G. Zur Problematik einer dichotomischen Erklarung der ehstens Mutter-Kind-Interaction / Symposion “Neue Erkenntnisse”. – Universitaet Osnabrueck, 1988 – P. 203-223.

И.К. Шац

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ И В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

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

Клинико-динамические и клинико-катамнестические исследования психозов детского возраста, преимущественно направленные на выявление прогностических критериев, до сих пор весьма немногочисленны и в основном касаются циркулярной шизофрении с дебютом в подростковом возрасте [2, 4], эндогенных психозов, дебютировавших аффективными расстройствами в детском возрасте [3]. Кроме того, мнения исследователей при оценке исходов психозов детского возраста очень противоречивы [15, 13].

Данное сообщение посвящено анализу клинической динамики психотических состояний в детском и подростковом возрасте. Группа динамического наблюдения составляла 211 пациентов с различными психотическими син-

дромами (табл. 1). Период наблюдения составлял $3,17 \pm 0,55$ мес. при острых экзогенных и $7,96 \pm 2,3$ мес. при эндогенных психозах.

Методы исследования. Основным методом исследования являлся клинический метод, в рамках которого использовались – клинко-психопатологический, клинко-динамический и клинко-катамнестический методы. Кроме того, использовались стандартизированные методы исследования: Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [14], специально разработанная карта катамнестического обследования [12]. Дополнительно использовались авторские Шкала эмоционального состояния и Опросник астении [11].

Таблица 1.

Синдромальная структура психотических расстройств
в начале и в конце наблюдения

Синдром	Частота встречаемости				p
	в начале		в конце		
	абс.	отн., %	абс.	отн., %	
Бредовой	22	10,4	16	7,6	> 0,10
Бредоподобного фантазирования	8	3,8	4	1,9	> 0,10
Галлюцинаторно-бредовой	15	7,1	3	1,4	< 0,004
Галлюцинаторный	16	7,6	8	3,8	= 0,093
Делириозный	9	4,3	0	0,0	< 0,003
Онейроидный	7	3,3	1	0,4	= 0,028
Астенической спутанности	3	1,4	0	0,0	= 0,085
Депрессивный (астенопатический вариант)	9	4,3	9	4,3	> 0,10
Депрессивный (бредовой вариант)	5	2,4	0	0,0	= 0,024
Депрессивный (тревожный вариант)	8	3,8	2	0,9	= 0,050
Депрессивный (меланхолический вариант)	6	2,8	0	0,0	= 0,015
Депрессивный (дисфорический вариант)	7	3,3	4	1,9	= 0,37
Тревоги	10	4,7	0	0,0	< 0,002
Психического автоматизма	15	7,1	7	3,3	= 0,080
Гебефренный	10	4,7	10	4,7	> 0,10
Кататонический	3	1,4	3	1,4	> 0,10
Нарастающей шизоидизации	3	1,4	3	1,4	> 0,10
Апатико-абулический	23	10,9	23	10,9	> 0,10
Апатико-абулический дефект	7	3,3	7	3,3	> 0,10
Олигофреноподобный дефект	7	3,3	7	3,3	> 0,10
Эпилептическая деменция	12	5,7	12	5,7	> 0,10
Органическая деменция	6	2,8	6	2,8	> 0,10
Астенический	0	0,0	45	21,4	< 0,001
Псевдоастенический	0	0,0	41	19,5	< 0,001
Всего:	211	100,0	211	100,0	—

Клиническая динамика психотических синдромов

При анализе клинической динамики учитывалась и оценивалась совокупность клинических проявлений в начале и в конце наблюдения, их выраженность, наличие синдромообразующих признаков. Результаты клинической динамики представлены в таблице 1. У части больных с психотическими синдромами эндогенного происхождения сохранялись синдромообразующие симптомы, или они давали разной степени положительную динамику и/или трансформировались в так называемый псевдоастенический синдром, что являлось ремиссией или переходным периодом для формирования других синдромов (табл. 1). На фоне лечения синдромы в рамках экзогенных психозов полностью купировались, т. е. наступало выздоровление с исходом в различные формы астенического синдрома или в дальнейшем формировались синдромы непсихотического уровня (табл. 1). Интермиссия как исход аффективных психозов сопровождалась определенными вариантами астенического синдрома. Синдромы в рамках шизофрении давали разной степени положительную динамику и/или трансформировались в так называемый псевдоастенический синдром, что являлось ремиссией или переходным периодом для формирования других синдромов. Выход из психотического состояния у многих больных сопровождался массивными астеническими проявлениями с эмоциональными колебаниями, неровным поведением, а главное – существенным затруднением повседневной деятельности в виде утомления, различными соматическими жалобами, нарушениями сна, вегетативными расстройствами. Структура астенических состояний была неоднородной, во многих случаях сходство ограничивалось только субъективными жалобами больных.

Клинические особенности астенических состояний

Особенности астенического синдрома. Астенический синдром – состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающимися с вегетативными симптомами и нарушением сна. Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном [5].

В данном исследовании астенический синдром у 45 больных (21,4%) был исходом экзогенно-органических, интоксикационных, реактивных психозов. Интермиссия при аффективных психозах также сопровождалась астеническими состояниями.

При выходе из экзогенно-органических, интоксикационных психозов астенический синдром отличался выраженными симптомами аффективной и вегетативной лабильности в виде двигательного беспокойства или расторможенности, сопровождаясь капризностью, повышенной возбудимостью, раздражительностью, порой достигавших бурных эмоциональных реакций с дисфорическим оттенком, а иногда и агрессии. Такую клинику можно было отнести к гиперстеническому варианту астенического синдрома [8].

Выход из синдромов помрачения сознания (онейроидных и астенической спутанности) сопровождался тяжелыми формами астении, в которых преобладали утомляемость и чувство бессилия. Такая клиническая картина была ближе к гипостеническому варианту астенического синдрома [5]. Кроме

того, у больных отмечались выраженные нарушения внимания в виде истощения, снижения объема и нарушением концентрации внимания, ухудшение запоминания, а также упорные головные боли и/или головокружения.

При реактивных психозах, большинство из которых протекало в виде аффективных синдромов, и аффективных психозах клиническая картина астенического синдрома определялась симптомами раздражительности и утомляемости, при которых наблюдались гиперестезия и непереносимость незначительного эмоционального напряжения, т. е. стержневым проявлением этого варианта была раздражительная слабость.

Особенности псевдоастенического синдрома. Псевдоастенический синдром обычно описывают как у взрослых [1], так и у детей и подростков [7] в инициальном периоде шизофрении.

У 41 больного (19,5%) в конце наблюдения были выявлены проявления постпсихотического астенического (псевдоастенического синдрома), который проявлялся на фоне стертых или незначительных эмоционально-волевых и иных расстройств. Сходство астенического и псевдоастенического синдромов в основном ограничивается лишь «словесным обозначением жалоб, а не их объективной картиной» [6]. У больных не отмечалось физической астении, как при истинном астеническом синдроме, им тяжело было что-то делать, но за счет расстройства мотивационных и волевых механизмов. Больные постоянно жаловались то, что «трудно думать, нет мыслей, невозможно сосредоточиться», но при возможности привлечения к выполнению заданий справлялись с ними неплохо, при этом не выдерживая длительного умственного напряжения. Больные чувствовали себя «уставшими и разбитыми», еще не приступая к деятельности. В этом отчетливо проявлялось снижение энергетического потенциала. Яркие проявления аффективных нарушений при астеническом синдроме отчетливо контрастировали с размытостью, тусклостью эмоциональных проявлений при псевдоастении, что сопровождалось определенным снижением интересов. Жалобы носили своеобразный характер. Большинство больных с псевдоастенией жаловалось на головные боли неопределенного или странного характера, которые больше походили на сенестопатии («тяжесть в голове перекачивается», «что-то булькает и пузырится в голове» и т. п.). Расстройства сна носили тягостный характер, больные долго не могли заснуть, засыпали под утро, спали первую половину дня или дольше, что напоминало инверсию сна.

В связи с тем что состояние астении характеризовалось слабостью, повышенной утомляемостью и общей истощаемостью, практически у всех больных страдали предпосылки внимания: устойчивость, концентрация, объем и переключаемость.

Для объективизации и иллюстрации клинических проявлений астении в структуре астенического и псевдоастенического синдрома были проанализированы данные психологического обследования интеллекта и его предпосылок у больных перенесших психотические состояния. Были отобраны две группы больных: первая группа – 34 человека, у которых исходом психоза были астенические состояния, вторая группа – 31 человек с псевдоастеническим синдромом. Больные оценивались и сравнивались по результатам обследования субтестами методики исследования интеллекта Д. Векслера

(WISC). Использовались: субтест № 3 «арифметический», требующий от испытуемого высокой концентрации произвольного внимания, переключаемости, четкости оперирования арифметическим материалом; субтест № 6 «повторение цифр», определяющий степень устойчивости и концентрации активного внимания и качества оперативной памяти; субтест № 11 (в детском варианте методики) или субтест № 7 (во взрослом варианте методики) «шифровка», оценивающий все вышеперечисленные предпосылки внимания (концентрация, объем, переключаемость) [9, 10].

Таблица 2.

Сравнение результатов психологического обследования

Субтесты методики Д.Векслера (WISC)	Шкальные оценки		Т-кр.	р
	Астенический синдром	Псевдоастенический синдром		
«Арифметический»	6,10±1,91	8,87±1,28	2,0	0,001
«Повторение цифр»	6,77±1,46	9,93±1,29	2,0	0,001
«Шифровка»	5,77±1,63	8,93±1,28	2,0	0,001

Полученные результаты показали (табл. 2), что при астеническом синдроме у больных шкальные оценки по субтестам методики Д. Векслера («Арифметический», «Повторение цифр», «Шифровка») снижены по сравнению с больными псевдоастеническим синдромом, у последних шкальные оценки были ближе к нормативным [9, 10].

Т. о., при астеническом синдроме страдают предпосылки внимания: устойчивость, концентрация, объем, переключаемость; выявляется ослабление оперативной механической памяти, а при псевдоастеническом синдроме внимание и оперативная механическая память относительно сохранены. Это подтверждает принципиальное различие при внешнем сходстве жалоб и поведения между этими двумя состояниями.

Динамика нозологических диагнозов

Анализ динамики нозологических форм в процессе наблюдения за больными выявил следующие тенденции и закономерности (табл. 3).

За период наблюдения существенных изменений в нозологической принадлежности психотических состояний не произошло. Следует только отметить, что у больных после выхода из интоксикационного психоза выявились нарушения, позволившие квалифицировать их состояние как несоциализированное расстройство поведения. Произошло и некоторое перераспределение больных. Двое больных (один – с реактивным психозом, другой – с аффективным) к концу наблюдения были расценены как больные простой формой шизофрении.

На основании совокупности данных можно представить следующую нозологическую структуру психотических расстройств в процессе динамического наблюдения: первое место – простая шизофрения ($p < 0,001$), второе – параноидная шизофрения ($p < 0,001$), третье – экзогенно-органические психозы ($p < 0,003$), далее в порядке убывания: аффективные психозы, деменция при эпилепсии, органическое слабоумие, реактивные психозы, замыкали список кататоническая шизофрения и интоксикационные психозы.

Данная структура психотических состояний не отображает структуру за-

болеваемости психозами, можно говорить с определенной осторожностью о структуре больных с психотическими формами заболеваний в стационаре.

Таблица 3.

Структура и динамика нозологических диагнозов

Код по МКБ-10	Нозологический диагноз	Частота встречаемости				p
		в начале наблюдения		в конце наблюдения		
		абс.	отн., %	абс.	отн., %	
Экзогенные психотические расстройства						
F02.8; F18x.73	Резидуальные органические деменции	6	2,8	6	2,8	1,00
F05.0; F06.0,1,2,8	Экзогенно-органические психозы	14	6,6	14	6,6	1,00
F1x.03; F1x.52	Интоксикационные психозы	10	4,8	0	0,0	<0,002
F23.81	Реактивные психозы	8	3,8	7	3,3	>0,10
Эндогенные психотические расстройства						
F20.0	Параноидная шизофрения	22	10,4	22	10,4	>0,10
F20.2	Кататоническая шизофрения	4	1,9	4	1,9	>0,10
F20.6	Простая шизофрения	121	57,4	123	58,4	>0,10
F02.8; G40	Слабоумие в результате эпилепсии	12	5,7	12	5,7	>0,10
F31.5; F32.3	Аффективные психозы	14	6,6	13	6,2	>0,10
Поведенческие и эмоциональные непсихотические расстройства						
F91.1	Несоциализированное расстройство поведения	0	0,0	10	4,7	<0,002
	Всего:	211	100,0	211	100,0	—

Таким образом, нозологические диагнозы за время наблюдения изменились незначительно и только в структуре экзогенных психозов.

Катамнестическое исследование

Полное представление о клинико-динамических особенностях психотических синдромов в детском и подростковом возрасте возможно только с учетом катамнестических данных. Задачами проведенного катамнестического исследования являлись изучение и анализ динамики заболевания и синдромальных характеристик в отдаленном периоде, а также изучение структуры и динамики нозологических диагнозов.

Из наблюдавшихся в стационаре 211 больных катамнестически обследованы 118 человек (55,9%). Длительность катамнестического наблюдения составила от 2,5 до 18 лет, в среднем $9,73 \pm 1,02$ лет. Возраст пациентов к моменту последнего катамнестического обследования колебался от 14 до 29 лет, в среднем $22,25 \pm 1,61$ года.

Структура и динамика психотических синдромов. Структура нозологических форм определяла динамику синдромов (табл. 4).

Бредовой и галлюцинаторно-бредовой синдромы в рамках параноидной шизофрении практически не претерпели изменений. В рамках простой шизофрении и частично параноидной шизофрении эти состояния трансформировались в другие синдромы и/или клинические типы дефекта – психопатоподобный, неврозоподобный и апатико-абулический.

Синдромы психического автоматизма, гебефренный и кататонический протекали неблагоприятно, оставаясь в рамках соответствующей клинической картины, или трансформировались в ходе процессуальной динамики с нарастанием негативных расстройств в апатико-абулический синдром (табл. 4).

Таблица 4.

Структура психотических синдромов в конце наблюдения
и при катамнестическом наблюдении

Синдром	Частота встречаемости			
	В конце наблюдения		В катамнезе	
	абс.	отн., %	абс.	отн., %
Бредовой	16	7,6	18	14,9
Бредоподобного фантазирования	4	1,9	0	0,0
Галлюцинаторно-бредовой	3	1,4	3	2,5
Галлюцинаторный	8	3,8	3	2,5
Делириозный	0	0,0	0	0,0
Онейроидный	1	0,4	0	0,0
Астенической спутанности	0	0,0	0	0,0
Депрессивный (астенопатический)	9	4,3	3	2,5
Депрессивный (бредовой)	0	0,0	7	5,9
Депрессивный (тревожный)	2	0,9	0	0,0
Депрессивный (меланхолический)	0	0,0	0	0,0
Депрессивный (дисфорический)	4	1,9	0	0,0
Тревоги	0	0,0	0	0,0
Психического автоматизма	7	3,3	3	2,5
Гебефренный	10	4,7	3	2,5
Кататонический	3	1,4	3	2,5
Нарастающей шизоидизации	3	1,4	0	0,0
Апатико-абулический	23	10,9	19	16,1
Апатико-абулический дефект	7	3,3	17	14,4
Олигофреноподобный дефект	7	3,3	0	0,0
Эпилептическая деменция	12	5,7	0	0,0
Органическая деменция	6	2,8	0	0,0
Астенический синдром	45	21,4	0	0,0
Псевдоастенический	41	19,5	0	0
Параноидный тип дефекта	0	0,0	3	2,5
Психопатоподобный	0	0,0	26	22,8
Неврозоподобный	0	0,0	5	4,2
Психически здоров	0	0,0	5	4,2
Всего:	211	100,0	118	100,0

Из наблюдавшихся клинически дефицитарных расстройств удалось катamnестически исследовать апатико-абулические синдромы. Все больные оставались в рамках этих расстройств (за исключением одного больного, у которого психиатрический диагноз был снят). Динамика депрессивных синдромов была более разнообразной и зависела не только от нозологического диагноза, но и от типологии депрессивного синдрома. Благоприятно протекали бредовые варианты депрессивного синдрома. У части больных остались депрессивные синдромы или стойкая ремиссия в виде псевдоастенического синдрома. Дисфорический вариант депрессивного синдрома дал наибольшее количество дефектных состояний в виде апатико-абулических расстройств.

Катamnестический анализ псевдоастенического синдрома.

Отдельному анализу был подвергнут псевдоастенический синдром, в рамках которого была описана ремиссия у больных с продуктивными синдромами в конце периода наблюдения. Удалось проследить отдаленную динамику у 23 больных с псевдоастеническим синдромом (табл. 5).

Анализ данного синдрома показал, что он является клинической формой ремиссии при шизофрении у детей и подростков и в дальнейшем вновь может трансформироваться в продуктивные ($p < 0,022$) или иные синдромы ($p < 0,05$).

Таблица 5.

Катamnестический анализ псевдоастенического синдрома

Синдромы* при клини- ческом наблюдении	Количество больных		Синдромы в катamnезе	Кол-во больных	
	абс.	%		абс.	%
♦ бредовой	5	21,7	♦ бредовой ♦ параноидный тип дефекта	4 1	17,7 4,35
♦ бредоподобного фантазирования	2	8,7	♦ бредовой	2	8,7
♦ галлюцинаторно-бредовой	7	30,4	♦ галлюцинаторно-бредовой ♦ психопатоподобный	4 3	17,4 13,0
♦ галлюцинаторный	3	13,0	♦ галлюцинаторный ♦ неврозоподобный	2 1	8,7 4,34
♦ депрессивный (бредовой)	1	4,35	♦ бредовой	1	4,34
♦ психического автоматизма	5	21,7	♦ психического автоматизма ♦ психопатоподобный	4 1	17,4 4,34
Всего:	23	100		23	100

* – синдромы, которые трансформировались в псевдоастенический синдром в конце наблюдения.

Структура и динамика нозологических диагнозов. Структура нозологических диагнозов (табл. 6) определила особенность течения психозов. В

структуре нозологических диагнозов при катamnестическом исследовании лидирующее место занимала шизофрения (88,1%), в т. ч. простая (59,3%), параноидная (24,6%), резидуальная (4,2%) формы. Большинство больных экзогенными психозами не попало в катamnестическое исследование, т. к. выздоровело, не нуждалось в помощи и было снято с психиатрического учета. Исключение составили больные с экзогенно-органическими (посттравматическими) психозами, часть которых продолжала находиться под психиатрическим наблюдением с различными диагнозами непсихотического уровня.

У 5 больных (4,2%) психиатрический диагноз был снят с заключением – «психически здоров».

Таблица 6.

Структура нозологических диагнозов в конце клинического наблюдения и при катamnестическом наблюдении

Код по МКБ-10	Нозологический диагноз	Частота встречаемости			
		В конце наблюдения		В катamnезе	
		абс.	отн., %	абс.	отн., %
	Психически здоров	0	0,0	5	4,2
F02.8; F18x.73	Слабоумие в результате органических причин (резидуальная деменция)	6	2,8	0	0,0
F05.0; F06.0,1,2,8	Экзогенно-органические психозы	14	6,6	2	1,7
F1x.03; F1x.52	Интоксикационные психозы	0	0,0	0	0,0
F23.81	Реактивные психозы	7	3,3	0	0,0
F20.0	Параноидная шизофрения	22	10,4	29	24,6
F20.2	Кататоническая шизофрения	4	1,9	1	0,9
F20.6	Простая шизофрения	123	58,4	70	59,3
F20.1	Гебефренная шизофрения	0	0,0	1	0,9
F20.5	Резидуальная шизофрения	0	0,0	5	4,2
F02.8; G40	Слабоумие в результате эпилепсии	12	5,7	0	0,0
F31.5 F32.3	Аффективные психозы	13	6,2	0	0,0
F91.1	Несоциализированное расстройство поведения	10	4,7	0	0,0
F07.0	Органическое расстройство личности	0	0,0	5	4,2
	Всего:	211	100,0	118	100,0

Заключение. Анализ структуры и динамики синдромов показал, что в детском и подростковом возрасте психотические состояния имеют разнообразные клинические синдромы. Часть этих синдромов выявляется и во взрос-

лом возрасте. Относительно благоприятно проявлялись бредовые, галлюцинаторно-бредовые и депрессивные (определенные типологические варианты) синдромы. У больных с апатико-абулическими, гебефренными синдромами, синдромом психического автоматизма заболевание протекает неблагоприятно, и больные остаются, как правило, социально дизадаптированными.

Псевдоастенический синдром является одной из клинических форм ремиссии, он может трансформироваться при обострениях практически во все психотические синдромы или в ходе динамики в дефектные состояния.

Синдромы в рамках экзогенных психозов полностью редуцируются в ходе биологического лечения и других воздействий, т. е. наступает выздоровление с исходом в различные формы астенического синдрома или формируются другие синдромы непсихотического уровня.

Результаты катamnестического обследования позволили установить, что относительно благоприятно протекают бредовые, галлюцинаторно-бредовые и депрессивные (определенные типологические варианты) синдромы. У больных с апатико-абулическими, гебефренными синдромами, синдромом психического автоматизма заболевание протекает неблагоприятно и приводит к существенным затруднениям социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский В.А. О псевдоастеническом синдроме в инициальном периоде шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1984. – № 1. – С. 70-74.
2. Иовчук Н.М., Козюля В.Г. Клинико-динамическое исследование пубертатных психозов с аффективными циклотимическими дебютами // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1981. – № 10. – С. 1509-1514.
3. Иовчук Н.М. Вопросы клинического прогнозирования при эндогенных заболеваниях с преобладающими аффективными расстройствами в детском возрасте // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1990. – № 8. – С. 52-56.
4. Комлач И.Л. Особенности клиники и динамики эндогенных депрессий, возникающих в подростковом возрасте // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1984. – № 10. – С. 1551-1555.
5. Морозов Г.В. Основные синдромы психических расстройств: Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова, в 2-х т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1988. – С. 85-180.
6. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. – М., 1976. – 302 с.
7. Симсон Т.П., Деглин В.Я., Корганова А.Н. и др. К клинике первых проявлений шизофренического процесса у детей и подростков / Начальные стадии психических заболеваний. – М., 1959. – С. 45-55.
8. Скобло Г.В. Астенический синдром: Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб., 1999. – С. 253-254.
9. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Руководство по методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC). Адаптированный вариант, – Изд. 3-е, испр. – СПб., 1994. – 94 с.
10. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Руководство к методике исследования интеллекта для взрослых Д. Векслера (WAIS) Адаптация 1995 / Под

ред. О.И. Мулер. – СПб., 1995. – 109 с.

11. Шац И.К. Применение клинических и клинико-психологических шкал в детской психиатрии и педиатрии (методические рекомендации) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002 (2), № 2. – С. 99-105.

12. Шац И.К. Психотические синдромы в детском и подростковом возрасте: клинико-динамические особенности и возможности медико-психологической помощи. – Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2005. – 43 с.

13. Carlson G., Davenport Y., Jamison K. A Comparison of Outcome in Adolescent – and Late-Onset Bipolar Manic-Depressive Illness // Amer. J. Psychiatr. – 1977. – Vol. 134. – N 8. – P. 919-922.

14. Kay S., Fiszain A., Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – Vol. 13. – P. 261-276.

15. Remschmidt H., Brechrel B., Mewe F. Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depression // Acta. Paedopsychiat. – 1973. – Vol. 40. – N 1. – P. 2-17.

А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

В последние два десятилетия специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают рост химической зависимости в этой возрастной группе. Особое беспокойство вызвал бурный рост наркомании, преимущественно героиновой. Кроме того, существенно расширился ассортимент потребляемых психоактивных веществ (ПАВ): появились новые для нашей страны синтетические наркотики – галлюциногены, психостимуляторы. Параллельно страна столкнулась с еще одной проблемой – подростковым пивным алкоголизмом. Резко выросло число лиц, сочетано потребляющих 2 и более ПАВ. Помимо химической зависимости в последние годы получили распространение такие виды зависимости, как Интернет-аддикции и гэмблинг. Поскольку эти явления распространяются преимущественно в подростково-молодежных слоях населения, проблема зависимости от ПАВ стала общенациональной и привлекает внимание специалистов самых разных областей – от врачей и психологов до социологов и юристов.

Эпидемиология наркоманий в подростково-молодежной среде

Исследование распространенности химической зависимости в подростковой среде, как и у взрослых, опирается как на данные официальной статистики (главным образом, это показатели болезненности и заболеваемости), так и на данные социологических мониторинговых исследований, которые с начала нового века стали проводиться в нашей стране. Обратимся сперва к данным официальной статистики по России¹.

¹ Авторы выражают признательность проф. Е.А. Кошкиной за предоставленные данные официальной статистики.

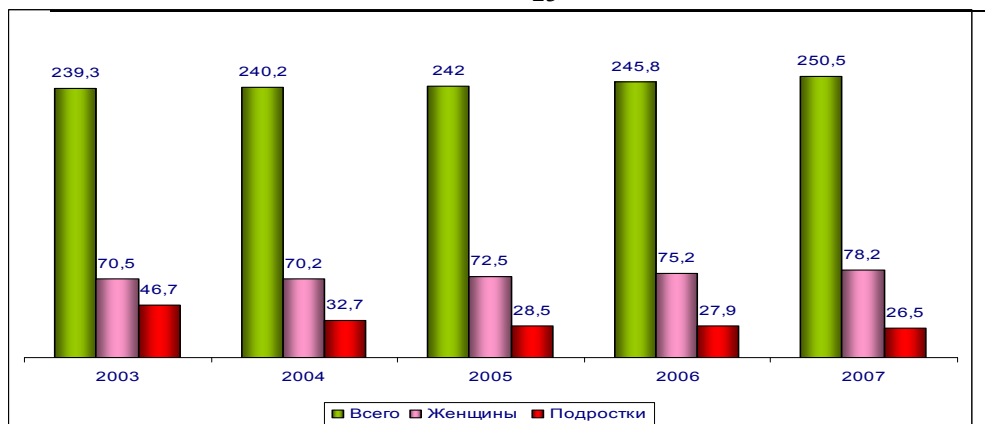


Рис. 1. Распространенность наркомании в РФ (на 100 тыс. соответствующего населения) в динамике 2003-2007 гг.

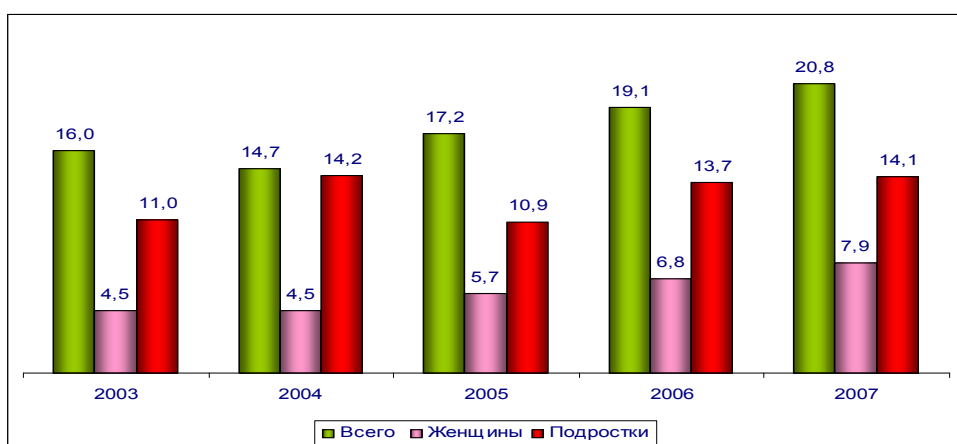


Рис. 2. Первичная заболеваемость наркоманией в РФ в 2003 – 2007 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения)

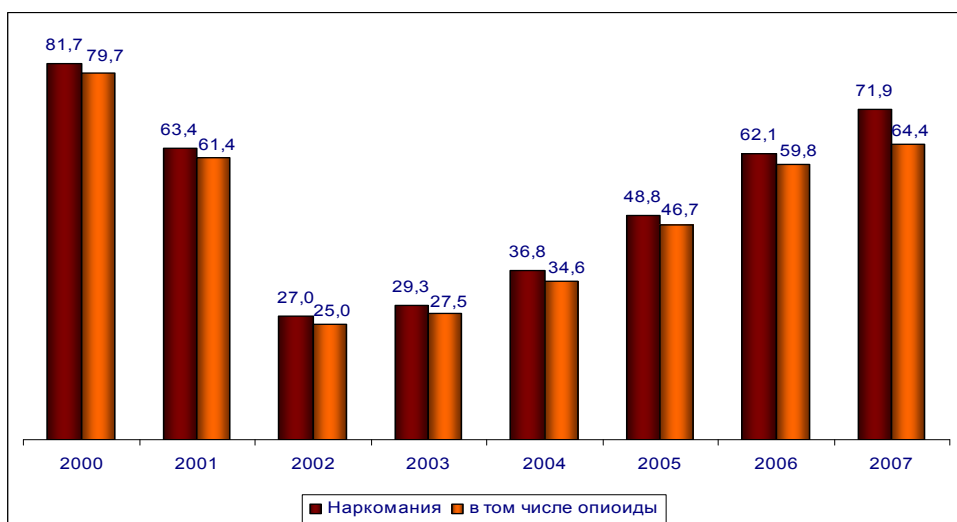


Рис. 3. Уровень госпитализации больных наркоманией (на 100 тыс. населения).

Число подростков, состоящих под диспансерным наблюдением на конец 1997 г. с диагнозом «наркомания», составило 89,7 на 100 тысяч подростково-го населения, что в 12,5 раз превысило уровень 1991 г. (соответственно 7,2). В 2000 г. этот показатель достиг 125,1, что превысило уровень болезненности 1991 г. уже в 17 раз [2, 3, 4]. Вместе с тем, по данным Минздравсоцразвития РФ, пик вовлеченности подростков в наркопотребление приходился на 2000 г. После этого уровень болезненности (распространенности) наркомании по всем возрастным группам остается стабильно высоким (Рис. 1). По заболеваемости наркоманией после значительного спада в 2001-2003 гг. вновь отмечается подъем (Рис. 2). Особенно наглядно это видно по динамике числа госпитализаций в наркологические стационары (Рис. 3).

Результаты социологических исследований перекликаются с данными официальной статистики. Доля потребляющих наркотик или пробовавших его хотя бы один раз среди молодежи в возрасте 12-22 лет составила 44,8%. Если в 1991 г. молодые люди начинали пробовать наркотик в 17-18 лет, то в 2001 г. - в 11,3 года. Почти 8% потребляют наркотик ежедневно или через день, т.е. являются злоупотребляющими или зависимыми. По данным того же опроса, еще 14,3% подростков составляют группу риска, поскольку употребляют наркотики не чаще 1 раза в неделю, но не реже 1 раза в 2 недели. Доля наркозависимых в составе учащихся школ составляет 3,1%, учащихся ПТУ – 4,8%, студентов техникумов – 7,2%, вузов – 4,8%. Доля группы риска среди школьников составляет 8,3%, в ПТУ – 25,6%, среди студентов техникумов – 14,3%, вузов – 20,5% [14].

Различные данные дают социологические исследования и официальная статистика о характере предпочтения тех или других наркотиков. Согласно официальной статистике, в настоящее время до 80-90% наркозависимых, состоящих на учете в наркодиспансерах, употребляют препараты опия, преимущественно героин, затем большим отрывом следуют каннабиноиды, психостимуляторы и другие ПАВ (Табл. 1). Структура потребления ПАВ в последние годы остается достаточно стабильной.

Табл. 1.

Распространенность наркомании по видам наркотика
(на 100 тыс. населения).

Тип ПАВ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Синдром зависимости от наркотиков (наркомания), в том числе от:	198,4	233,2	239,6	239,3	240,2	241,3	245,4	250,4
опиоидов	176,0	209,4	213,5	211,7	211,4	212,0	215,2	219,6
каннабиноидов	10,8	11,7	13,4	14,5	14,9	15,4	15,8	16,6
психостимуляторов	3,7	4,0	4,0	3,9	3,7	3,6	3,8	3,0
других наркотиков	7,6	7,9	8,6	9,2	10,0	10,3	10,6	11,2

Данные социологических исследований показывают, что среди наиболее предпочитаемы у молодежи препараты конопли, которую потребляют от 29,1% до 31,4% наркопотребителей. Опиаты (включая героин) находятся на

втором месте и их доля составляет от 6,5% до 13,3% [1, 14]). Такие различия могут быть обусловлены разными медицинскими и социальными последствиями употребления ПАВ: опийные наркоманы чаще попадают в поле зрения официальной медицины по сравнению с потребителями конопли.

Остальные наркотики употребляются реже. Именно в последние годы увеличилось потребление психостимуляторов и особенно кокаина, случаи злоупотребления которым еще несколько лет назад были единичными [13].

На начало 2003 г. с той или иной частотой употребляли наркотики более 13% детей, подростков и молодежи в возрасте от 11 до 24 лет. У подростков, регулярно употребляющих наркотики (не реже 2-3 раз в неделю), на первом месте оказались препараты конопли (60%), далее - опиаты (44,6%), кокаин (15,2%), ингалянты (15,9%), стимуляторы (11,8%).

Последние данные официальной статистики и социологические исследования свидетельствуют о стабилизации числа больных наркоманией и значительном снижении уровня первичной заболеваемости – как среди всего населения, так и среди подростков. Так, если с 1999 по 2000 гг. этот показатель достиг своего максимального значения - 84,1 на 100 000 подростков, то в 2001 г. он снизился на 34,7%, а в 2002 г. – еще на 68% и составил 17,8 больных на 100 000 подростков.

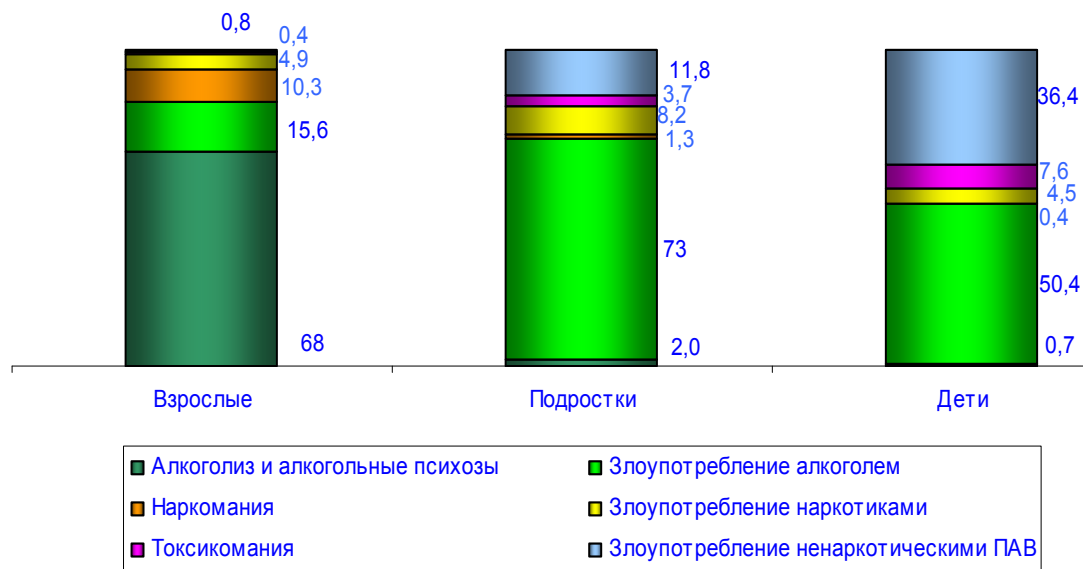


Рис. 4. Структура психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, среди различных групп населения (в %).

Также следует отметить, что структура потребления всех ПАВ существенно различается по возрастным группам (Рис. 4). Если у взрослых в структуре болезненности преобладают алкоголизм и алкогольные психозы (более 2/3 случаев), далее следуют злоупотребление алкоголем (15%) и наркомания (10%), то у подростков доминирует злоупотребление алкоголем, злоупотребление ненаркотическими ПАВ и злоупотребление наркотиками. У детей доминирует злоупотребление ненаркотическими ПАВ и алкоголем.

Сходные тенденции характерны и для мегаполисов. Так, по данным Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, уровень первичной заболеваемости наркоманией неуклонно растет начиная с 2004 г. (Рис. 5).

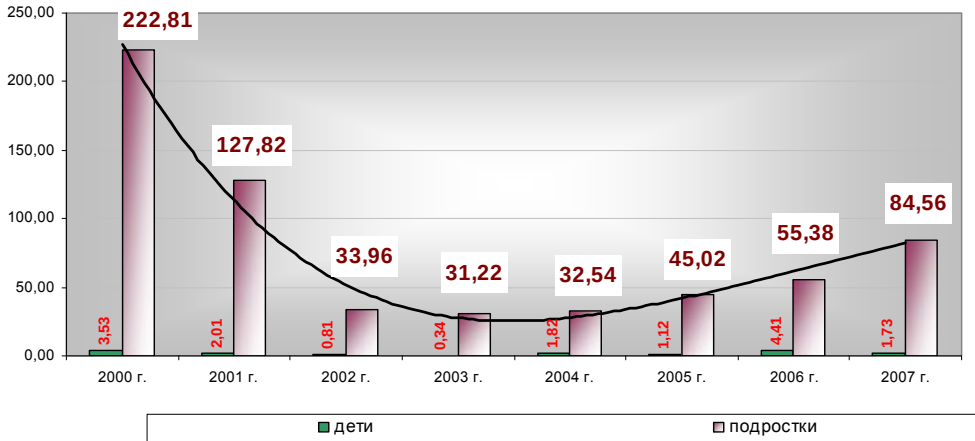


Рис. 5. Уровень первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами вследствие потребления наркотиков среди детей и подростков в Санкт-Петербурге 2000-2007 гг. (на 100 тысяч населения соответствующей возрастной группы)

Т. о., при оценке сегодняшней наркологической ситуации в России в подростково-молодежной среде прослеживаются следующие тенденции:

1. Стабилизация на высоком уровне числа лиц подросткового возраста, злоупотребляющих ПАВ.
2. Снижение возраста начала наркопотребления.
3. Стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа лиц женского пола.
4. Продолжающийся рост заболеваемости наркоманией.
5. Расширение спектра потребляемых наркотиков.

Клинические особенности наркоманий и токсикоманий в подростковом возрасте.

Знакомство с ПАВ в настоящее время происходит значительно раньше, чем отмечалось 10-15 лет назад. Так, за последние 10 лет средний возраст начала массового приобщения подростков к потреблению табака снизился на 3,5 года, алкоголя – на 2,7 лет, наркотических веществ – на 3,7 года [13]. Как показывают и клинические, и социологические исследования, первые эпизоды курения падают на возраст 11-12, первые пробы алкоголя – 13 лет, наркотических веществ – 14-15 лет, причем чаще всего ими оказываются каннабиноиды [6, 13]. (Можно заметить, что в США средний возраст начала потребления наркотиков почти не снижается и остается на уровне 17-18 лет [18].)

Полисубстантный характер подросткового наркотизма доходит до 99% случаев [5, 8]. «Поисковое поведение», помимо каннабиноидов, у ряда подростков дополняется психостимуляторами, галлюциногенами, снотворно-седативными препаратами и опиоидами с быстрым формированием соответствующей наркомании. По мнению А.В. Надеждина [6], отсутствие сформиро-

рованных компонентов синдрома химической зависимости в рамках полисубстантного аддиктивного поведения можно объяснить быстротой смены психоактивных агентов и неодинаковой скоростью формирования различных форм мононаркоманий.

И.Н. Пятницкая и Н.Г. Найденова [9] отмечают, что, как правило, формирование наркомании в раннем подростковом возрасте идет значительно медленнее, чем в более позднем. Хаотичный, нерегулируемый прием наркотиков без проявления признаков зависимости может наблюдаться на протяжении 2-3 лет. Во-первых, медленное формирование болезни встречается в тех случаях, когда употребляются дешевые и, следовательно, слабо эйфоризирующие вещества. Невыраженность эйфории отдалает момент, когда состоится осознанный выбор препарата, который дает «настоящий кайф»; после чего начинается индивидуальный поиск желаемого «правильного» средства. Во-вторых, замедляет формирование зависимости и нерегулярность приема, вызванная отсутствием денег и условий, благоприятных для приема ПАВ. В-третьих, также действует беспорядочность чередования веществ различных групп, изначальная полинаркотизация, чередующаяся с приемами спиртного. В силу этого влечение к опьянению сперва недифференцированно, но направлено не на определенные ощущения, а на некоторое общее состояние оглушения, «балдеж». Быстрое же, как у взрослых, становление наркомании, по мнению авторов, наблюдается, если наркотизация началась не ранее 15-16 лет. Вместе с тем, у подростков с преморбидными поведенческими нарушениями аддикция развивается на 2,5 года раньше, чем у подростков без таких нарушений, чаще принимает прогрессирующее злокачественное течение, быстрее растет толерантность и становятся более выраженными личностные изменения, в два раза чаще отмечается полисубстантное потребление ПАВ [17].

Кроме более медленных сроков становления, имеется и целый ряд других клинических признаков, отличающих химическую зависимость в подростковом возрасте. К ним относятся: нечеткость симптоматики наркотической зависимости, признаки, определяемые ситуацией, а не состоянием болезни, размытость границ синдромов и этапов болезни, не позволяющая выделить стадии зависимости, более высокий удельный вес т. н. непсихотических нарушений поведения, выступающих в качестве эквивалента того или иного наркологического синдрома, наличие специфических возрастных синдромов, быстрые темпы десоциализации, своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации [6, 7, 12].

Еще на этапе первых проб наркотиков и токсикантов у несовершеннолетних значительно чаще, чем у взрослых, отмечается длительное существование побочных реакций (рвоты, тошноты, головокружения, головной боли и т. д.). При приеме опиатов (особенно героина) у подростков отмечаются обычно два способа употребления: интраназальный и внутривенный. Интраназальный способ, по нашим наблюдениям, чаще встречается на начальных этапах употребления. Отчасти это связано с бытующим в подростковой среде мифом, что интраназальное потребление героина «менее опасно», «не приводит к передозировкам», «не дает ломки». На более поздних этапах, по мере роста толерантности, подростки переходят на внутривенный способ, т. к. требуется меньшая доза наркотика и имеются переживания «прихода».

На донологическом этапе у подростков, злоупотребляющих алкоголем, было описано явление групповой психической зависимости, когда тяга к алкоголю появляется исключительно в «своей» компании [11]. Позже этот же феномен был описан и при потреблении других ПАВ [5]. Основным мотивом начала потребления ПАВ в группе сверстников – «быть не хуже других». В дальнейшем он меняется на желание получить эйфорию. Групповой мотив потребления выражен у подростков намного рельефнее, чем у взрослых, и затеняет индивидуальные мотивы, которые бывают различны и которые достаточно трудно выявляемы. Трудность выявляемости истинных индивидуальных мотивов потребления ПАВ подростками связана еще и с тем, что в процессе беседы ими вербализуется мотивировка (субъективное социально-приемлемое объяснение причин каких-либо поступков), а не истинные мотивы. Мотивировка, как правило, опять же отражает групповой мотив: «было интересно», «все пробовали», «сказали, что это круто», «предложили», «не мог отказать» и т. д.

Феномен групповой психической зависимости выражен в разной степени, в зависимости от потребляемого ПАВ, а также от преморбидных особенностей подростка. В большей степени феномен групповой психической зависимости выражен при потреблении алкоголя, ингалянтов, препаратов конопли, психостимуляторов, галлюциногенов. Значительно меньше он выражен при приеме опиатов, а при героиновой наркомании его вообще редко удается проследить, т. к. зависимость формируется чрезвычайно быстро (уже после нескольких регулярных инъекций). Начало приема героина обычно происходит в группе, но группа в данном случае обеспечивает не психологически комфортные условия потребления, а возможность получения самого наркотика. В случае распада группы (арест поставщика, переезд на другое место жительства и т. д.) подросток, как правило, самостоятельно начинает искать другие источники наркотиков, что свидетельствует об уже сформировавшейся индивидуальной психологической зависимости. Говоря о преморбидных особенностях, реакция группирования со сверстниками в принципе отсутствует у шизоидных акцентуантов.

А.В. Надеждин [6] отмечает факт иного переживания героиновой интоксикации у несовершеннолетних, подчеркивая, что субъективное восприятие наркотизации у подростков менее дифференцировано, чем у взрослых, причем эта тенденция усиливается от старшего пубертатного возраста к младшему. Подростки затрудняются в описании этапов интоксикации, оперируют общими категориями, не могут вычленить, наиболее приятные феномены. Клинически героиновое опьянение у подростков может сопровождаться как длительной седацией, так и эйфорией с усилением двигательного и речевого компонента, когда в состоянии «кайфа» подростки перемещаются, совершают противоправные действия, общаются между собой.

На длительный период повторяющихся интоксикаций указывают следующие признаки в картине опьянения [9]:

- быстрое, в течение 1-1,5 часов вытрезвление, незначительное изменение сознания;
- эмоциональная лабильность, возможность дисфорических или дистимических переживаний в опьянении, злобные, агрессивные реакции

(меньше положительных и больше отрицательных эмоций);

- двигательная активность, удовлетворительные координационные моторные функции;
- диссоциация вегетативных и моторных показателей.

Практически все исследователи указывают на более низкую толерантность. Так, суточные дозы героина редко превышают 0,2-0,3 грамма [7]. Даже при формировании физической зависимости у подростков не отмечается такого стремительного (в десятки раз) роста толерантности, как это наблюдается в более старшем возрасте.

Следует особо обратить внимание, что такой классический признак хронической внутривенной наркотизации, как следы инъекций по ходу вен - «дорожки» - склерозирование вен в результате флебитов, в настоящее время у подростков-наркоманов наблюдаются далеко не всегда. Во-первых, в подростковой среде достаточно распространен (особенно на начальных этапах наркотизации) интраназальный путь потребления. Во-вторых, в последние годы подростки, как правило, используют инсулиновые шприцы, которые минимально травмируют кожу и вены по сравнению с обычными. Небольшой объем инсулиновых шприцев (2 мл) достаточен для подростка из-за сравнительно невысокой толерантности.

Синдром патологического влечения к ПАВ у подростков также имеет свои черты, отличающие их от взрослых. Он имеет тенденцию незавершенности, меньше осознается и вербализуется пациентом, причем, чем моложе подросток, тем менее синдромально оформлены основные проявления. Тяга к наркотикам в значительной степени проявляется в поведении подростка: он стремится общаться с наркозависимыми, появляться в местах, где возможно приобретение героина, охотно принимает участие в разговорах о наркотиках, охотно присутствует в компании, где принимают наркотики, соглашается помочь достать наркотик, считая, что сам потреблять не будет. Аффективный и идеаторный компоненты влечения выражены существенно слабее. Находясь в стационаре на лечении, подростки могут требовать выписки, мотивируя это необходимостью продолжить учебу, помогать матери, желанием побыть в кругу семьи, устроиться на работу и отдать долги и т. д. Все это свидетельствует о наличии патологического влечения, которое из-за психологических защитных механизмов приобретает «рациональную» мотивировку.

Нечеткость, незавершенность наркотических синдромов проявляется не только в интоксикации, но и в развернутой стадии болезни, при сформировавшемся абстинентном синдроме. В абстиненции у подростка редуцированы алгические проявления, менее выражены соматовегетативные симптомы. Для подростков характерны психопатоподобные, аффективные реакции. А.В. Надеждин [6] сообщает о большей выраженности астении, нежели эксплозивности, которая чаще проявляется в демонстративном поведении. Подростки в абстиненции утрировано жалуются на «непереносимость» состояния, стремятся вызвать жалость, заявляют, что «назло всем» продолжают наркотизацию после выписки. Иногда отмечаются демонстративные суицидальные попытки. Так, один наш больной при отказе врача назначить дополнительно диазепам в его присутствии попытался зубами перегрызть себе локтевую вену.

Клинические особенности течения постабстинентного состояния у под-

ростков с героиновой аддикцией в зависимости от типа акцентуации впервые были описаны А.В. Надеждиным с сотр. [7]. Для несовершеннолетних с конституциональным психофизическим инфантилизмом характерны астенические реакции, проявляющиеся плачем, непрерывными жалобами на «тягу домой». Такие пациенты постоянно досаждают родителям телефонными звонками, но редко угрожают и шантажируют их, а лишь просят забрать домой. С такими же навязчивыми просьбами постоянно обращаются к врачам. Эти реакции более характерны для младших подростков (13-15 лет). В более старшем возрасте примитивные детские реакции редуцируются и происходит некоторая стабилизация эмоционального фона. Вместе с тем, как отмечают авторы, некоторые черты инфантилизма сохраняются и проявляются в определенной «душевности» при встрече с родными, особенно с матерью, в эмоциональной лабильности, доходящей до слабодушия.

У подростков с неустойчивой акцентуацией в основном наблюдались поведенческие расстройства, которые полностью комплиментарны окружающей обстановке. Неустойчивые акцентуанты достаточно легко подчиняются больничному режиму. Аффективные расстройства имели характер неглубоких колебаний настроения депрессивного характера с усилением влечения к наркотику. После окончательной редукции соматовегетативных проявлений абстинентного синдрома эти больные навязчиво и стереотипно жаловались на скуку и безделье. Попытки вовлечь их в психотерапевтический процесс, как правило, наталкивались на предельную формальность в усвоении психотерапевтических установок.

У личностей с эксплозивными и истероэксплозивными чертами отмечалось более бурное, но несколько более короткое течение абстиненции, дисфорические проявления были менее глубокими, чем у взрослых. В поведении доминировали негативистические и оппозиционные тенденции по отношению к персоналу. Подростки активно проявляли недовольство режимом отделения, часто провоцировали конфликты, но их агрессивность редко превышала вербальный уровень. Давление на родителей и близких родственников по поводу выписки было интенсивным и сопровождалось шантажом и угрозами (угроза возобновить наркотизацию при выписке или, реже, имитация суицида, обещание физической расправы и т. д.). Аффективные нарушения были выраженными преимущественно как дисфорические реакции. Следует отметить, что поведенческие расстройства преобладали над аффективными, что, по мнению авторов, позволяет определить эти состояния как «девиантные депрессивные эквиваленты» – атипично протекающие депрессии, характерные для подросткового возраста. Влечение к наркотикам у этих больных скрывается реже. В ряде случаев для них характерно «идеологизированное» потребление наркотиков, которое представляется как система ценностей и взглядов, альтернативная антинаркотическим установкам. При наличии выраженного истероидного радикала протестные реакции более яркие, демонстративные. Такие подростки учитывали окружающую обстановку и играли какую-то роль, чаще всего представителя криминального сообщества.

Абстинентные проявления у гипертимных акцентуантов протекали, как правило, существенно легче и короче, в большей степени были представлены демонстративные реакции. По миновании проявлений абстиненции у этого

типа больных отмечалось смешанное гипертимно-дисфорически-тревожное состояние, представлявшее определенную сложность для курации этого контингента. Больные были активны и досаждали жалобами персоналу отделения и врачам, легко раздражались. Характерна была смена установок больного в течение нескольких десятков минут от горячего желания лечиться до стремления немедленно выписаться, и наоборот. Режим отделения, замкнутое пространство становились для них главным испытанием. Они охотно шли на сотрудничество с психологами, но, как правило, особой последовательности при этом не проявляли. В целом, при адекватной терапии и психокоррекции, гипертимные акцентуанты были способны давать хорошие по качеству и длительности ремиссии.

Еще одной особенностью подростковой наркомании является превалирование девушек среди суицидентов-аддиктов. Так, голландские исследователи сообщают, что суицидальные попытки встречались у одной из 3 девушек и одного из 5 мальчиков, злоупотреблявших наркотиками. Причем, наибольший суицидальный риск отмечается у полинаркоманов: у девушек, сочетающих тяжелые наркотики со снотворно-седативными препаратами [15].

В последние годы у нас в стране на черном рынке наркотиков стал появляться синтетический наркотик кустарного производства, выдаваемый за метадон. В связи с отсутствием официальных программ заместительной терапии метадоном в России «уличный» метадон стал позиционироваться среди наркопотребителей, в том числе и подростков, как «лекарство» от героиновой и иной опиоидной наркомании. Часть наркоманов, желая избавиться от героиновой зависимости, перешла на употребление метадона. Среди подростков отмечены случаи развития зависимости к метадоноу как первому опиоиду, т. к. существует миф, что это относительно безопасный и легкий наркотик, поскольку на Западе он используется для лечения наркомании. Кроме того [10], некоторые героиновые наркоманы целенаправленно переходят на метадон в связи с более высокой продолжительностью действия этого наркотика и возможностью более редкого употребления (1 раз в день или даже в 2-3 дня). Следует отметить, что сама по себе метадоновая зависимость развивается достаточно быстро, а абстинентный синдром, на фоне которого нередко возникают острые психотические состояния, характеризуется большой длительностью и непредсказуемостью. Согласно нашим наблюдениям, на уличный метадон переходят наркоманы со стажем (4-7 и более лет), желающие «уйти» от героина из-за высокой толерантности к нему, что требует многократных ежедневных высоких доз и оказывается крайне затратным. В последующем у большинства наркозависимых отмечается возврат к героину из-за необходимости купирования длительных (до месяца) проявлений метадонового абстинентного синдрома. Некоторые для этой цели прибегают к сильному синтетическому фентаниловому опиоиду, на сленге именуемому «крокодилом» (аналог «белого китайца»). В подростковом возрасте метадоновая наркомания встречается относительно редко.

В последние годы в ряде регионов Центральной России наркологи отмечают рост злоупотребления кустарными опиоидами, которые изготавливаются из обычного пищевого мака. Это связано с доступностью исходного продукта, его дешевизной по сравнению с героином. На настоящее время систе-

матических исследований данного феномена не проводилось.

Длительно текущая и начавшаяся в детском или раннем подростковом возрасте героиновая наркомания приводит к быстрому формированию апатоабулического синдрома [7]. Подросток постепенно, от госпитализации к госпитализации, становится все более безынициативным, меньше стремится к контакту с персоналом, соседями по палате; большую часть дня проводит в кровати. Свойственные ранее аффективные и поведенческие реакции теряют свою яркость и энергетику. Он слабо или практически не вовлекается в психотерапевтические мероприятия. Инструментальные функции интеллекта страдают больше, чем у взрослого, нарушается способность к абстрактному мышлению, снижаются показатели кратковременной памяти. Кроме того, как подчеркивает И.Н. Пятницкая [8], наркомания в детском и подростковом возрасте во многих случаях проявляется остановкой психического развития. Молодой человек обнаруживает те характеристики, ту степень зрелости, которая соответствует возрасту, когда началось злоупотребление.

В последнее десятилетие в подростковой среде растет число лиц, злоупотребляющих стимуляторами и галлюциногенами. Из стимуляторов, помимо «традиционных» препаратов эфедрина (в частности, эфедрона), чаще всего встречаются синтетические наркотики: амфетамин и его производные - «спиды» (от англ. speed – скорость), производные фенилпропаноламина (действующего вещества средства от насморка «Колдакт» и подобных), МДМА (3,4-метилendioксидиметамфетамин - «экстази») и близкие по химическому составу средства. Отмечается также рост потребления кокаина как интраназально вдыхаемого кокаина гидрохлорида, так и «крэка» – карбоната кокаина, который курят. Из галлюциногенов используются ЛСД, (чаще в виде т. н. «марок» - кусочков перфорированной бумаги, пропитанной раствором наркотика), галлюциногенные грибы, содержащие псилоцибин, а также холинолитик циклодол, средство для внутривенного наркоза кетамин (каллипсол) и фенциклидин. Важно, что прием «экстази» в высоких дозах (порядка 150 мг) вызывает не только стимулирующий эффект, но и расстройства сознания, схемы тела, нарушения восприятия со зрительными иллюзиями и галлюцинациями. Многие из этих наркотиков, наряду с препаратами конопли, принимаются на дискотеках, в молодежных клубах, поэтому на Западе они получили название – “party drugs” или “club drugs” - «наркотиков вечеринок», «клубные наркотики» [16]. Из них на первом месте по частоте использования находится «экстази». В Германии «экстази» вообще занял второе место после каннабиса по использованию в подростковой среде [20]. Для подростковой популяции характерно одновременное использование разных клубных наркотиков, что приводит к развитию полисубстантной зависимости [19].

Исходы потребления ПАВ в подростковом возрасте неоднозначны. Далеко не во всех случаях оно заканчивается формированием химической зависимости. Прогноз лучше при ранней алкоголизации и существенно хуже при употреблении наркотических веществ, причем, чем более наркогенным оказывается ПАВ, тем хуже прогноз. Тем не менее, по данным зарубежных авторов, до 20-30% детей прекращают потребление наркотиков без медицинской помощи [цит. 9]. Эти шансы уменьшаются не только наркогенностью ПАВ, но и интенсивностью потребления, длительностью периода наркотизации.

Многое в прогнозе зависит и от преморбидных особенностей личности, которые предрасполагали к началу потребления и к его продолжению. В целом можно говорить, что увеличивает благоприятный прогноз все то, что зеркально противоположно факторам развития химической зависимости.

Итак, очевидно, что особенности химической зависимости в подростковом возрасте имеют свои закономерности, клинические проявления и исходы. Существенно хуже изучены особенности поведенческих аддикций в подростковом возрасте. Все это делает актуальным выделение как отдельного направления детской и подростковой аддиктологии. В рамках этого направления с мультидисциплинарных позиций должны изучаться особенности зависимого поведения в детском и подростковом возрасте, разрабатываться специфические стратегии профилактики и лечения этих расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. Тимофеев Л.М. Наркобизнес. Начальная теория экономической отрасли. - СПб.: Медицинская пресса, 2001. - 272 с.
2. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний / Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2002, Т. 1. - С. 8-32.
3. Кошкина Е.А. Основные тенденции заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков России в 2004 году / Мат-лы XIV съезда психиатров России. - М.: Медпрактика, 2005. - С. 351.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. // Вопросы наркологии, 2007, № 6. - С. 54-65.
5. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - Л.: Медицина, 1991. - 304 с.
6. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний / Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2002. Т. 1. - С. 408-422.
7. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. и др. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних. - М.: НИИ Наркологии, 2000. - 16 с.
8. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. - Л.: Медицина, 1988. - 288 с.
9. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. - М.: Медицина, 2002. - 256 с.
10. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. - М.: Медицина, 2005. - 304 с.
11. Строганов Ю.А., Капаназе В.Г. Медико-психологические аспекты формирования психической зависимости у подростков / Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. - Л., 1978. - С. 56-61.
12. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - СПб: Лань, 2000. - 368 с.
13. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. - М.: Оптим Групп, 2003. - 87 с.
14. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л., Вострокнутов Н.В. и др. Девиация подро-

стков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. - М. 2001. - 48 с.

15. Gernefski N., De Wilde E.J. Addiction-risk behaviors and suicide attempts in adolescents // Journal of Adolescence. 1998 Apr. V. 21. N 2. P. 135-142.

16. Maxwell J.C. Party drugs: properties, prevalence, patterns, and problems // Subst. Use Misuse. 2005. V. 40. N 9-10. P. 1203-1240.

17. Melnik E.V., Bitenskiy V.S. Characteristic features of drug addiction in adolescents with behavioral disorders (follow-up study) // European Psychiatry. 1996. V. 11, Suppl. 4. P. 322s.

18. Pugatch D., Strong L.L., Has P., et al. Heroin use in adolescents and young adults admitted for drug detoxification // Journal of Substance Abuse. 2001 Oct. V. 13. N 3. P. 337-346.

19. Singer L.T., Linares T.J., Ntiri S. et al. Psychosocial profiles of older adolescent MDMA users // Drug Alcohol. Depend. 2004 Jun. V. 74. N 3. P. 245-252.

20. Soellner R. Club drug use in Germany // Subst. Use Misuse. 2005. V. 40. N 9-10. P. 1279-1293.

Ю.С. Шевченко

КЛЕПТОМАНИЯ: ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ²

**Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

Клептомания (греч. klepto – красть, mania – страсть, безумие) - патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление. Характерны неожиданность появления влечения, чрезвычайная аффективная напряженность, отсутствие признаков нарушенного сознания, каких-либо психических задержек. Клептоманические импульсы возникают на фоне тяжелой дисфории; по выполнении желаемого действия больной испытывает чувство удовлетворения, облегчения [3]. Данное определение касается ядерной, безусловно болезненной, психопатологически дифференцированной и достаточно ограниченной группы специфических расстройств поведения без учета их природы и динамики. Термин «клептомания» был впервые предложен французским психиатром С. Марс в 1840 г. [цит. 19], он отнес клептоманию к классу «инстинктивных мономаний». A.L.F. Foville и V. Magnan [цит. 20] объединили в одну группу «наследственных девиантов» больных с импульсивным и обсессивным воровством - клептоманией и клептофобией. Н. Плиский [13] еще в начале XX века фактически перечислил основные дифференциально-диагностические критерии болезненной клептомании, отличающие ее от непатологического воровства. К ним он относил следующие:

1 – отсутствие корыстного мотива похищения, машинальный, почти бессознательный характер совершаемой кражи, не сопровождающейся в этот момент ни угрызениями совести, ни малейшими опасениями;

2 – отсутствие заботы о сокрытии улик, привлекательность процесса

² Начало. Окончание см. в следующем выпуске.

распространяется на незаметное взятие и вынос вещи, которая потом специально не прячется и никак не используется;

3 – отсутствие предварительной подготовки и планирования похищения, вещи крадутся либо экспромтом всякий раз, как представится случай, либо периодически во время обострения влечения;

4 – редкость похищения разнородных предметов и краж из закрытых помещений со взломом;

5 – редкость случаев продажи похищенных вещей, за исключением ситуаций крайней нужды. Украденные вещи могут выбрасываться, припрятываться, подбрасываться владельцу, возвращаться узнававшему их хозяину с извинением и без заметной обиды за обличение.

Более 3/4 клептоманов, изученных Н. Плиским, были людьми богатыми, не испытывавшими материальных затруднений.

Согласно американской классификации DSM-IV-TR, клептомания относится к *расстройствам контроля над импульсами*, для которых характерны такие особенности поведения, как: **повторяемость, неадаптивность, первичность** (невключенность в структуру более общего психопатологического синдрома – бредового, галлюцинаторного и проч.), периодическая **неспособность противостоять побуждению** к совершению кражи, **наличие «продрома»** с напряженностью перед совершением поступка, **облегчение** после него [20]. Патологическое воровство (клептомания) в МКБ-10 [12] помещено в рубрику F63 – «Расстройства привычек и влечений» наряду с патологической склонностью к азартным играм, пироманий, трихотилломанией. При этом группирование указанных нарушений вместе обусловлено значительным описательным сходством, а не общностью этиологии или иных важных признаков. С одной стороны, эта группа могла бы быть расширена за счет чрезмерного употребления алкоголя и наркотиков (F10-F19), сексуальных девиаций (F65.-), расстройств поведения, связанных с приемом пищи (F50.-), на что указывают сами создатели МКБ-10. С другой – та же группа нуждается в уточнении, поскольку между привычкой (которая, как известно, может стать «второй натурой») и влечением (которое изначально спаяно с биологической природой человека) при всей их близости существуют качественные различия, принципиально значимые как для общей психопатологии, так и для судебной психиатрии и, безусловно, психотерапии.

Привычным воровством «stealing» в англоязычной литературе называют кражи ради краж, когда субъект получает удовлетворение от самого факта правонарушения или процесса похищения. К этому широкому толкованию краж с необычной мотивацией примыкает и понятие «патические кражи», при которых сам похититель не может осознать и объяснить цель правонарушения. Привычные кражи можно отнести к рискующему поведению (risk-taking behavior), которое некоторыми авторами рассматривается как разновидность аутоагрессии, ассоциированной с депрессивным состоянием. Истинная клептомания наблюдается у лиц психопатического склада и при психопатоподобных состояниях, сопровождающихся расстройствами настроения и жизни влечений [3]. *В то же время, можно предположить, что в случаях спаянности клептомании с личностными расстройствами, на что указывают многие авторы [20] имеет место разный этолого-психодинамический смысл и патофи-*

физиологический механизм феноменологически идентичного поведения. Так, у истероидной личности архаическое поведение носит во многом инфантильно-игровой характер и отражает функциональную незрелость корковой регуляции, тогда как у эпилептоида оно служит способом разрядки напряженно-дисфорического аффекта (по типу переадресованной агрессии), обусловленного расторможением подкорковых структур. У психастеника kleptomania – это смещенная активность, отражающая непрекращающуюся борьбу мотивов, обусловленных столкновением равносильных, но разнонаправленных подкорково-биологических и корково-личностных доминант.

Психический дизонтогенез на уровне характера и личности (как правило, сочетающийся с задержками или асинхронией развития других сфер) может быть обусловлен как наследственно-конституциональными и психогенно-воспитательными факторами, так и церебрально-органическими (на что указывают сведения о перинатальном повреждении ЦНС у большинства больных и наличие «органических» знаков в их психоневрологическом статусе), а также сочетанием указанных вредностей. В этой связи уместно сравнение kleptomania, возникающей в детском возрасте, с таким энцефалопатически-дизонтогенетическим (по В.В. Ковалеву [9]) расстройством, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Для последнего также характерна слабость импульсного контроля, что нередко сопровождается психопатоподобным поведением. В основе же СДВГ, как известно, лежит «минимальная мозговая дисфункция» наследственной и/или резидуально-органической природы.

К сожалению, имеет место существенный разрыв между обилием психолого-психопатологических исследований kleptomania и практическим отсутствием данных о нейропсихологическом статусе этих больных. Подтверждение предположения о наличии диснейроонтогенетических механизмов в развитии kleptomania (на что косвенно указывает ее чрезвычайно раннее начало, а также наличие «рассеянной резидуально-органической симптоматики» в неврологическом статусе) может поставить вопрос о включении в терапию и первичную профилактику данного расстройства методов нейропсихологической коррекции [10].

Здесь следует сразу же оговориться, что в данном контексте речь идет о первичной kleptomania, не входящей в структуру депрессивного или шизоаффективного расстройства, при которых kleptomania выступает в качестве психопатоподобного эквивалента (или маски) более общего (в частности, аффективного) нарушения. В то же время несомненный эмоциональный эффект воровства, как и любого рискованного поведения (будь то повреждающая аутоагрессия, булимия, химическая или психическая аддикция, занятия экстремальными видами спорта и пр.) очевиден. В этом смысле воровство, как этологический феномен, всегда изначально имеет адаптивный (защитно-приспособительный) смысл. Отсюда частота возникновения kleptоманического поведения на почве личностных (в том числе сексуально окрашенных) переживаний (дистимических, тревожно-фобических, депрессивных, смешанных) как болезненного, так и доболезненного уровня. Другое дело, что в силу архаичности такого способа адаптации (фиксация на котором затрудняет созревание и реализацию более зрелых и социализированных

механизмов психической саморегуляции) воровство может с течением времени не только утратить приспособительно-компенсаторный смысл, но само стать источником страданий, нарушить психический онтогенез, трансформироваться из психологического в условно-патологический и, наконец, в собственно психопатологический феномен.

Б.В. Шостакович и С.А. Потапов [19] считают неоправданным сравнение действий клептомана с инстинктивной деятельностью (постройкой гнезд) животных и птиц на том основании, что ни у животных, ни у человека, якобы, нет инстинкта, который бы объяснил присвоение чужого. В то же время современные данные этологии говорят об обратном. Более того, воровство – не единственный способ присвоения чужого, который был наработан в процессе эволюции живых существ и который в изначально инстинктивном или рационально закамуфлированном виде сохранился у человека.

В.Р. Дольник [5] указывает на то, что почти все виды общественных животных имеют **шесть врожденных программ заполоучения чужого добра**. Первая – *захват* и удержание самого источника благ (богатого кормом места, цветущего дерева, плодоносящего растения, стада малоподвижных животных, трупа, источника воды и т. п.). Захваченное добро удерживается силой, а все менее сильные претенденты прогоняются (в одиночку или с помощью группы «соратников»). У человека подобная программа проявляется еще в раннем детстве. Ее демократизированная форма реализуется в «праве первого», поддерживаемом силой закона. Поскольку, как правило, удержать за собой источник благ способна сильная особь, постольку для посторонних сам факт обладания им (лимузином, особняком, самолетом, землей) – признак силы и власти. В этом смысле уместно вспомнить выражение: «Власть денег» или поэтическую характеристику: «Богат и славен Кочубей, его поля необозримы».

Вторая – *ограбление*, т. е. отнятие чужой собственности силой, пользуясь своим физическим превосходством. Дети начинают грабить раньше, чем говорить. Отнятие у более слабых пищи, игрушек, денег, осуществляемое в одиночку либо в группе, может стать стилем жизни (клептопаразитизмом), присущим как некоторым видам животных, так и целым народам, известным в истории человечества. Подростковые группы, состоящие из лиц с несформированной или утраченной способностью испытывать сострадание к другим людям (что особенно легко происходит в условиях неумышленного, а тем более целенаправленного культивирования жестокости, преподносимой как проявление мужественности), легко становятся бандами, объединяющими «братьев-разбойников», грабящих и чужих, и своих. При этом грабеж мотивируется не только инстинктом обогащения (реализуемого более быстро и легко, чем с помощью упорного труда), но и врожденно-социальной потребностью в инициации, т. е. посвящении в ранг «взрослого». Притом не просто взрослого, а в представителя верхней части иерархической пирамиды – «разбойника», «воина», «пирата», «крутого», который живет согласно специфической морали сам по себе и для себя, не подчиняясь законам «толпы».

Третья – *отбирание* добра и благ в виде «дани», «оброка» у стоящих ниже рангом без стычки, «по праву» доминирования. Отнятие как один из способов утверждения иерархии происходит у общественных видов постоянно, хотя бы в символической форме. У обезьян подчиненные особи не только

безропотно отдают все, что заинтересует доминанта, но и добровольно, упреждая его гнев, по принципу «каждый сам ему приносит и спасибо говорит». При этом не всегда ясно, дань это или подарок. Даритель, обозначая свое подчиненное положение, успокаивает доминанта на предмет стабильности иерархической лестницы, освобождая от необходимости иным способом демонстрировать собственное превосходство и в то же время запечатлевает в сознании «владыки» свой образ, спаянный с положительными эмоциями на случай, если будет нуждаться в его защите, покровительстве или снисхождении. Как говорится: «Не подмажешь – не поедешь». Передача добра снизу вверх по иерархической пирамиде для людей «естественна» в том смысле, что имеет хорошо отлаженную инстинктивную программу. Дарение подарков для установления и укрепления дружеских отношений – универсальная для всех народов форма поведения [21]. В то же время дарение другу подарка, превышающего по своей ценности возможности последнего для «встречного» дара, воспринимается как демонстрация превосходства (см. первую программу), что может вместо положительных эмоций вызвать отрицательные и агрессию. История знает случаи, когда вассалы впадали в немилость к владыкам после такой «бескорыстной» демонстрации своих богатств и даже погибали из-за невольного нарушения социально-инстинктивного поведения. Рассматриваемая программа реализуется в разного рода традициях и ритуалах: подношения деспоту, «подарки» начальнику, лакомый кусок «хозяину», дарение уважаемому гостю вещи, которую тот похвалил, и проч.

Четвертая – *похищение* чужой собственности. Воровство принципиально отличается от грабежа тем, что его совершает особь, стоящая рангом ниже обворованной. Поэтому воруют животные тайно, применяя разного рода уловки, стаив, убегают и прячут или съедают незаметно, поскольку запущенная программа воровства сразу же предупреждает о запрете: попадешься – побьют. У обезьян из-за жесткой иерархии воровство процветает. Человеческая демократия сама по себе не нейтрализует этот «звериный инстинкт». В этом смысле принципиальный отказ от физического наказания за воровство работает против врожденного страха быть пойманным и побитым, что требует нахождения равнозначного альтернативного воздействия.

Пятая – *попрошайничество*, распространенное у всех видов животных, в чем можно легко убедиться, посетив зоопарк. Принимая позу, имитирующую позу детеныша, выпрашивающего корм, попрошайка воздействует на родительский инстинкт окружающих, вызывают у них чувство жалости, побуждая к альтруистическому поведению (подаванию, допуску к месту кормления). Попрошайничество всегда адресовано вверх: обращено к владельцу источника благ, либо к более сильной особи, либо к равному по рангу. Естественно, что попрошайничают в основном обезьяны, находящиеся на низких этапах иерархии. Особенно выделяется попрошайничество детенышей, а также самок, если их подкармливают самцы. У человека попрошайничество развито еще сильнее, чем у обезьян: мы все время что-нибудь просим или вынуждены просить. При этом произвольно утрированное инстинктивное поведение проявляется в «двуручничанье», т. е. протягивании обеих просящих рук, вопреки неписанному правилу, что вызывает недоверие у потенциальных дарителей и возмущение у конкурентов. Нежелание даже из соображений материальных

или иных выгод унизиться в глазах окружающих проявляется в том, что некоторым людям гораздо проще просить за других, чем за самих себя.

Шестая врожденная программа заполучения чужого добра представляет собой *обмен*. Он развит у обезьян и некоторых врановых. Меняются животные одного ранга. При этом у них обмен всегда обманный, использующий очень хитрые программы, как обдурить партнера, подсунуть ему не то, захватить оба предмета, которыми начали меняться и т. п. У людей эта подсознательная сторона обмена – обязательная выгода – также развита. Достаточно вспомнить известные выражения: «Не обманешь – не продашь», «На рынке два дурака – кто продает и кто покупает», «Они делают вид, что нам платят, мы – что работаем». При этом, поскольку иерархические позиции в ситуации обмена примерно равные (или независимые друг от друга), а оба его участника вступают в сделку добровольно, эмоциональная сторона реализации данной программы наиболее комфортна. Каждый в момент обмена считает, что его выгода больше, чем у другого. Поэтому с готовностью вест-индийский абориген меняет золотой слиток на украшение из обычного стекла, Эллочка-людоедка – старинный стул на чайное ситечко, а Дениска Кораблев – новый игрушечный автомобиль на светлячка (который «живой и светится»). Кстати, попытка взрослого отобрать у малыша хрупкую или опасную вещь может вызвать бурный протест, поскольку инстинктивно воспринимается как грабеж, в то время как предложение обменять ее на любую безделицу (лист бумаги, цветной мелок и т. п.), как правило, достигает цели. Порой бывает трудно определить, что руководит бесчестным торговцем, работодателем или бухгалтером – обдуманные экономические соображения или архаический инстинкт присвоения чужого. Удовольствие от реализации врожденной программы обмена явно обнаруживается у восточных торговцев, заведомо завышающих цену на свой товар и с готовностью снижающих ее в несколько раз во время торга. Более того, богатый иностранец, сразу заплативший первоначальную цену, воспринимается ими как «глупый». Азарт биржевого игрока имеет ту же природу. Честный взаимовыгодный обмен – позднее достижение разума, борющегося с мошенничеством инстинктивной программы [5].

Программа воровства есть у многих животных, как собирателей, присваивающих себе то, что «плохо лежит», так и хищников, отнимающих добычу у другого [5]. Этот инстинкт этологи называют «клептоманией», не вкладывая в данный термин никакого психопатологического смысла. В ряде случаев на основе врожденной воровской программы развивается особый образ жизни – клептопаразитизм, филогенетический прообраз рэкета. Так, некоторые виды поморников являются подлинными клептопаразитами. Поморник терпеливо ждет, когда какая-нибудь другая птица поймает рыбу, а затем преследует ее, пока не отнимет. В трудных условиях инстинктивная программа воровства помогает выжить, особенно если животное в своей группе оказалось на дне иерархической пирамиды и его к пище не подпускают более сильные сородичи. У сытого же животного воровство проявляется в форме игры. Живущие в достатке вороны городских пригородов могут подолгу крутиться вокруг собаки, пока не украдут из-под носа припрятанную той кость. При этом воровской «азарт» оказывается сильнее реальной опасности пострадать от своих действий. Ручные вороны крадут и прячут

буквально все у всех, реализуя свою врожденную программу, можно сказать, из чисто спортивного интереса [5]. Выражение «сорока-воровка» стало нарицательным. Поговорка: «Охоча сорока до находки» подчеркивает субъективно приятный эмоциональный компонент самого процесса воровства. В некоторых курсантских училищах бескорыстное похищение друг у друга ремней и пилоток является традиционным игровым поведением.

Детское воровство, отмечающееся у совсем маленьких детей (в том числе и из абсолютно обеспеченных семей), также носит характер игры, реализующей инстинктивную программу, и не имеет, как правило, никакого отношения ни к истинному воровству в социально-юридическом смысле, ни к kleptomании в смысле психопатологическом. Психически здоровые дети нередко крадут блестящие, красивые вещи, сладости, деньги для получения удовольствия, ради престижа, а также из зависти к их обладателям, либо из стремления отомстить обидчику.

Наслаждение, приносимое самим процессом присвоения с помощью похищения и сознанием того, что данное «плохое» поведение преодолевает установленные обществом общие для всех стандарты приспособительной адаптации, уходит корнями к филогенетически обусловленному поведению собирательства, с одной стороны, и агрессивно-иерархическому поведению, с другой, поскольку успешность социальной экспансии приводит к повышению социального статуса. Беря исключительное право вести себя не как все, субъект в собственных глазах превращается из «быка» в «Юпитера», согласно известному крылатому выражению: «*Quod licet Jovi, non licet bovi*». Иными словами, воровство как этологический феномен замыкается и на биологической, и на социальной сущности человека.

Двойственная филогенетическая природа kleptomанического поведения, возможно, объясняет современные гендерные различия его субъективного смысла и динамики. Женщины, оставшиеся в эволюции «собираательницами», в большей степени мотивируются самим процессом присвоения, тимолептически-транквилизирующий эмоциогенный компонент которого позволяет справиться с депрессией, тогда как переживания по поводу асоциальности воровства заставляют многих женщин обращаться к врачу. Мужчины же, приобретшие в процессе эволюции статус «охотников» и использовавшие охотничьи навыки в борьбе за иерархический статус в традиционно-патриархальной организации человеческого общества, тяготеют к стимулирующе-атарактическому, экспансивно-агрессивному способу психической саморегуляции. Отсюда их меньшая, по сравнению с женщинами, социабельность и редкость обращения за помощью. Их воровство больше напоминает экстремальные виды спорта и тяготеет к антисоциальному и агрессивно-деструктивному полюсу психопатологии, в частности, такой типично «мужской» девиации, как пиромания, тогда как фемининное воровство коморбидно тревожно-депрессивным нарушениям и аутоагрессивному поведению типа трихотилломании и нервной анорексии – преимущественно «женским» заболеваниям. Отмеченные клинико-этологические различия предполагают необходимость дифференцированного подхода к медикаментозному и психотерапевтическому лечению kleptomании у мужчин и женщин.

С другой стороны, наложение изначально непатологического, осознан-

но-произвольного поведения в форме корыстного воровства на врожденно-инстинктивную, этологическую модель создает предпосылку к особенно легкому и быстрому формированию и фиксации клептомании и приобретению ею качества аддитивного расстройства аналогично тому, как это происходит при некоторых вариантах трихотилломании, возникших на базе произвольных гигиенических или ритуальных актов [17].

В то же время, даже противники инстинктивной природы воровства [19] вслед за La Cassaque (1896) и W. Stekel (1908) указывают на порой имеющий место сексуальный оттенок болезненных краж [цит. 3], связывая их с подсознательным запечатлением первого яркого сексуального опыта по механизму импринтинга (т. е. по одному из известных этологических механизмов). Термин «клептолагния» (*lagneia* – греч. похоть, сладострастие) предложен G.C. Kiernan [цит. 3] для обозначения кражи, связанной с переживанием сексуальной неудовлетворенности. Достижение сексуального удовлетворения происходит за счет того, что чувство страха и тревоги, возникающее при совершении кражи, стимулирует недостающие импульсы. Так, больная клептоманией признается, что испытывает оргазм в момент, когда ее хватают за руку охранники супермаркета, уличившие в плохо скрываемом хищении ненужных ей продуктов. Диагностическими критериями клептомании указанного типа являются следующие: А – два или более случаев воровства без видимых мотивов или выгоды для индивидуума или другого лица; Б – индивидуум описывает сильное влечение к воровству с чувством напряженности перед совершением поступка и облегчением после него.

Клептоманию как синдром-болезнь следует дифференцировать с импульсивным либо планируемым и отчетливо мотивируемым поведением в рамках более общего, текущего психического заболевания, с органическим психическим расстройством, сопровождающимся нарушением памяти и снижением интеллекта, с психопатоподобным поведением в рамках депрессивного расстройства.

Можно предположить, что компенсаторный характер кражи на фоне депрессии заключается в саморегуляции психического тонуса на уровне «аффективной экспансии» [11]. В этих случаях больной испытывает страх и одновременно азарт его преодоления, тогда как при недепрессивной клептомании – лишь неодолимое влечение к совершению кражи. Здесь компенсаторный механизм иного рода – не повышение психического тонуса, а снятие напряжения. Поведение таких клептоманов порой напоминает действия лунатиков, настолько их сознание представляется суженным. Депрессивное воровство можно заменить экспансивным поведением иного рода, тогда как первично инстинктивная клептомания имеет более жесткие релизерные связи, обусловленные импринтингом ключевых стимулов; первое нуждается в терапии стимулирующими антидепрессантами, вторая – релаксирующими нейролептиками и транквилизаторами.

Впрочем, это касается крайних вариантов рассматриваемых расстройств и начальных форм их существования. Существуют переходные формы и универсально направленная динамика с постепенным приобретением клептоманическим поведением качества импульсивного влечения. Между непатологическим и патологическим поведением возможно наличие переходных феноменов: ситуативно обусловленное, реактивно возникшее воровство

– эпизоды воровства, повторяющиеся по все менее актуальным поводам, – привычное (условно патологическое) воровство – воровство как патологическая привычка – психопатологический синдром клептомании в форме навязчивого или неодолимого влечения.

Б.В. Шостакович, С.А. Потапов [19] обращают внимание на то, что одним из свойств расстройства влечений является прогрессирующее развитие, проявляющееся в том, что полученное удовольствие закрепляется в психике человека и требует повторения. Подобно наркоману, клептоман должен повторять свои действия, чтобы иметь эмоциональную разрядку. При этом патологические кражи становятся все более частыми, дерзкими, пока клептоман не задерживается и не привлекается к уголовной ответственности. Но и после отбывания наказания сохраняется очень высокий риск рецидива.

Описывая патологическое воровство в общем контексте зависимого поведения, Б.В. Шостакович и О.В. Леонова [20] подразделяют его на собственно клептоманию (*первично-дизонтогенетическое поведенческое расстройство, в понимании В.В. Ковалева*) и клептоманическую аддикцию, сформировавшуюся вторично на почве изначально корыстного (делинквентного) воровства, доставившего правонарушителю чрезвычайное удовольствие. Последнее запечатлевается в памяти по механизму импринтинга, что служит основой стремления достигнуть подобного эффекта (в виде смены психического напряжения и острого чувства страха состоянием облегчения и успокоения, экстатического триумфа, ощущением прилива бодрости) во время последующих «бескорыстных», но углубляющихся по степени риска краж. Последнее указывает на возникновение абстинентного компонента данной нехимической аддикции. Как и при других формах аддикции, здесь прослеживается известная патопсихологическая динамика в виде последовательных сдвигов «мотива на цель», а «цели на условие» [7], наиболее четко представленная в тех случаях, когда в качестве основного условия улучшения качества собственной жизни человек видит обогащение, а в качестве оптимального способа достижения этого избирает незаконное присвоение чужого. При этом каждый успешный акт воровства сопровождается положительными эмоциями по поводу того, что удалось обогатиться и избежать наказания. Будучи изначально ведущим, корыстный мотив в иерархии мотивов какое-то время конкурирует, а затем сменяется гедонистической или атарактической мотивацией [20]. Легкость возникновения данной динамики нами видится в наложении произвольного делинквентного поведения на врожденные этологические механизмы, замыкающем психодинамическую цепь: инстинкт – привычка – влечение [17]. Это указывает на общность патогенетических механизмов, лежащих в основе как клептоманических, так и делинквентных краж [20].

Авторы выделяют несколько этапов в формировании клептоманической зависимости на базе корыстного воровства. Первый – инициальный этап развития зависимости характеризуется присоединением к данному типу делинквентного поведения «эмоционального паттерна» с трехфазной динамикой: нарастающее напряжение перед совершением кражи; резкий подъем настроения сразу после завладения предметом (с пиком в момент минования опасности быть замеченным); последствие – своеобразная аффективно-вегетативная разрядка и стабилизация настроения. «Психотропный эффект»

криминального действия (стимулирующий, эйфоризирующий, транквилизирующий) включает деликт в поведенческий репертуар эмоциональной саморегуляции, поскольку позволяет переживать не только азарт, триумф и комфорт, но и целую палитру состояний в самых различных оттенках и комбинациях. При этом на инициальном этапе формирующейся зависимости кражи совершаются именно ради получения экстатического удовольствия (сравнимого с «приходом» при наркомании). На последующих этапах приоритет отдается третьей фазе «эмоционального паттерна» - избавление от первоначально тягостно-пониженного аффективного фона. В отличие от «первичных» kleptomанов у лиц с изначально корыстным воровством стыда и раскаяния по поводу совершенного деликта не возникает, субъективное удовольствие полученное во время кражи подкрепляется материальной выгодой и поощрением со стороны референтной группы, что способствует превращению воровства в привычную форму поведения (как у Шуры Балаганова из «Золотого тельца» И. Ильфа и Е. Петрова), т. е. его встраиванию в структуру индивидуальных потребностей. Последние, как известно, даже без дополнительной провокации периодически актуализируются по пейсмекерным механизмам. В межделиктные периоды у многих отмечаются приятно окрашенные реминисценции и фантазии на тему богатства или просто воровства, что отражает субъективное смысловое единство «полезного с приятным». Это может придавать процессу воровства некий налет артистизма, вносить в него компонент своеобразной «творческой самореализации» и давать основание смотреть свысока на «законопослушную толпу».

Первый период развития аддикции у «делинквентных» пациентов значительно укорочен, т. к. разворачивается в группе несовершеннолетних асоциальных подростков, провоцирующих на повторные правонарушения. Сохраняющаяся способность к произвольной регуляции поведения, неглубокий уровень эмоциональных нарушений, привычный (некомпульсивный) характер краж, наличие способности к эмоциональной саморегуляции с помощью широкого спектра альтернативных форм поведения позволяет расценивать поведение на данном этапе как непатологическую форму девиации [20]. В то же время социально приемлемые способы получения удовольствия оказываются неконкурентоспособными в силу их «трудоемкости» и «несиюминутности», высшие потребности не формируются, а личностный рост замедляется и искажается.

Второй этап развития зависимости – этап обсессивного влечения характеризуется формированием аддиктивного ритма с появлением навязчивого влечения к совершению краж, прогнозированием субъектом психологического и физиологического эффекта от реализуемой активности (достижение которого доминирует над корыстной мотивацией вплоть до дезактуализации последней), постепенным притуплением этого (гедонического или атарактического) эффекта по мере привыкания и возрастающей толерантности. На этом этапе поведение «делинквентных» и «первичных» kleptomанов во многом идентично. Однако у вторых более выражена борьба мотивов, беспокойство, тревога, стремление отказаться от своих намерений, заменить воровство другими способами повысить настроение, избавиться от скуки, взбодриться – «получить адреналин». Для них характерны попытки «переключиться» на азартные игры, виртуальное общение в Интернете, употребление психоак-

тивных веществ (ПАВ), фантазийную или реальную (промискуитет) сексуальную активность. На этом этапе у первичных kleptomанов нередко формируется «моноклептизм» - предпочтение какого-либо одного вида кражи, появляются серийность и сезонность в реализации патологического поведения.

У пациентов с первично делинквентным воровством отмечалась стремительная прогрессивность формирования аддиктивного поведения. Этому способствовало быстро возникающее снижение психологического эффекта от криминального действия в связи с чем для его усиления кражи совершались в состоянии алкогольного опьянения, учащались вплоть до ежедневных многократных эксцессов. При этом в самой структуре серии повторяющихся краж обсессивное качество влечения (часто ограничивающееся лишь конкурирующими мыслями о том «как бы не поймали») быстро сменялось компульсивным, когда прогнозируемый эмоциональный эффект не наступал, что аналогично утрате количественного контроля при синдроме зависимости от ПАВ. «Светлые» промежутки между сериями краж сокращались. В отличие от первичных kleptomанов, воровующих исключительно в одиночку, кражи на втором этапе динамики аддиктивного воровства совершались как в группе, так и единолично, часто спонтанно, ситуативно, без предварительного планирования и принятия мер предосторожности.

В период формирования аддиктивного ритма реализуется поисковая заместительная активность, ограничивающаяся в силу нахождения делинквентных kleptomанов в асоциальной среде иными формами криминального поведения. В периоды вынужденного воздержания от краж пациенты этой группы прибегают к употреблению высоких доз алкоголя, «тяжелых» наркотиков (героина, первитина, галлюциногенов), к токсикомании, к деструктивным поступкам, вандализму, участию в драках, зооцидным действиям, поджогам, к нанесению самоповреждений в качестве «заместительной активности».

Третий, компульсивный этап развития зависимости характеризуется сменой обсессивного влечения неодолимым. Для этого этапа характерен субъективный приоритет третьей фазы эмоционального паттерна при объективном сокращении или редукции первых двух, встраивание в базисные структуры личности модели криминального поведения и начало использования этой модели в других обстоятельствах. Имеет место тенденция к переходу к новым формам зависимого поведения взамен основной. В обеих группах это выражается формированием новых синдромов расстройств влечений (в группе первичной kleptomании) или иных форм зависимого поведения (в делинквентной группе). Например, kleptomания заменяется расстройством сексуального предпочтения или химической аддикцией.

Структура эмоциональной фазности сохраняется, но по мере повторения краж наблюдаются нарушения апперцепции и заметное субъективное притупление «остроты» не только эмоциональных, но и вегетативных ощущений. Сокращение эффекта последствия (3-я фаза) порождает учащение краж. «Светлые» промежутки между сериями краж заполняются дополнительной активностью, также приобретающей аддиктивный характер. Кражи совершаются без выраженной борьбы мотивов, осуществляются порой в состоянии аффективно суженного сознания, не сопровождаясь заботой о сокрытии улик. Межделиктный период в группе kleptomаний характеризует углубление аф-

фективных колебаний, усугубление имеющихся патохарактерологических черт, усиление раздражительности, появление отгороженности, нелюдимости, утрата прежних интересов в случаях, если они никак не связаны с воровством (например, интерес к одежде при фетишистских кражах).

В ряде случаев имеет место превращение компульсивного влечения в привычное поведение, спаянное с личностью и сопровождающееся рационализацией, совершением краж из мести, от обиды, присоединение к клептомании краж из корыстных побуждений.

Т. о., происходит сближение изначально дифференцированных клинических групп и их соответствие определению истинного нарушения влечений.

Четвертый этап динамики пациентов с первично клептоманическим и первично корыстным воровством определяется патологическим развитием личности регрессивно-асоциального типа. Избыточная аддиктивная активность становится стилем жизни и основным типом реагирования на самые разнообразные стимулы. Влечение рационализируется и перестает быть субъективно тягостным, теряет напряженность и утрачивает эго-дистонический характер. Кражи совершаются и по корыстным и по иным мотивам, сосуществуют с другими видами аддиктивного поведения. Воровство становится «любимой работой», когда процесс заведомо важнее результата, приобретает сверхценно-ритуализированный и символически-игровой характер, заполняет, наряду с другими формами аддиктивной активности, все время и все мысли пациентов, порой реализуется «просто так», «автоматически», «по привычке».

Иными словами, влечение, сформировавшееся на базе инстинкта, превращается в привычку, т. е. такую сформировавшуюся форму поведения, которая при определенных условиях выступает как потребность. Зависимое поведение как при первичной клептомании, так и при делинквентном воровстве, развиваясь на основе различных психических расстройств, приобретает самостоятельную, автономную динамику, не всегда совпадающую с динамикой основного психического нарушения [20].

С.Н. Майорова

ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПАРАДОКСЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ НАЧАЛА ХХІ ВЕКА

Государственный НИИ семьи и воспитания (Москва).

Воспитание как социальная система является реальностью, локализованной во времени и пространстве. Оно обладает специфическими характеристиками, есть основания говорить о культурно-историческом типе воспитания, например, о российской воспитательной системе начала ХХІ века. Возможно охарактеризовать некоторые противоречия развития этой системы сегодня, состоящие в соединении несовместимого, или того, что современная социология обозначает термином «кентавризация».

Термин **кентавр-проблема**, по мнению Ж.Т. Тощенко³, позволяет охватить единым понятием разнообразный класс процессов и явлений, встречаю-

³Тощенко Ж.Т. Кентавр-проблема в познании и преобразующей деятельности человека // Социол. исслед. - 2005. - № 6. - С. 4-7.

щийся в познавательной и преобразующей деятельности человека. В российской реальности ученые-социологи обнаруживают сочетание несочетаемого, выражающегося в кентавр-явлениях, кентавр-процессах, кентавр-образах, кентавр-личностях. У многих людей на уровне восприятия новых реалий происходит их смешение; на этой основе происходит создание кентавристических образований, которые трудно поддаются логическому объяснению.

Парадоксы развития современных воспитательных систем, по нашему мнению, относятся к кентавр-процессам. Например, люди видят нечто объединяющее взаимоисключающие позиции в советском и современном воспитании, в отечественном и зарубежном, в религиозном и светском и произвольно соединяют несоединимое, дополняют их тем, что считают рациональным, значимым, важным в своей реальной жизненной ситуации. На этой основе и получается кентавр-процесс, который можно охарактеризовать через поиск общих (и значимых) противоречий (парадоксов) в области общественного и семейного воспитания.

Первое противоречие состоит в том, что само понятие воспитания сузилось до пространства детского и юношеского периода. Никто из теоретиков не опроверг идеи о возможностях воспитания (самовоспитания, перевоспитания) взрослого человека, однако внимание современных ученых, теоретиков и методистов сконцентрировано именно на группах этих возрастных периодов при преобладании детского.

В российском обществе одновременно уживаются два противоположных явления - детоцентризм и инфантицид. Это второе противоречие. Забота о подрастающем поколении, о детях провозглашается приоритетом государственной политики, т. е. мы наблюдаем своеобразный детоцентризм на макроуровне. Все чаще только ребенок становится цементирующим элементом для современной российской семьи. Зарубежные исследования также констатируют все увеличивающуюся концентрацию семьи на ребенке в развитых странах⁴. С другой стороны, расцветают и частично оправдываются объективными (чаще всего экономическими) трансформациями общества и реальные детоубийства младенцев, и насилие над маленькими детьми. Мы полагаем, что к своеобразным проявлениям инфантицида можно отнести и сексуальную эксплуатацию юных, принуждение их к попрошайничеству и нищенствованию, киднеппинг, терроризм в детских учреждениях (трагедия в Беслане, 2005). Ужасают масштабы социального сиротства.

Детоцентризм интерпретировался долгие годы как исключительно позитивное явление общества⁵, однако сегодня мы можем применить и термин «негативный детоцентризм». В России снижается рождаемость, и возрастает количество семей с одним ребенком. В однодетных семьях на единственном ребенке концентрируются силы, внимание, ожидания всех поколений. В этой характеристике наблюдается схожесть российской семьи с современными западноевропейскими моделями. В Германии, Франции, Испании доля однодетных родителей среди коренного населения достигает до 70%. Интенсивное соучастие родителей в процессе взросления ребенка имеет определенное по-

⁴ Fend H. Sozialgeschichte des Aufwachsens. Frankfurt am Main. 1988.

⁵ Дармодехин С.В. Государственная семейная политика: Проблемы теории и практики. - М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 1998. - 47 с.

следствие в семейной воспитательной системе - стремление родителей «привязать» к себе ребенка прочно и надолго. В свою очередь, дети пытаются освободиться от столь тесных уз, и в этом противоречии многие современные социологи склонны видеть причину усложнения отношений между родителями и детьми в семье, а также разводов супругов в зрелом возрасте в период ухода выросших детей из родительской семьи – «кризис пустого гнезда»⁶.

Третий парадокс видится в одновременном функционировании представления о детях как об экономически выгодном или невыгодном приобретении и соответствующих воспитательных стратегиях в различных группах семей. Мы предлагаем гипотезу, которая нуждается в дополнительной проработке и доказательствах, о функционировании различных представлений о ценности детей в зависимости от социально-экономического статуса россиян.

В далеком прошлом детей рассматривали как ценность общественную (защитников-воинов) и семейную (своеобразный вклад в будущее благоденствие, когда за выросшего ребенка в различных культурах отдавали выкуп, калым или когда ожидалось от выросшего ребенка обеспечение старости родителей). Экономический фактор, имевший в прошлом большое значение для определения ценности детей для их родителей, не утратил свое значение в современном российском обществе. Для России остается значимым фактор ценности ребенка как социального страхования родителей в старости и дополнительной рабочей силы. На наш взгляд, это представление функционирует в общественном сознании малообеспеченных слоев – «дети - дорогое удовольствие, но необходимая основа будущей жизни старшего поколения».

Противоречия нарастают и в связи с еще одним социальным фактом. Мы можем утверждать, что возникла, правда, пока в ограниченном сегменте общества, квазикультура бездетного общества. Появляются инфантильные зрелые люди, которые в поведении, в следовании моде, в проведении досуга все в большей мере предпочитают подростковый стиль (непосредственность, игнорирование хороших манер, посещение молодежных мероприятий, неадекватная одежда и т. п.). В качестве фактора инфантилизации взрослых ученые склонны считать рекламу, представляющую обществу образ взрослого потребителя как платежеспособного, избалованного, капризного ребенка.

В российском обществе уже не вызывает массового неприятия распространение сознательного отказа от родительства, мотивированное амбициями в профессиональной сфере или материальном благополучии – «дети - слишком дорогое удовольствие, обуза, ухудшающая качество жизни». Такая позиция распространяется прежде всего среди молодежной группы и жителей мегаполисов. По данным Левада-Центра, абсолютное большинство респондентов в возрасте 18-24 лет считает самыми важными в молодости карьеру и работу (56%), и только четвертая часть – семью и детей (24%). Москва – это, возможно, единственное место в России, в котором жизнь в свое удовольствие пользуется бóльшим признанием, чем создание семьи и рождение детей (29%-26%)⁷.

⁶ Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1996. - 304 с.

⁷ Аналитический Центр Юрия Левады (Левада-Центр). Репрезентативный опрос 1600 россиян в возрасте 18 лет и старше в 128 населенных пунктах 46 регионов страны. 19-22 мая 2006 года <http://www.levada.ru/press/2006070501.html>

В то же время дети становятся элементом статуса, доказательством обеспеченности и стабильности жизни определенных страт: экономической элиты, известных людей, публичных политиков и т. п. Богатому человеку не просто возможно, но и престижно иметь много детей. Мы провели анализ наличия детей у 100 самых богатых людей России (по версии журнала «Форбс») ⁸. Одно-двух детей имеют в основном представители этой группы старшего возраста (за 50 лет); среднее количество детей в группе репродуктивного возраста – 2,8 детей. Богатые мужчины в интервью открыто говорят и о внебрачных детях, при этом подчеркивается собственная состоятельность – *«я в состоянии обеспечить им достойное детство»*.

Следующий парадокс назовем «Стратифицированное детство современной России». Представляются весьма спорными суждения социологов о детях и детстве как некоем целостном элементе общества, нельзя согласиться, что в своем общественном положении дети относительно одинаковы до 10-12 лет и только затем, с увеличением возраста, становятся «разными». До недавнего прошлого дети в нашей стране провозглашались привилегированным классом, что было одновременно и идеологемой, и средством указания на однородность данной группы. Идиома «два мира - два детства» применялась в советские времена для противопоставления западного и социалистического обществ. Сегодня мы имеем несколько четко очерченных «территорий детства». Новые тенденции социального неравенства раннего детства связаны, на наш взгляд, с поселенческим (мегаполисы – провинция – деревня) и с экономическим (богатые-бедные) факторами. Проявления данной стратификации кристаллизуются, например, в процессе дошкольного образования, когда происходят отбор и сегрегация детей на основании обеспеченности их семей. В свою очередь эта стратификация поддерживает развитие неправовых социальных практик в сфере детства: психологическое тестирование, экзамены при приеме детей в 1 класс и, как вынужденная необходимость, следствие из первых двух, частная подготовка к школе и в процессе школьного обучения – элемент «серой» экономики России. В этом сегменте, по нашим подсчетам, ежегодно «крутится» до 1 млрд. неучтенных долларов США.

Социализационные семейные технологии в изменяющейся России содержат в себе противоречивый комплекс архетипов и инноваций. Так, именно традициями, архетипами во многом определяется раннее детство. По нашим данным, пока еще стабильны функционирующие в обществе: приметы, связанные с полом и развитием новорожденного ребенка, организация повседневной жизни младенцев и грудных детей, игры и игрушки в раннем детстве. Никакая модернизация не меняет устои формирования гендерной идентичности девочек, организации учебного процесса в семье. Остаются традиционными роли взрослых членов семьи. В большей части российских семей воспитанием детей занимается главным образом мать (в полных - 53%, в неполных - 69%). Лишь в каждой пятой полной семье (21%) оба родителя уделяют воспитанию детей одинаковое внимание. Отец проводит с детьми больше всех времени в семьях лишь 7% опрошенных, бабушка – 12%, дедушка - менее чем 1%; 2% респондентов в основном воспитывались другими

⁸ <http://www.day.az>

родственниками⁹. При этом трансформируется бюджет времени ребенка-дошкольника (за счет сужения игрового пространства и заполнения этой ниши средствами массовой коммуникации и предшкольным образованием), меняется форма организации учебного пространства вне дома.

Обнаружено противоречие между провозглашенными принципами гуманизации в отношении к детству как социальному феномену и распространением все более раннего педагогического насилия. Родители из страха перед будущим заставляют ребенка осуществлять идеальные и зачастую нереальные планы, чтобы он во всем соответствовал представлениям взрослого мира.

В российских семьях спокойно взаимодействуют родители, «бабушки» и наемные воспитатели; причудливо соединяются воспитательные консервативные методы родительского «кнута и пряника», модернистские идеи эгалитаризма в семье, возрожденные отношения маленького барчука и бесправной гувернантки. Треть опрошенных россиян (33%) согласилась с мнением, что участие бабушек и дедушек в воспитании подрастающего поколения должно быть максимально возможным¹⁰. Тем не менее, распространяется практика приглашения к детям нянь и гувернанток. Это явление становится постепенно не только необходимым, вынужденным, но и модным в определенных кругах, индикатором материального благополучия семьи.

Что касается представлений россиян о том, как должны строиться отношения между детьми и родителями, то преобладают демократические установки: более половины (57%) полагает, что родителям следует вести себя с детьми, как с равными; почти две трети (60%) считают, что детям можно позволять спорить с родителями, возражать им (противоположное мнение по обоим позициям высказывают по 28% опрошенных). При этом происходит расширение воспроизводства практик физического наказания. Чуть более половины россиян (54%) поддерживает идею телесных наказаний детей (чаще об этом говорят жители мегаполисов (64%) – за исключением Москвы), респонденты в возрасте от 25 до 34 лет (62%). Среди тех, кого физически наказывали в детстве, сторонников строгого воспитания 72%. По данным ФОМ, физические наказания в семьях применяются к 40% юных россиян¹¹.

Общекультурный контекст развития российского общества, демократизация, гуманизация жизни, поисковые принципы политических и экономических преобразований предполагают позитивное решение проблем внедрения идей Конвенции ООН «О правах ребенка», однако на практике мы наблюдаем совсем иную картину. Это расхождение усиливается законодательными актами,

⁹ Фонд "Общественное мнение" (ФОМ). Всероссийский опрос городского и сельского населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик всех экономико-географических зон. Метод опроса - интервью по месту жительства. Статистическая погрешность не превышает 3,6%. 28 апреля 2004 г. 1500 респондентов.

http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/home_family/family/of042002

¹⁰ Опрос населения ФОМ в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России. Интервью по месту жительства 18-19 июня 2005 г. 1500 респондентов

http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/home_family/family/of052406

¹¹ ФОМ. Всероссийский опрос городского и сельского населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик всех экономико-географических зон. Метод опроса - интервью по месту жительства. Статистическая погрешность не превышает 3,6%. 28 апреля 2004 г. 1500 респондентов.

http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/home_family/family/d041823

провозглашающими все больше прав детей со все более раннего возраста, но эти права, однако, ребенку невозможно ощутить в повседневной жизни. Взрослые выказывают больше внимания к желаниям и нуждам детей, но пока лишь в области потребления. Повсеместно распространилась практика выдачи карманных денег для детей. 66% населения считают, что подростки должны иметь свои деньги, которые они могут тратить на собственные нужды¹².

Не определилось общество и в оценке форм детского труда. Произошел отказ от общественно-полезного труда как механизма социализации, и существенно расширился слабо контролируемый сектор применения детских сил (домашний труд детей на приусадебном или садовом участке, помощь по ведению хозяйства, уход за маленькими детьми, участие в семейном, в том числе и криминальном бизнесе, сексуальная эксплуатация)¹³.

Включение в неорганизованную трудовую деятельность - одна из причин раннего взросления части современных детей. Многими авторами отмечалось, что в нашем обществе процессы взросления протекали с задержкой в сравнении с западными странами. Еще недавно мы с полным основанием могли говорить о неоправданном удлинении детства, чрезмерной опеке со стороны взрослых, превращении периода детства в своеобразный социальный карантин. Сегодня происходит ускорение процесса взросления, связанное с социально-экономическими и политическими причинами. Подавляющее большинство взрослых - 94% - почитает за благо, если подростки в свободное время работают для заработка. Только 3% сказали, что если подросток работает - это плохо. Три четверти участников опроса считают при этом необходимым, чтобы подростки отдавали заработанные деньги родителям, причем относительно немалая доля (15%) уверена, что ребенок должен отдавать все заработанное; 58% говорят в этой связи о части зарплаты. Парадокс состоит в том, что в результате раннего взросления появляются так называемые «замороженные дети» (термин, применяемый учеными Японии), у которых отсутствуют жизненная энергия, способность испытывать душевные волнения, интерес к получению профессии, чувство ответственности.

Следующий обнаруженный нами парадокс состоит в проблематичности содержания воспитания и переоценке опыта прошлых воспитательных стратегий. Нормативные представления сегодняшних взрослых о том, какие качества нужно воспитывать в детях, существенно отличаются от характеристики их собственного воспитания в семье – в пользу ценностей современного, модернистского плана: *ответственности, самостоятельности и независимости, активности и целеустремленности, любознательности, интеллекта и широты мышления, умения ладить с другими людьми, стремления к успеху*. Именно эти качества россияне считают наиболее ценными для адаптации подрастающего поколения к современным условиям жизни. Но несмотря на словесные заявления о желании воспитать в своих детях самостоятельность, родители на самом деле уклоняются от выполнения этой задачи. Ведь для

¹² Опрос населения ФОМ в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик России. Интервью по месту жительства 21-22 мая 2005 г.

http://bd.fom.ru/report/cat/humdrum/home_family/family/of052406

¹³ Щеглова С.Н. Труд детей: права и гарантии защиты от эксплуатации // Человек и труд. - 2003. - №3. - С. 26-28.

того, чтобы желаемое превратить в действительность, само родительское взрослое сообщество вынуждено переживать своеобразную ресоциализацию. По информации родителей, их в свое время учили дисциплинированности, послушанию, усидчивости¹⁴, то есть воспитывали другой тип личности. В условиях ценностной аномии, характерной для российской социокультурной трансформации, часть из родителей оказывается в затруднении выполнить сложную задачу воспитания. С другой стороны, значительно возрастает авторитет детей в глазах родителей, их адаптивные способности часто служат моделью поведения в глазах части родительского поколения. Юные в настоящее время ощущают себя экспертами по многим вопросам жизни семей. Они высказывают свои советы о том, какую бытовую технику и где купить (29,7% респондентов), что носить из одежды (26,3%), как родителям общаться друг с другом (25,9%), как работать на компьютере (6,8%)¹⁵.

И последний из фиксируемых нами парадоксов связан с процессом информатизации. Кратко его можно описать через функционирующий в обществе подход: *«Информатизация для всего общества – благо, а для детского сообщества – угроза, вред»*. Нынешнее поколение получает характеристику медиапоколения. Проявляется неоднозначность оценок новых средств массовой коммуникации (СМК) (например, электронных книг) и отношения к ним детей в условиях нестабильной социально-политической и психосоциальной обстановки нашего общества. В общественном сознании циркулируют утверждения: «Новые СМК, прежде всего компьютер, Интернет, занимают все свободное время подростков. Дети из-за этого совсем не читают. Дети совсем не общаются друг с другом. Дети с помощью компьютера просвещаются в вопросах секса. Дети привыкают только развлекаться. Дети становятся жестокими под влиянием ТВ и Интернета». Данные положения могут классифицироваться как «моральные паники» общества в отношении детства, т. к., во всяком случае, пока они не находят документального бесспорного подтверждения. Так, по нашему мнению, неправомерны обвинения детей в Интернет-зависимости, отгораживании от обычной подростковой жизни. Наши недавние исследования показали, что среди детей 12-14 лет – 34,9% постоянно пользуются Интернетом, в 15-17 лет – 50,4%¹⁶. Эти цифры особенно знаменательны в связи с тем, что, по данным Аналитического центра Юрия Левады на 2006 г., лишь 18% взрослых россиян пользуются персональным компьютером ежедневно или несколько раз в неделю дома, на работе и в других местах, никогда не пользуются компьютером – 71%¹⁷. Дети и подростки оказываются значительно более компетентными в использовании информационных технологий. «Дети Интер-

¹⁴ ФОМ. Всероссийский опрос городского и сельского населения в 100 населенных пунктах 44 областей, краев и республик всех экономико-географических зон. Метод опроса - интервью по месту жительства. Статистическая погрешность не превышает 3,6%. 28 апреля 2004 г. 1500 респондентов.
http://bd.fom.ru/report/cat/societas/social_group/child_teenagers/of042004

¹⁵ Подробнее см.: Щеглова С.Н. Социология прав детей в России: новый век, новые проблемы, новые перспективы. – М.: Социум, 2001. – 84 с.

¹⁶ Подробнее об итогах многолетних исследований см.: Цымбаленко С.Б., Шариков А.В., Щеглова С.Н. Информационное пространство российского подростка в постсоветский период. – М.: НИИ школьных технологий, 2005.

¹⁷ Аналитический Центр Юрия Левады (Левада-Центр) провел в сентябре 2006 г. опрос 2400 россиян. <http://www.levada.ru/press/2006100502.html>

нета» меняют саму подростковую жизнь, и постепенно именно их образ жизни, а не традиционные представления ученых и педагогов, становятся образцами для конструирования реальности для их ровесников.

Влияния новых, включая электронные, СМК проявляются не только в его юных членах, но и во всем обществе. Однако сегодня в российском обществе, как правило, обсуждаются только негативные последствия и только для молодого поколения. СМК признаются фактором негативной социализации детей и подростков, при этом взрослое сообщество, которое производит, контролирует, финансирует эти средства, абстрагируется от собственной ответственности за их содержание, перекладывая вину на самих детей. Дети и подростки болезненно реагируют на запреты взрослых и ограничения в потреблении СМК, которые направлены на них – молодых, вместо того чтобы ограничить, например, порнографию, насилие на экранах.

Наблюдаются серьезные изменения повседневной жизни детей и подростков, особенность которых состоит в независимости от ограничений во времени (ночное ТВ, Интернет), по месту (плеер, ноутбук), по содержанию (интерактивные программы, чаты и т. д.). Наряду с отмеченными выше имеют место процессы расслоения внутри детской и подростковой групп по признаку использования разных СМК. Появились особые группы детей, активно овладевающих компьютером. На наш взгляд, уже сегодня имеются различия между «компьютерными детьми» и теле-видео-аудио-детьми, между теми, кто используют компьютер как развлечение, компьютер как средство общения, компьютер как учебное средство и компьютер как форму жизнедеятельности. Если у взрослых освоение компьютера происходит преимущественно в мужской среде (по данным ФОМ, на лето 2006 г., 27% мужчин и 19% женщин являются пользователями Интернета¹⁸), то наше исследование 2005 г. показывает, что девочки-подростки «догоняют» мальчиков, а по освоению навыков получения полезной, практической информации, инструментального использования Интернета для учебы и работы даже «перегоняют» их¹⁹.

Для объяснения выявленных противоречий и парадоксов общественного развития в области воспитания нам кажется необходимым выйти за рамки их рассмотрения только как проявлений социальных трансформаций России в последние два десятилетия. Возможно, многие явления и процессы, объявляемые сегодня противоречивыми, не поддающимися рациональному объяснению, интерпретируются как таковые в результате недостаточности наших знаний о глубинных процессах развития воспитательных систем и невозможности с помощью традиционных методов извлечь новую информацию о причинах их проявлений в обществе. И это еще раз с убедительностью доказывает необходимость осуществления прогнозирования в этой сфере.

¹⁸ Цымбаленко С.Б., Шариков А.В., Щеглова С.Н. Информационное пространство российского подростка в постсоветский период. – М.: НИИ школьных технологий, 2005.

¹⁹ Опросы "Интернет в России / Россия в Интернете". Выпуск 16. Лето 2006 г. <http://bd.fom.ru/report/map/projects/internet/internet16/int0603#Abs7>

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

А.Н. Бурдаков, Ю.А. Фесенко

**РИСПЕРИДОН И АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ В ДЕТСКОЙ
И ПОДРОСТКОВОЙ ПРАКТИКЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**
СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург).

Введение

Несмотря на то, что введение в практику нейролептиков не имело того же воздействия на детскую психиатрию, как на «взрослую» [33], они применяются для лечения широкого диапазона психических расстройств. Медикаментозную терапию получают от 40 до 60% детей и подростков, обращающихся за помощью к психиатру [58, 84].

Особенностью психических расстройств в детском и подростковом возрасте является усложнение патогенетических механизмов, которое определяется присоединением к собственно позитивным и негативным симптомам негативных и позитивных дизонтогенетических синдромов [8, 20], а также нарушений развития [2, 4, 8, 18]. Это в сочетании с распространенной в детском возрасте негативной симптоматикой [4, 5, 8] часто вызывает значительную социальную дизадаптацию и невозможность функционировать независимо [63, 107]. Неблагоприятный прогноз, в частности, шизофрении и аутистических расстройств в детском возрасте подтверждается длительными катamnестическими исследованиями [42, 126], что определяет пессимизм в отношении возможностей их терапии [56, 107].

Значительные трудности при выборе способа терапевтического вмешательства связаны с противоречивостью данных об эффективности и безопасности психотропных препаратов у детей и подростков [28, 42, 104, 105, 106, 122], особенно при длительном применении [52, 65, 119, 122], и недостаточной идентификацией симптомов, которые должны отвечать на медикаментозные или психосоциальные воздействия [37]. Многочисленные методологические и этические препятствия для сбора информации о результатах медикаментозного лечения детей [17, 58, 110, 120], недостаточность знаний о нейрохимических механизмах расстройств [42, 63] также способствуют распространению точки зрения, в соответствии с которой медикаменты должны использоваться, только когда обычные психокорректирующие и педагогические воздействия неэффективны [26, 107] или при психотических состояниях [30], а психофармакотерапия в детском и подростковом возрасте рассматривается как преимущественно симптоматическая [120].

Согласно другому подходу, терапия антипсихотиками должна являться компонентом многомодальной программы лечения [7, 15, 73, 89]. При этом ее целью является повышение поведенческой компетентности пациента, его способности к участию в педагогическом, социальном, трудотерапевтическом, психокоррекционном и семейном воздействии [15, 42, 43, 63, 94, 100, 124, 125]. Лечение должно способствовать оптимальному развитию либо уст-

ранению расстройств, препятствующих развитию [15]. Адаптирующее воздействие психотропных препаратов, особенно при длительном их применении, было показано уже для традиционных нейролептиков [18, 118]. Способствуя редукции негативной симптоматики за счет воздействия на позитивные расстройства, они могут оказывать положительное воздействие на течение и структуру психического заболевания или патологического состояния [19]. При невозможности значительно воздействовать на развитие снижение уровня беспокойства может позволить ребенку находиться дома, вместо того чтобы быть помещенным в специализированные учреждения [15, 73].

Учитывая, что психические расстройства в детском возрасте обычно являются предшественниками хронических дизадаптирующих нарушений у взрослых, успешное применение психотропных препаратов способно снижать финансовые затраты и степень инвалидизации в дальнейшем [1, 73].

К сожалению, отсутствие четких и своевременно обновляющихся рекомендаций относительно медикаментозной помощи детям и подросткам, страдающим психическими расстройствами, приводит к тому, что врач и пациент оказываются в юридически и этически неопределенной ситуации, препятствующей оказанию максимально эффективной и безопасной помощи.

Особенности психофармакотерапии в детском и подростковом возрасте

Данные о применении препаратов у взрослых невозможно механически переносить на детей с аналогичной патологией. Фармакокинетические, фармакодинамические особенности детей (более интенсивные печеночный метаболизм и почечная фильтрация) обуславливают то, что биологические и побочные эффекты у детей проявляются на более высоких дозах, и поэтому они нередко нуждаются в относительно более высоких дозах на 1 кг массы тела. Цикл развития и функционирования дофамина и норадреналина у детей происходит раньше по сравнению с серотонином, что имеет значение в особенностях реагирования на препараты [15, 46].

У детей предпочтение должно отдаваться препаратам с наилучшим профилем безопасности. Назначение эффективного, но плохо переносимого препарата может привести к отказу от лечения и, следовательно, ухудшить состояние или повысить риск обострения. Следует избегать назначения препаратов, ранее вызывавших побочные эффекты. Особенно важное значение в детском возрасте имеет воздействие психофармакотерапии на когнитивные функции. Негативное влияние на когнитивные функции (довольно частое нежелательное явление при терапии антипсихотиками первого поколения) может свести на нет усилия врача по купированию продуктивной симптоматики. Побочные эффекты могут рассматриваться детьми (в силу особенностей реагирования на заболевание и медицинское вмешательство), как «наказание», а родителями – как неприемлемый риск, что приводит к снижению комплайенса и, следовательно, увеличению риска рецидива. Крайне важным является вовлечение в терапевтический альянс законных представителей ребенка и самого пациента. Непонимание действий врача часто приводит к отказу от лечения. Следует стремиться (учитывая возраст и интеллектуальное развитие) к получению согласия на лечение и от самого ребенка и предоставлять ему возможность высказывать свое мнение по поводу терапии. В случае, если показания к применению препаратов сформулированы противоречиво,

получение информированного согласия представляется совершенно необходимым как с этической, так и с правовой точки зрения.

Несмотря на то, что в психиатрию, в силу ее специфики, не могут быть механически перенесены критерии качества жизни, применяемые в соматической медицине [69], этот показатель имеет важное, если не определяющее значение. Многие люди с психическими расстройствами (и не только в России) оказываются в «вилке»: возможность получить социальную поддержку и полноценную медицинскую помощь связаны с необходимостью психиатрической стигматизации, которая препятствует автономии, а автономия недостижима без адекватной помощи. Стигматизация часто связана не с самим фактом наблюдения у психиатра, а с побочными явлениями терапии, которые сами по себе воспринимаются окружающими как «ненормальность» (например, паркинсонизм или акатизия). Заторможенность, моторная неловкость, гипомимия часто четко идентифицируются родителями. Одна из матерей сказала: «Знаете, доктор. У нас все хорошо. Но он выглядит, как сумасшедший».

Характеристика и обзор данных об эффективности и безопасности рisperидона у детей и подростков

Коммерческие названия. Рисполепт. Рисполепт Конста. Сперидан. Риссет. Введен в практику с начала 90-х годов XX века.

Особенности фармакологического действия. Обладает высокой аффинностью к серотонинергическим 5-HT и дофаминергическим D2-рецепторам, меньшей – к адренергическим рецепторам. Плохо связывается с H1-гистаминергическими рецепторами, практически не взаимодействует с холинергическими. Несмотря на мощное воздействие на продуктивную симптоматику вызывает меньшее подавление моторной активности, чем классические нейролептики. Сбалансированный антагонизм к серотонину и дофамину обуславливает снижение риска экстрапирамидных нарушений и располагает к первичному воздействию на негативную симптоматику, положительному влиянию на когнитивные процессы. Разработана пролонгированная форма (Рисполепт Конста).

Особенности применения. У взрослых оптимальная доза обычно находится в пределах 4-8 мг/сутки 1-2 раза в сутки. Повышение дозы выше 10 мг/сутки не приводит к повышению клинической эффективности, но значительно увеличивает риск экстрапирамидных нарушений. Повышение дозы выше 16 мг/сутки не рекомендовано из-за отсутствия достаточных сведений о безопасности.

В настоящее время в списке противопоказаний для применения Рисперидона детский возраст отсутствует. В инструкции по применению препарата указывается на отсутствие данных о безопасности и эффективности применения Рисперидона у детей младше 15 лет [16].

Фармакокинетика. Рисперидон после перорального приема полностью абсорбируется, достигая пиковых концентраций в плазме за 1-2 часа. Пища не оказывает влияния на абсорбцию препарата. Биодоступность около 70%. Частично метаболизируется до 9-гидроксирисперидона, который обладает аналогичным Рисперидону фармакологическим действием и образует с неизмененным препаратом антипсихотическую фракцию. Дальнейший метаболизм происходит с образованием неактивных продуктов. Быстро распределя-

ется в организме. В плазме крови связывается с белками на 88%, активный метаболит – на 77%. Равновесная концентрация достигается в течение 1 суток у Рисперидона и в течение 4-5 суток у 9-гидроксирисперидона. Через неделю после приема препарата 70% дозы выводятся с мочой, 14% - с калом. В моче Рисперидон плюс 9-дигидроксирисперидон составляют 35-45% дозы. Остальное количество составляют неактивные метаболиты. Период полувыведения собственно Рисперидона составляет около 3 часов, однако 24-часовой период полувыведения 9-гидроксирисперидона дает возможность одно- или двукратного приема. Метаболизируется в печени при участии изофермента цитохрома P₄₅₀ IID6.

Рисполепт Конста. Микросферы в биodeградирующем полимере, содержащие Рисперидон. Равновесная концентрация достигается через 8 недель терапии (4 инъекции). Инъекции делаются с кратностью 1 раз в 2 недели [13].

Таблица 1.

Механизм высвобождения и фармакокинетические особенности
Рисполепта Конста [по 13]

1-3 неделя	Гидратация. В кровоток попадает незначительное количество препарата с поверхности микросфер.	Латентная фаза. Концентрация низка.
4-6 неделя	Диффузия. С 3 недели полимер-носитель деградирует на гликолевую и молочную кислоту, высвобождая Рисперидон в кровоток. Продукты распада полимера метаболизируются до углекислого газа и воды.	Терапевтическая концентрация препарата в крови. Максимальная концентрация на 4-5 неделе.
7 неде- ля и далее	Эрозия. К 7 неделе после инъекции происходит полный распад полимера.	Быстрое снижение концентрации после 6 недели.

Особенности применения различных лекарственных форм

Таблетированная форма: в начале лечения целесообразен 2-3-кратный прием, при назначении поддерживающей дозы может применяться 1 раз в сутки.

Раствор Рисперидона для перорального приема расширяет возможности применения за счет легкости дозирования. Хорошо совместим с молоком, кофе, апельсиновым соком. Несовместим с чаем и напитками на основе колы. Может применяться 1 раз в сутки. Описана эффективность раствора Рисперидона для купирования состояний психомоторного возбуждения [6].

Пролонгированная форма. Первый атипичный нейролептик пролонгированного действия. При введении 1 раз в 2 недели в течение 8 недель достигается равновесная концентрация в плазме крови. В связи с тем что концентрация препарата в крови практически постоянна, снижается риск нежелательных явлений, связанных с пиковыми концентрациями. Реже возникают экстрапирамидные нарушения вскоре после инъекции, связанные с выделением свободной фракции препарата непосредственно в организм пациента [82]. Ввиду того, что раствор имеет водную основу, инъекции менее болезненны [14].

Начальная рекомендованная доза (у взрослых) – 25 мг каждые 2 недели. В большинстве случаев целесообразно предварительное лечение непродолжительной формой для уточнения эффективности и безопасности препарата у данного больного. В связи с особенностями высвобождения (Таблица 1) при переходе с перорального приема целесообразно продолжение приема недепонированной формы в течение 2-3 недель [14]. При необходимости повышение дозы проводится с шагом 12,5 мг. После повышения дозы следует выждать 3 недели для оценки эффективности. Т. е. пациент должен получить не менее 2 инъекций пролонга в одинаковой дозе [14].

С учетом того, что пролонгированный Рисперидон реже вызывает экстрапирамидные нарушения, а в ряде случаев может уменьшать их [56], профилактическое назначение корректоров нецелесообразно. Длительность их приема при переводе с перорального препарата или типичного нейролептика определяется наличием экстрапирамидных нарушений [14].

При обострении возможно дополнительное назначение перорального Рисперидона. Указывается на то, что у взрослых добавление 1-3 мг перорального Рисперидона на 2-3 недели может быть достаточным для стабилизации пациента [14].

При необходимости препарат может применяться совместно с препаратами лития или седативными препаратами. При необходимости сочетания с СИОЗС более предпочтительными являются сертралин, циталопрам и эсциталопрам [66], т. к. флуоксетин или пароксетин могут повышать концентрацию Рисперидона в крови [32].

Особенности применения у детей

Первые обнаруженные данные о применении Рисперидона у детей относятся к 1995 г. [103]. Рисперидон применялся при шизофрении [9, 24, 103], общих (первазивных) расстройствах развития [55, 67, 87, 91, 99], в том числе резистентных к предшествующему лечению [67], синдроме Аспергера [91], дезинтегративном расстройстве развития [91], аутистических расстройствах [31, 54, 60, 77, 80, 90, 91, 96, 97], биполярном расстройстве, резистентном к предшествующему лечению [111], маниакальном расстройстве [57], деструктивном расстройстве поведения [21, 35, 59, 112], в том числе на фоне задержки психического развития и умственной отсталости (IQ от 36 до 84) [23, 59, 113, 116], синдроме гиперактивности с дефицитом внимания [22, 92], синдроме Жилья де ля Туретта [92, 109], состояниях психомоторного возбуждения с нарушением концентрации, тиках, агрессии [35]. Описано применение Рисперидона при эпилептическом психозе [98].

На 2004 г. количество детей, включенных в клинические исследования и описанных в клинических наблюдениях, составило не менее 1000 человек (в том числе 504 в течение года и 45 в течение 3 лет). 280 детей были включены в 5 контролируемых исследований относительно эффективности и безопасности Рисперидона. Это позволяет говорить о том, что на сегодняшний день Рисперидон является самым изученным нейролептиком из тех, которые применяются у детей и подростков. Из зарегистрированных в Medline 176 отчетов об использовании атипичных нейролептиков у детей за 1974-2003 гг. 43% касаются использования Рисперидона [40].

Количество респондентов в исследованиях составляло 50-92,8% [36, 55,

57, 67, 72, 87, 90, 91, 92, 93, 111, 117], в контролируемых – 65-69% [25, 90, 117]. Данные относительно длительного (до 3 лет) применения Рисперидона [47, 51, 86] говорят о хорошей переносимости препарата.

Шизофрения. При шизофрении у детей и подростков в возрасте 11-18 лет лечение обычно начиналось с 2 мг в сутки с наращиванием дозы на 1 мг/сутки каждые 2 дня до достижения максимальной (4-10 мг/сутки, в среднем 6,6 мг/сутки). Отмечалось статистически достоверное улучшение при хорошей переносимости препарата [9, 24, 103]. Высказывается мнение о том, что наиболее чувствительны к препарату обсессивно-компульсивные нарушения, депрессия, психомоторное возбуждение и агрессивность [9].

При **аутизме** у детей и подростков 2-18 лет Рисперидон использовался в дозе 0,5-3,5 мг/сутки [31, 54, 56, 80, 95, 96], в том числе в длительном открытом (3 года) [86] и контролируемом исследовании [90]. Эффективность препарата оценивалась как высокая (80% в открытых исследованиях, 69% в контролируемом). Отмечено уменьшение поведенческих нарушений, улучшение уровня социальной активности, повышение склонности к сотрудничеству, улучшение развития. Эффективность сохранялась при 12-месячной длительности терапии [56].

Агрессия. В сообщениях [81], открытых [36, 61, 111], в том числе длительных (48 недель и 1 год) [47, 51], ретроспективных [38] и контролируемых исследованиях [35] указывается на эффективность Рисперидона при выраженной агрессии на фоне биполярного расстройства, интеллектуального недоразвития, СДВГ (в том числе с сопутствующими тиками). Препарат применялся как в монотерапии, так и в сочетании с нормотимиками (литий, карбамазепин, вальпроаты), психостимуляторами, клонидином. Обычные дозы составляли 0,25-4 мг/сутки у детей старше 5 лет, многие из которых были резистентны к предшествующему лечению. Респондентами были от 54% до 75%. Отмечено снижение агрессии клинически и по клиническим шкалам, статистически отличное от плацебо.

Синдром Жилия де ля Туретта. При синдроме Туретта Рисперидон рассматривается как альтернатива галоперидолу и пимозиду. Будучи безусловно эффективными, они нередко вызывают экстрапирамидные нарушения, когнитивный дефицит и повышение массы тела [48]. Рисперидон показывал эффективность как в открытых исследованиях, так и в контролируемом [48] при использовании в дозе 1,5-2,5 мг/сутки. При сравнении Рисперидона (ср. доза 3,8 мг/сутки) с пимозидом (ср. доза 2,9 мг/сутки) продемонстрирована аналогичная эффективность препаратов [34] или преимущество рисперидона [62].

Биполярное расстройство детского возраста все чаще диагностируется на Западе [76]. Особенности расстройства являются наличие смешанных состояний, быстрая смена фаз [27, 61], большее распространение поведенческих нарушений, которые сопутствуют [50, 75, 123] или предшествуют [79] клинически очерченным аффективным расстройствам. В открытых [57, 70, 111, 121] и ретроспективных [57] исследованиях показана эффективность Рисперидона в дозе 0,75-3 мг/сутки у детей и подростков 5,5-16 лет при монотерапии и в сочетании с нормотимиками. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry рассматривает Рисперидон как препарат второй линии после двух неудачных курсов лечения нормотимиками [39].

Эпилепсия с ажитацией, психотическими расстройствами и аутоагрессией. 21 пациент с эпилепсией (у 12 – парциальные припадки, у 6 – генерализованные, у 1 – неонатальные, у 1 – миоклонические, у 1 – неклассифицированные) до 19 лет получали Рисперидон $2,4 \pm 3,5$ мг/сутки для лечения агрессии, ажитации, психотических расстройств и самоповреждающего поведения. Ни у одного не наступило учащения припадков [64].

Нежелательные эффекты, зарегистрированные у детей

Как в открытых, так и в контролируемых исследованиях отмечена хорошая переносимость Рисперидона.

Наиболее часто упоминаемые проблемы

Преходящая седация или сонливость [23, 31, 47, 51, 55, 59, 72, 80, 90, 96, 111, 116], иногда требовавшие снижения дозы препарата [36, 59].

Повышение аппетита и массы тела [23, 31, 36, 51, 54, 58, 67, 72, 80, 86, 90, 92, 93, 111, 116]. При прекращении лечения Рисперидоном описано возвращение ее к нормальным показателям и сохранение отсутствия повышения при контроле через 12 и 24 месяца [78]. С изменением массы тела, возможно, коррелирует уровень триглицеридов, хотя такая связь ослаблялась, когда из анализа исключались дети, одновременно получавшие препараты лития или вальпроаты [83]. При исследовании липидного обмена у 22 детей и подростков ($12,8 \pm 2,6$ года), получавших Рисперидон в дозе $2,7 \pm 2,2$ мг/сутки в течение $4,9 \pm 1,0$ месяцев показано достоверное повышение массы тела при отсутствии существенных изменений уровня холестерина сыворотки крови [83, 85]. В одном исследовании отмечено снижение массы тела [87].

Гиперпролактинемия, выявлявшаяся при лабораторных пробах [44, 60, 86, 88, 116] или проявлявшаяся галактореей [60, 67] и аменореей [56]. Не обнаружено корреляции уровня гиперпролактинемии с возрастом, массой тела, дозировкой Рисперидона или результатом лечения, хотя сокращение дозы вело к снижению уровня пролактина [88]. При проведении анализа данных, полученных во время клинических исследований у детей 5-15 лет, показано, что уровень пролактина после повышения (в течение 1-2 месяцев) начинает снижаться и возвращается к норме к 3-5 месяцу лечения, причем нормализация происходит быстрее у девочек. Отсутствует корреляция между повышением уровня пролактина и симптомами пролактинемии [53].

Экстрапирамидные нарушения наблюдались не во всех исследованиях. В двух контролируемых исследованиях частота экстрапирамидных нарушений была на уровне плацебо [23, 117], или они отсутствовали [51, 109]. Распространенность экстрапирамидных нарушений оценивалась от 13,2% до 25,9% [23, 72, 117], они могли отмечаться только после длительного применения (лечение в течение 6 месяцев) [56]. Отмечена дискинезия отмены [80].

Другими встречавшимися нежелательными симптомами были: сиалорея, тошнота [36, 90], тахикардия [87, 112], лихорадка [87], головокружение, головная боль [31, 47, 51, 116], желудочно-кишечные расстройства [31], обострение симптомов внутричерепной гипертензии [49], холинолитические нежелательные эффекты [72], социальная фобия [109].

Несмотря на то, что риск нарушения обмена глюкозы у Рисперидона ниже, чем у клозапина и оланзапина, требуется соблюдать осторожность [74].

Не отмечалось изменения функции печени как в клинических исследо-

ваниях эффективности Рисперидона [56, 109], так и при контроле функции печени на фоне терапии Рисперидоном у детей и подростков в течение 15,2 месяцев [115]. Отмечено отсутствие изменений АД и ЭКГ-картины [36, 62, 109], картины крови [56]. Отмечено отсутствие негативного влияния на когнитивные функции [112] или их улучшение [116].

Следует соблюдать осторожность с учетом сообщений об индуцированной Рисперидоном мании у взрослых [105].

Опыт применения в ЦВЛ «Детская психиатрия» [по 3]

Как правило, дозы ниже 0,5 мг/сутки ввиду их неэффективности не используются даже у детей младшей возрастной группы, поэтому к публикациям о применении очень низких доз [10, 11] следует относиться с осторожностью. У детей до 8 лет достаточно безопасными можно считать дозы до 2 мг в сутки. У детей 12-15 лет в зависимости от состояния дозы 1-6 мг/сутки являются обычными и, как правило, хорошо переносятся. В ряде случаев форсированное повышение дозы целесообразно даже при простой форме шизофрении, т. к. в этом случае может происходить достаточно быстрое смягчение аутизации и сопутствующей ей психопатоподобной симптоматики. Эффект часто сохраняется после снижения дозы. Поддерживающая доза составляет обычно 1-3 мг/сутки. При переводе пациента с раствора для перорального применения на таблетки может потребоваться повышение дозы Рисперидона.

С бензодиазепиновыми транквилизаторами Рисперидон, как правило, не комбинируется ввиду риска развития зависимости от транквилизаторов. При необходимости возможно сочетание с небензодиазепиновыми транквилизаторами, левомепромазином, хлорпротиксеном, тиоридазином, производными вальпроевой кислоты, карбамазепином. Комбинация с пlegирующими нейрoлeптиками является нецелесообразной ввиду необоснованности и повышения риска экстрапирамидных нарушений, однако в случае грубых поведенческих нарушений у резистентных пациентов иногда удается стабилизировать состояние при применении сочетания галоперидола и Рисперидона.

Складывается впечатление, что эффективность препарата уменьшается с углублением интеллектуального дефекта и увеличивается с повышением выраженности аутистической и шизоформной симптоматики. Неудачным был опыт применения Рисперидона у подростков с люцидной кататонией и кататоноподобными расстройствами.

Экстрапирамидные нарушения (обычно в виде дистонии), если и встречаются, редко требуют применения корректоров. Возникающее у части детей в начале лечения Рисперидоном недержание мочи обычно является преходящим. Редко наблюдавшаяся головная боль, как правило, не приводила к отказу от лечения. У некоторых больных, получавших Рисперидон в домашних условиях, наблюдались тошнота и рвота, для купирования которых было достаточно рекомендации принимать препарат после еды¹. При нарастании возбудимости и агрессии в начале лечения Рисперидоном целесообразно присоединение седативного нейрoлeптика или небензодиазепинового транквилизатора. При уверенности в том, что сочетанная терапия будет недлительной,

¹ В условиях стационара тошнота и рвота в ответ на прием Рисперидона не регистрировались. Вероятно, это связано с тем, что прием препаратов в стационаре происходит после приема пищи.

возможно комбинирование с бензодиазепиновыми транквилизаторами. Обострение психотической симптоматики требует форсированного повышения дозы или смены препарата.

Рекомендуемые дозы Рисперидона у детей

МЗ РФ, 1999 [12]	Riverside County Department of Mental Health, 2000 [101]	Texas Department of State Health Services, 2005 [102]
Рекомендации отсутствуют	13-17 лет - 1-4 мг/сутки	Дети - до 4 мг/сутки Подростки - до 6 мг/сутки
Meis P. I., 2003 [41]		
При психозах. Начальная доза 1 мг/сутки. Постепенное повышение на 1 мг с 3-кратным приемом в течение 2 и 3 дня до целевой дозы 3 мг/сутки в 3 приема. Обычная доза составляет 4-8 мг/сутки и может даваться в 2 приема. Безопасность дозы выше 16 мг/сутки не исследована. Может применяться при синдроме Туретта.		

Формы выпуска. Таблетки, содержащие 1, 2, 3, или 4 мг препарата. Раствор во флаконах для перорального приема, 1 мг в 1 мл. Пролонгированная форма Рисполепт Конста®: порошок во флаконах 25 мг, 37,5 мг и 50 мг со специальным растворителем (хранение при температуре 4-8°C, разводить непосредственно перед инъекцией специальным водным растворителем!).

Оценка рисперидона врачами ЦВЛ «Детская психиатрия» [по 3]

В 2005 г. в ЦВЛ «Детская психиатрия» был проведен опрос по поводу безопасности нейролептиков и их эффективности при различных заболеваниях и патологических состояниях. Среди врачей были распространены 50 анкет, в которых по 10-балльной шкале предлагалось оценить эффективность (1 – «препарат абсолютно неэффективен»; 9 – «препарат чрезвычайно эффективен»), безопасность (1 – «препарат чрезвычайно опасен»; 9 – «препарат абсолютно безопасен»). Кроме того, предусматривалась оценка «0» - «не имею сведений». Были получены 17 заполненных анкет. Естественно, этот опрос не может быть репрезентативным, но в какой-то степени отражает существующее положение дел. 61% врачей на тот момент имели сведения о Рисперидоне. Мнения врачей распределились следующим образом:

Безопасность Рisperидона		Эффективность Рисперидона при:									
		Психозах		Психомоторном возбуждении		Шизофрении		Аутизме			
M	± σ	M	± σ	M	± σ	M	± σ	M	± σ		
7,3	1,7	5,9	2,8	3,7	2,4	7,5	1,8	7,1	2,7		
Маниакаль- ных рас- стройств		Психопатиях		Депрессивных расстройств		Расстрой- ствах пове- дения		Аффектив- ных рас- стройств		Тиках	
M	± σ	M	± σ	M	± σ	M	± σ	M	± σ	M	± σ
6,8	2,2	2,9	1,8	3,3	1,4	3,3	2,2	2,9	2,0	3,3	2,1

Выводы

Рисперидон на сегодняшний день является самым изученным нейролептиком в детской и подростковой практике. Эффективность и безопасность препарата доказаны в многочисленных исследованиях, проведенных в соответствии со стандартами GCP. Препарат широко используется в странах Запада ввиду доказанной эффективности и безопасности. Его внедрение в практику российских детских психиатров способно приблизить качество оказания

психиатрической помощи в РФ к мировым стандартам. Основной проблемой является отсутствие медицинских стандартов по применению Рисперидона в РФ, вследствие чего у врачей возникают этические и юридические сложности при его назначении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 237 с.
2. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения. Статика и динамика. - М.: Медицина, 1980. - 247 с.
3. Бурдаков А. Н., Бурдакова Е. В., Фесенко Ю. А. Нейролептики в детской психиатрической практике. - СПб.: Элби-СПб, 2008. - 208 с.
4. Вроно М. Ш. Шизофрения в детском возрасте / Шизофрения. Под ред. А. В. Снежневского. - М.: Медицина, 1972. - С. 77-106.
5. Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. - М.: Медицина, 1971. - 128 с.
6. Жаркова Н. Б. Опыт применения раствора рисполепта для купирования состояний психотического возбуждения // Психиатрия и психофармакотерапия, т. 05, № 5, 2003. - С. 214-216.
7. Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 2. - М.: Медицина, 1994. - 528 с.
8. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.
9. Козлова И. А., Буреломова И. В., Горюнов А. В., Масихина С.Н. Опыт применения препарата рисполепт при шизофрении детского возраста // Журн. неврологии и психиатрии, № 7, 2001. - С. 35-38.
10. Козловская Г. В., Калинина М. А. Эффективность рисполепта у детей в пролонгированном (в течение 2 лет) лечении шизофрении и раннего детского аутизма // Психиатрия и психофармакотерапия, т. 5, № 1, 2003. - С. 32-35.
11. Козловская Г. В., Калинина М. А., Горюнова А. В., Проселкова М. Е. Опыт применения рисполепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия, № 2, 2000. - С. 10-12.
12. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. - М., 1999. - 224 с.
13. Мосолов С. Н., Кузнецова М. В. Конста (Рисперидон-микросферы) – первый атипичный антипсихотик пролонгированного действия (обзор литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия, т. 6, № 5, 2004. - С. 228-232.
14. Рекомендации к использованию пролонгированных инъекционных нейролептиков. Расширенный реферат обзора, опубликованного в J Clin Psychiatry 2004; 65; 1 // Психиатрия и психофармакотерапия, т. 6, № 1, 2004; т. 6, № 2, 2004.
15. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. Пер. с англ. / Под ред. К. С. Робсона. - М.: Медицина, 1999. - 488 с.
16. Справочник ВИДАЛЬ 2006.
17. Страчунский Л. С., Кандалов М. М. Принципы клинических испытаний лекарственных препаратов у детей // Детский доктор, № 3, 1999.
18. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974. - 320 с.
19. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р. Я. Вовина, Г.-Е. Кюне. - М.: Медицина, 1989. - 288 с.
20. Юрьева О. И. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией

// Журн. невропатол. и психиатр., 1970, № 8. – С. 1229-1235.

21. Ad-Dab'bagh Y, Greenfield B, Milne-Smith J, Freedman H. Inpatient treatment of severe disruptive behaviour disorders with risperidone and milieu therapy. *Can J Psychiatry* 2000 May; 45(4): 376-82.

22. Aman MG, Binder C, Turgay A. Risperidone effects in the presence/absence of psychostimulant medicine in children with ADHD, other disruptive behavior disorders, and subaverage IQ. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004 Summer; 14(2): 243-54.

23. Aman MG, De Smedt G, Derivan A, Lyons B, Findling RL. Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *Am J Psychiatry* 2002 Aug; 159(8): 1337-46.

24. Armenteros JL, Whitaker AH, Welikson M, Stedje DJ, Gorman J. Risperidone in adolescents with schizophrenia: an open pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 May; 36(5): 694-700.

25. Arnold LE, Vitiello B, McDougale C, Scahill L, Shah B, Gonzalez NM, Chuang S, Davies M, Hollway J, Aman MG, Cronin P, Koenig K, Kohn AE, McMahon DJ, Tierney E. Parent-defined target symptoms respond to risperidone in RUPP autism study: customer approach to clinical trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Dec; 42(12): 1443-50.

26. Baghdadli A, Gonnier V, Aussilloux C. Review of psychopharmacological treatments in adolescents and adults with autistic disorders. *Encephale* 2002 May-Jun; 28(3 Pt 1): 248-54.

27. Ballenger JC, Reus VI, Post RM: The 'atypical' clinical picture of adolescent mania. *Am. J. Psychiatry* (1982) 139: 602-606.

28. Barnard L, Young AH, Pearson J, Geddes J, O'Brien G. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol* 2002 Mar; 16(1): 93-101.

29. Bausher J., Goldstein H., Aronson M. "Pseudo-giant P-waves" and pericardial friction rub following chlorpromazine therapy. *Am J Med Sci* 1976 Nov-Dec; 272 (3): 357-9.

30. Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2005. Published by Fivepin Limited. 392 p.

31. Boon-Yasidhi V, Tarugsa J, Suwanwattana C, Soising L. Risperidone in the treatment of autistic Thai children under 4 years of age. *Med Assoc Thai* 2002 Aug; 85 Suppl 2: S784-9.

32. Bork JA, Rogers T, Wedlund PJ et al. A pilot study on risperidone metabolism: the role of cytochromes P450 2D6 and 3A. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 469-76.

33. Bouvard MP, Mouren-Simeoni MC. [Prescription of neuroleptics for children] *Encephale* 1990 Sep-Oct; 16(5): 389-98.

34. Bruggeman R, van der Linden C, Buitelaar JK, et al. Risperidone versus pimozide in Tourette's disorder: a comparative double-blind parallel-group study. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62: 50-56.

35. Buitelaar JK, van der Gaag RJ, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *J Clin Psychiatry* 2001 Apr; 62(4): 239-48.

36. Buitelaar JK. Open-label treatment with risperidone of 26 psychiatrically-hospitalized children and adolescents with mixed diagnoses and aggressive behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000 Spring; 10(1): 19-26

37. Campbell M, Cueva JE. Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years. Part II. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995 Oct; 34(10): 1262-72.
38. Cesena M, Gonzalez-Heydrich J, Szigethy E, Kohlenberg TM, DeMaso DR. A case series of eight aggressive young children treated with risperidone. J Child Adolesc Psychopharmacol 2002 Winter; 12(4): 337-45.
39. Chang KD., Ketter TA. Special issues in the treatment of paediatric bipolar disorder. Exp. Opin. Pharmacother. (2001) 2(4): P. 1-10.
40. Cheng-Shannon J, McGough JJ, Pataki C, McCracken JT. Second-generation antipsychotic medications in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2004 Fall; 14(3): 372-94.
41. Child and Adolescent Psychopharmacology. Manual. Southern Consortium for Children. Ohio. August 2003, Compiled by Peg M. Meis.
42. Clark A. F. Proposed treatment for adolescent psychosis. 1: Schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Advances in Psychiatric Treatment 2001; vol. 7, pp 16-23.
43. Clark, A. F, Lewis, S. W. (1998) Practitioner review: treatment of schizophrenia in childhood and adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 1071-1081.
44. Cohen LG, Biederman J. Treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia with a dopamine agonist in children. J Child Adolesc Psychopharmacol 2001 Winter; 11(4): 435-40.
45. Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. Am J Psychiatry. 2004 Mar; 161(3): 414-25.
46. Coyle J. Biochemical development of the brain: neurotransmitters and child psychiatry, in Psychiatric Pharmacosciences of Children and Adolescents. Edited by Popper C. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987, pp 1-26.
47. Croonenberghs J, Fegert JM, Findling RL, De Smedt G, Van Dongen S; Risperidone Disruptive Behavior Study Group. Risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: a 1-year, open-label study of 504 patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Jan; 44(1): 64-72.
48. Doskoch P. Beyond Psychosis Using Atypical Antipsychotics In Children With Tourette's Syndrome Or Conduct Disorder. Neuropsychiatry. Vol. 3, No 1, 2002.
49. Edwards RJ, Pople IK. Side-effects of risperidone therapy mimicking cerebrospinal fluid shunt malfunction: implications for clinical monitoring and management. J Psychopharmacol 2002 Jun; 16(2): 177-9.
50. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T: Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry (1997) 36: 1378-1387; discussion 1387-1390.
51. Findling RL, Aman MG, Eerdekens M, Derivan A, Lyons B; Risperidone Disruptive Behavior Study Group. Long-term, open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below-average IQ. Am J Psychiatry. 2004 Apr; 161(4): 677-84.
52. Findling RL, Grcevich SJ, Lopez I, Schulz SC. Antipsychotic medications in children and adolescents. J Clin Psychiatry 1996; 57 Suppl 9: 19-23.
53. Findling RL, Kusumakar V, Daneman D, Moshang T, De Smedt G, Binder C. Prolactin levels during long-term risperidone treatment in children and adolescents. J Clin Psychiatry. 2003 Nov; 64(11): 1362-9.
54. Findling RL, Maxwell K, Wiznitzer M. An open clinical trial of risperi-

done monotherapy in young children with autistic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33(1): 155-9.

55. Fisman S, Steele M. Use of risperidone in pervasive developmental disorders: a case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996 Fall; 6(3): 177-90

56. Fleischhacker WW, Eerdeken M, Karcher K et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1250-7.

57. Frazier JA, Meyer MC, Biederman J, Wozniak J, Wilens TE, Spencer TJ, Kim GS, Shapiro S. Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder: a retrospective chart review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 Aug; 38(8): 960-5.

58. Gadow KD. An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacoevidence. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997; 7(4): 219-36.

59. Gaffney GR, Perry PJ, Lund BC, Bever-Stille KA, Arndt S, Kuperman S. Risperidone versus clonidine in the treatment of children and adolescents with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Mar; 41(3): 330-6.

60. Gagliano A, Germano E, Pustorino G, Impallomeni C, D'Arrigo C, Calamoneri F, Spina E. Risperidone treatment of children with autistic disorder: effectiveness, tolerability, and pharmacokinetic implications. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004 Spring; 14(1): 39-47.

61. Geller B, Sun K, Zimmerman B et al. : Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *J. Affect. Disord.* (1995) 34: 259-268.

62. Gilbert DL, Batterson JR, Sethuraman G, Sallee FR. Tic reduction with risperidone versus pimozide in a randomized, double-blind, crossover trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Feb; 43(2): 206-14.

63. Gilman JT, Tuchman RF. Autism and associated behavioral disorders: pharmacotherapeutic intervention. *Ann Pharmacother* 1995 Jan; 29(1): 47-56

64. Gonzalez-Heydrich J, Raches D, Wilens TE, Leichtner A, Mezzacappa E. Retrospective study of hepatic enzyme elevations in children treated with olanzapine, divalproex, and their combination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Oct; 42(10): 1227-33.

65. Gralton EJ, James DH, Lindsey MP. Antipsychotic medication, psychiatric diagnosis and children with intellectual disability: a 12-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res* 1998 Feb; 42 (Pt 1): 49-57.

66. Greenblatt DJ, von Moltke LL, Harmatz JS et al. Drug interactions with newer antidepressants: role of human cytochromes P450. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 15): 19-27.

67. Hardan A, Johnson K, Johnson C, Hecznjy B. Case study: risperidone treatment of children and adolescents with developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996 Nov; 35(11): 1551-6.

68. Heitun OG. Risperidone as a tool to control hard aggression. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001 Aug 20; 121(19): 2265-7.

69. Hienz K. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Psychological Medicine*, 1998, 28, 159-164.

70. Kafantaris V, Coletti DJ, Dicker R, Padula G, Kane JM. Adjunctive antipsychotic treatment of adolescents with bipolar psychosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 Dec; 40(12): 1448-56.

71. Kelly DL, Love RC, MacKowick M, McMahon RP, Conley RR. Atypical antipsychotic use in a state hospital inpatient adolescent population. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004 Spring; 14(1): 75-85.

72. King B, Zwi K, Nunn K, Longworth J, Dossetor D. Use of risperidone in a

paediatric population: an observational study. *J Paediatr Child Health*. 2003 Sep-Oct; 39(7): 523-7.

73. Klein RG, Slomkowski C. Treatment of psychiatric disorders in children and adolescents. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29(4): 525-35

74. Koller EA, Cross JT, Doraiswamy PM, Schneider BS. Risperidone-associated diabetes mellitus: a pharmacovigilance study. *Pharmacotherapy*. 2003 Jun; 23(6): 735-44.

75. Kovacs M, Pollock M: Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (1995) 34: 715-723.

76. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR: Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (1995) 34: 454-463.

77. Lindsay RL, Aman MG. Pharmacologic therapies aid treatment for autism. *Pediatr Ann*. 2003 Oct; 32(10): 671-6.

78. Lindsay RL, Leone S, Aman MG. Discontinuation of risperidone and reversibility of weight gain in children with disruptive behavior disorders. *Clin Pediatr (Phila)*. 2004 Jun; 43(5): 437-44.

79. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM: The National Depressive and Manicdepressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J. Affect. Disord.* (1994) 31: 281-294.

80. Malone RP, Maislin G, Choudhury MS, Gifford C, Delaney MA. Risperidone treatment in children and adolescents with autism: short- and long-term safety and effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Feb; 41(2): 140-7.

81. Maneeton N, Intaprasert S, Srisurapanont M. Risperidone for controlling aggressive behavior in a mentally retarded child: a case report. *J Med Assoc Thai* 2001 Jun; 84(6): 893-6.

82. Marder SR, Hawes EM, Van Putten T et al. Fluphenazine plasma levels in patients receiving low and conventional doses of fluphenazine decanoate. *Psychopharmacology (Berl)* 1986; 88: 480-3.

83. Martin A, L'Ecuyer S. Triglyceride, cholesterol and weight changes among risperidone-treated youths. A retrospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Jun; 11(3): 129-33.

84. Martin A, Leslie D. Trends in psychotropic medication costs for children and adolescents, 1997-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003 Oct; 157(10): 997-1004.

85. Martin A., L'Ecuyer S. . Triglyceride, cholesterol and weight changes among risperidone-treated youths. A retrospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry Issue 3* (2002) pp 129-133.

86. Masi G, Cosenza A, Mucci M, Brovedani P. A 3-year naturalistic study of 53 preschool children with pervasive developmental disorders treated with risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2003 Sep; 64(9): 1039-47.

87. Masi G, Cosenza A, Mucci M, De Vito G. Risperidone monotherapy in preschool children with pervasive developmental disorders. *J Child Neurol* 2001 Jun; 16(6): 395-400.

88. Masi G, Cosenza A, Mucci M. Prolactin levels in young children with pervasive developmental disorders during risperidone treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001 Winter; 11(4): 389-94.

89. McClellan JM, Werry JS. Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1992 Mar; 15(1): 131-48.

90. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, Ar-

nold LE, Lindsay R, Nash P, Hollway J, McDougle CJ, Posey D, Swiezy N, Kohn A, Scahill L, Martin A, Koenig K, Volkmar F, Carroll D, Lancor A, Tierney E, Ghuman J, Gonzalez NM, Grados M, Vitiello B, Ritz L, Davies M, Robinson J, McMahon D; Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med* 2002 Aug 1; 347(5): 314-21.

91. McDougle CJ, Holmes JP, Bronson MR, Anderson GM, Volkmar FR, Price LH, Cohen DJ. Risperidone treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: a prospective open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 May; 36(5): 685-93.

92. Morant A, Mulas F, Hernandez S, Rosello B. Pharmacological treatment with risperidone in children with behavior disorders. *Rev Neurol* 2001 Aug 1-15; 33(3): 201-8.

93. Morrison JA, Cottingham EM, Barton BA. Metformin for weight loss in pediatric patients taking psychotropic drugs. *Am J Psychiatry* 2002 Apr; 159(4): 655-7.

94. Mouren-Simeoni MC, Bouvard MP. [Indications for neuroleptics in children] *Encephale* 1990 Mar-Apr; 16(2): 133-41.

95. Mukaddes NM, Abali O, Gurkan K. Short-term efficacy and safety of risperidone in young children with autistic disorder (AD). *World J Biol Psychiatry*. 2004 Oct; 5(4): 211-4.

96. Nicolson R, Awad G, Sloman L. An open trial of risperidone in young autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 Apr; 37(4): 372-6.

97. Nishimura M, Hashimoto T, Miyazaki M, Mori K, Kuroda Y. [An open trial of risperidone in autistic children]. *No To Hattatsu*. 2003 Nov; 35(6): 473-7. [Article in Japanese]

98. Oner O, Unal O, Deda G. A case of psychosis with temporal lobe epilepsy: SPECT changes with treatment. *Pediatr Neurol*. 2005 Mar; 32(3): 197-200.

99. Perry R, Pataki C, Munoz-Silva DM, Armenteros J, Silva RR. Risperidone in children and adolescents with pervasive developmental disorder: pilot trial and follow-up. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997; 7(3): 167-79.

100. Posey DJ, McDougle CJ. The pharmacotherapy of target symptoms associated with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2000 Jul-Aug; 8(2): 45-63.

101. Psychotropic Medication Protocols for children and adolescents. Riverside County Department of Mental Health. January 3, 2000.

102. Psychotropic Medication Utilization Parameters for Foster Children. Developed by: Texas Department of State Health Services. 2005.

103. Quintana H, Keshavan M. Case study: risperidone in children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 Oct; 34(10): 1292-6.

104. Riddle MA, Bernstein GA, Cook EH, Leonard HL, March JS, Swanson JM. Anxiolytics, adrenergic agents, and naltrexone. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 May; 38(5): 546-56.

105. Rifkin A, Wortman R, Reardon G, Siris SG. Psychotropic medication in adolescents: a review. *J Clin Psychiatry* 1986 Aug; 47(8): 400-8.

106. Roessner V, Banaschewski T, Rothenberger A. [Therapy of tic disorders]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2004 Nov; 32(4): 245-63. [Article in German]

107. Rogers SJ. Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *J Clin Child Psychol* 1998 Jun; 27(2): 168-79.

108. Santosh PJ, Baird G. Pharmacotherapy of target symptoms in autistic spectrum disorders. *Indian J Pediatr.* 2001 May; 68(5): 427-31.
109. Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsoyich L, Peterson BS. A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology.* 2003 Apr 8; 60(7): 1130-5.
110. Scahill L, McCracken J, McDougle CJ, Aman M, Arnold LE, Tierney E, Cronin P, Davies M, Ghuman J, Gonzalez N, Koenig K, Lindsay R, Martin A, McGough J, Posey DJ, Swiezy N, Volkmar F, Ritz L, Vitiello B. Methodological issues in designing a multisite trial of risperidone in children and adolescents with autism. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001 Winter; 11(4): 377-88.
111. Schreier HA. Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998; 8(1): 49-59.
112. Shea S, Turgay A, Carroll A, Schulz M, Orlik H, Smith I, Dunbar F. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics.* 2004 Nov; 114(5): e634-41. Epub 2004 Oct 18.
113. Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 Sep; 41(9): 1026-36.
114. Stigler KA, Potenza MN, McDougle CJ. Tolerability profile of atypical antipsychotics in children and adolescents. *Paediatr Drugs.* 2001; 3(12): 927-42.
115. Szigethy E, Wiznitzer M, Branicky LA, Maxwell K, Findling RL. Risperidone-induced hepatotoxicity in children and adolescents? A chart review study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9(2): 93-8.
116. Turgay A, Binder C, Snyder R, Fisman S. Long-term safety and efficacy of risperidone for the treatment of disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Pediatrics* 2002 Sep; 110(3): e34.
117. Van Bellinghen M, De Troch C. Risperidone in the treatment of behavioral disturbances in children and adolescents with borderline intellectual functioning: a double-blind, placebo-controlled pilot trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001 Spring; 11(1): 5-13.
118. Vanelle JM. [Profile of the action of neuroleptics in deficit schizophrenia.] *Encephale* 1996 Jun; 22 Spec No 2: 33-9. [Article in French]
119. Vitiello B. Current research highlights in child and adolescent psychopharmacology. *Curr Psychiatry Rep* 2000 Apr; 2(2): 110-6.
120. Volkmar FR. Pharmacological interventions in autism: theoretical and practical issues. *J Clin Child Psychol* 2001 Mar; 30(1): 80-7.
121. Wagner KD, Kowatch RA. *Child and Adolescent Bipolar Disorder: Focus on Differential Diagnosis and Management.* ACCESS Medical Group, 2001.
122. Werry JS. Long-term drug use in psychiatric disorders in children. Facts, controversies and the future. *Acta Paedopsychiatr* 1993; 56(2): 113-8.
123. West SA, McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE, Jr., McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am. J. Psychiatry* (1995) 152: 271-273.
124. Whitaker A, Rao U. Neuroleptics in pediatric psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992 Mar; 15(1): 243-76.
125. Wiener JM. Psychopharmacology in childhood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1984 Dec; 7(4): 831-43.
126. Wyatt, R. J. (1995) Early intervention in schizophrenia: can the course of the illness be altered? *Biological Psychiatry*, 38, 1-3.

СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОТРУДНИЧЕСТВО ИНТЕРНИСТА И ПСИХОТЕРАПЕВТА

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

В практике интерниста соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) — одно из наиболее распространенных заболеваний пубертатного периода. По нашим данным, неустойчивая вегетативная регуляция отмечена у 95% подростков. Трудно найти еще одну нозологическую форму, которая имела бы столь значительное количество этиологических факторов и проявлялась столь пестрой и многочисленной клинической симптоматикой. Десятая международная классификация заболеваний (МКБ-10) описывает это страдание следующим образом: «Первый тип симптомов — это жалобы, основанные на объективных признаках вегетативного раздражения — сердцебиение, потливость, покраснение, тремор и беспокойство относительно возможности нарушения здоровья. Второй тип — субъективные жалобы неспецифического характера, которые пациент соотносит к каким-либо органам или системам тела (боли, жжение, тяжесть, напряжение и пр.). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства. Главным признаком соматоформных расстройств является повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на отрицательные повторные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Течение расстройств хроническое и неустойчивое и часто ассоциируется с нарушениями социального, межличностного и семейного поведения».

Сутью заболевания следует считать нарушения вегетативной регуляции функции внутренних органов [1]. Страдают как центральные регуляторные механизмы (гипоталамическая дисфункция), так и периферические — дисбаланс вегетативного рецепторного аппарата. Уникальность и своеобразие заболевания состоит в том, что являясь по природе психическим заболеванием (F45.3 в МКБ-10) оно клинически, прежде всего, проявляется висцеральными нарушениями и на практике переходит в компетенцию интернистов.

С учетом всех факторов нам более импонируют представления о вегетативной дистонии интернистов. Нейроциркуляторная дистония — полиэтиологическое страдание, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающиеся доброкачественностью и хорошим прогнозом [3].

Структура и функциональное значение вегетативной нервной системы (ВНС). Во всех представленных определениях, несмотря на их различие и подходы к трактовке, присутствует один объединяющий признак — вегетативная дистония. Исходя из этого, кратко рассмотрим функциональное

значение и организацию ВНС. Это позволит понять природу различных трактовок данного заболевания и найти в каждой из них рациональное зерно. К ВНС относят отделы центральной и периферической нервной системы, регулирующие физиологические процессы висцеральных систем организма. Выделяют уровни функционирования и регуляции ВНС.

Сегментарный уровень включает интрамуральные и ганглионарные вегетативные образования, спинальные и отчасти бульбарные структуры. Различают симпатический и парасимпатический отделы. Функциональное значение сегментарного уровня ВНС состоит в поддержании автоматизма и базальной функции внутренних органов в состоянии покоя. Потребности функциональных систем, т. е. взаимодействие органов для достижения какого-либо конечного результата (например, обеспечения оптимального уровня АД, газового состава крови и пр.) этот уровень не предусматривает. Важно, что нарушения в сегментарной ВНС проявляются клиническими симптомами с четкой топографической детерминированностью, т. е. изолированным нарушением функции того или иного органа.

Надсегментарный уровень включает компоненты лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК) и некоторые другие структуры мозга, включая и определенные отделы коры. Структуры ЛРК (гипоталамус, таламус, ретикулярная формация, ринэнцефальные образования) осуществляют вегетативную регуляцию в рамках функциональных систем в целом (координация деятельности различных внутренних органов для достижения конечного приспособительного результата), а также — межсистемную координацию. Надсегментарные аппараты ответственны за адаптивное поведение в реальных жизненных условиях.

Эрготропная система гипоталамуса способствует приспособлению к меняющимся условиям внешней среды, обеспечивает физическую и психическую деятельность, течение катаболических процессов. Она обеспечивает психическую активность, моторную активность, вегетативную мобилизацию. Для этого используются аппараты сегментарной симпатической системы.

Трофотропная система поддерживает анаболические процессы, обеспечивает нутритивные функции, способствует поддержанию гомеостатического равновесия. Трофотропная система связана с периодом отдыха, системой пищеварения. Ее действие реализуется через вагоинсулярный аппарат.

Таким образом, функционирование ВНС подразумевает:

- сохранение гомеостаза за счет регуляции функции внутренних органов;
 - обеспечение различных форм психической и физической деятельности,
- а также — адекватного приспособительного, целостного поведения.

Надсегментарные структуры тесно взаимодействуют с корой головного мозга. Именно через нее ЛРК получает информацию о необходимости изменить уровень активности висцеральных систем и поведенческие реакции для соответствующего энергетического обеспечения физической и психической деятельности.

Связь надсегментарных вегетативных структур с соматической нервной системой обеспечивает вегетативный контроль и над соматическими функциями. Т. о., деятельность скелетной мускулатуры и внутренних органов, органов чувств и висцеральных систем оказывается тесно увязанной. Наличие

данных связей используют для коррекции вегетативной дисфункции, воздействуя через кору (психотерапия) и соматическую нервную систему (релаксационная гимнастика, ароматерапия, цветотерапия, музыкотерапия и пр.). Положительный эффект этих воздействий указывает преимущественно на центральные механизмы вегетативных соматических расстройств.

Как видно, надсегментарный уровень ВНС, прежде всего ЛРК, — это своего рода перекресток, зона переключения сопряжения и координация информации, поступающей через кору, вегетативные рецепторы внутренних органов, рецепторы соматической нервной системы. На уровне ЛРК происходит интеграция и координация психической, соматической и вегетативной деятельности, гормонального и иммунного гомеостаза, метаболического профиля организма. Ретикулярная формация и ключевое звено ЛРК — гипоталамус обеспечивают единство нервной, эндокринной и иммунной систем, общность механизмов их адаптации. То, что раньше представлялось как изолированные системы, сегодня рассматривается как единый комплекс защиты и адаптации организма [4], а в отдельности иммунная, нервная и эндокринная системы — как компоненты суперсистемы, имеющие обратную биологическую связь друг с другом. Поэтому нарушения функции надсегментарных образований изменяют адаптивное поведение, формируют сложный клинический синдром, складывающийся из эмоциональных, поведенческих, вегетативных, соматических и чувствительных расстройств. Вполне очевидно, что СВД выходит за рамки чисто вегетативной патологии.

Рассмотрение функциональных особенностей надсегментарных вегетативных образований позволяют сделать следующие выводы:

- Надсегментарные нарушения должны проявляться полиморфностью клинической картины. Возможность строго изолированного вовлечения какой-либо одной системы или органа сомнительна. Моносимптомность — это результат либо недостаточного выявления, либо субклинического течения расстройств в других системах.

- Многообразие связей ЛРК предполагает широкий круг факторов, способных приводить к нарушению его функции.

- Врач каждой специальности может найти в вегетативной дисфункции свои аспекты, свои этиологические и патогенетические механизмы, т. к. вегетативная дистония действительно чрезвычайно широкое понятие. Это и заболевание, это и состояние организма, и в то же самое время интегральный критерий качества и количества здоровья.

Причины вегетативной дистонии у подростков. К числу специфичных только для пубертатного периода относятся:

- Анатомо-физиологические особенности ЦНС. Для подростков характерны незавершенность развития, лабильность корково-подкорковых взаимоотношений, слабое развитие гематоэнцефалического барьера, защищающего гипоталамус от поражения патогенными факторами: вирусами, токсинами и пр. Это существенно облегчает формирование вегетативной дисфункции.

- Собственно пубертатный период и нейроэндокринная перестройка. Усиление эрго- и трофотропных процессов, нарастание активности нейромедиаторов и гормонов сопровождаются выраженной лабильностью вегетативной нервной системы. Поэтому в той или иной мере признаки перифериче-

ской вегетативной дисфункции уже есть практически у всех подростков.

- Нарушения в темпах физического и полового развития. Частота отдельных синдромов вегетативной дистонии оказывается неодинаковой при разных темпах полового созревания. Максимальная представленность всех синдромов отмечена при бурном развитии, минимальная — при задержке полового созревания. Анализ подобных данных позволяет рассматривать пубертатную нейроэндокринную перестройку как важный фактор развития, поддержания и усугубления вегетативной дистонии. Вторым доказательством этого положения служит исчезновение или уменьшение клинической симптоматики после выхода больных из пубертатного периода.

- Семейные причины вегетативной дистонии. Риск развития вегетативной дистонии у детей определяют здоровье матери в период беременности, особенности течения родов. Отягощенный перинатальный анамнез ответственен за врожденную неполноценность гипоталамических структур — ключевого звена в патогенезе вегетативных дистоний. Вегетативная дистония имеет семейный характер. Можно предположить, что наследуется не сама вегетативная дистония, а характер вегетативных реакций, т. е. готовность к вегетативным дисфункциям. Очевидно, тип вегетативного статуса можно считать одним из критериев конституции человека.

- Психосоциальная дизадаптация: учебная перегрузка, трудности вхождения в новую социальную роль; завышенные притязания (планка социальных требований устанавливается выше возможностей подростка), семейная дизадаптация, нереализованная или неправильно реализованная сексуальность подростков

- Другие причины вегетативной дистонии: хроническая очаговая инфекция в носоглотке, аллергические процессы, острые инфекционные заболевания, частые респираторные инфекции, СВЧ-поле; экзогенные интоксикации, эндогенные интоксикации, органические заболевания ЦНС, эндокринные дисфункции, органические заболевания внутренних органов и пр.

Клиническая симптоматика. Фактически вегетативная дистония как проявление гипоталамической дисфункции должна представлять комплексные психонейроэндокринноиммунные расстройства:

- Эмоционально-тревожный синдром: при волнении появляются - сердцебиение, потливость рук, дрожь в конечностях, боли и неприятные ощущения в животе, императивные позывы к мочеиспусканию; беспокойство и тревога без видимых причин, волнение при посещении врача, нарушения сна - трудно заснуть, тревожный сон с пробуждениями, скрипом зубами (бруксизмом) и разговорами; грызение ногтей, ощущение озноба и «мурашек по всему телу», раздражительность и агрессивность, частые ссоры с родителями, недовольство своей жизнью.

- Астенический синдром: сильная усталость, вялость, разбитость, беспричинная раздражительность, рассеянность, трудность сосредоточения и концентрации внимания, безразличие ко всему, низкая работоспособность, шум и тяжесть в голове во второй половине дня, головные боли к концу дня, недостаточный сон.

- Дизадаптационный синдром: ортостатические головокружения, головокружения с других ситуаций, обмороки, вестибулярные расстройства, ме-

теочувствительность, плохая переносимость резких запахов и душных помещений.

- Нарушения терморегуляции: затяжной субфебрилитет.
- Болевой синдром и чувствительные расстройства: частые беспричинные головные боли, мышечные боли, артралгии, боли в различных частях тела без видимых причин, зябкость и парестезии в конечностях.
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром: диффузные головные боли после пробуждения, сочетающиеся с головокружением и подташниванием; припухлость лица и нижних век по утрам, беспричинные носовые кровотечения, ухудшение самочувствия после длительного сна.
- Кардиальный синдром: кардиалгии и сердцебиение в покое и при эмоциональном напряжении, острые боли в сердце на вдохе, ощущение перебоев и замирания сердца, пульсации в голове. ЭКГ феномены: синдром преждевременной реполяризации желудочков, миграция водителя ритма, синусовая и другие аритмии, нарушения реполяризации миокарда; митрально-хордальные дисфункции, пролапс митрального клапана; гиперкинетический кардиальный синдром, феномен нулевого тона, функциональная легочная гипертензия с централизацией кровообращения, изменения артериального, венозного тонуса, церебральной гемодинамики; нарушения реологических свойств крови. Изменения сосудов глазного дна. Допплеровские исследования сосудов ног подтверждают и магистрализацию кровотока и венозную недостаточность.
- Респираторный синдром: ощущение неполноты вдоха и нехватки воздуха в покое, беспричинные приступы затрудненного дыхания и кашля, зевота. Чаще появляется при парасимпатической направленности вегетативных сдвигов. Он обусловлен повышением тонуса бронхиол, нарушениями оксигенации крови, повышением давления в системе легочной артерии. При спирометрическом исследовании фиксируются нарушения ритма дыхания и его глубины. Возможно поверхностное дыхание с неэффективной вентиляцией легких и слабыми дыхательными шумами при аускультации легких, либо саккадированным дыханием. Типичен гипервентиляционный синдром при увеличении минутного объема дыхания, при котором формируется дыхательный алкалоз. Могут быть псевдоастматические приступы.
- Абдоминальный синдром: боли в животе при волнении, метеоризм, отрыжка, тошнота, неустойчивый стул, частые поносы или запоры, боли в правом боку при физической нагрузке. Данные инструментальных исследований укладываются с клиническую картину функционального нарушения желудка, функционального демпинг-синдрома, хронического поверхностного распространенного гастродуоденита, катарального проктосигмоидита, дискинезии кишечника, дискинезии желчевыводящих путей. Расстройства желудочно-кишечного тракта чаще развиваются на фоне истероидных черт характера: «меня тошнит от этого человека, меня мутит в этой обстановке». Психогении подтверждаются эффектом плацебо.
- Геморрагический синдром: носовые кровотечения, экхимозы, вторичные нарушения свертываемости крови — тромбоцитопатии, синдром Виллебранда (обусловлен нарушениями сосудисто-тромбоцитарного гемостаза).
- Периферическая вегетативная дисфункция: цианоз кистей или ногте-

вых фаланг, гипергидроз кистей рук и подмышечных впадин, тремор рук, мраморность кожи, холодные руки, гиперемия лица.

- Эндокринные нарушения. Гипоталамический синдром периода полового созревания, нарушения функции щитовидной железы. Нарушения менструального цикла: альгодисменорея, предменструальный синдром, ювенильные маточные кровотечения.

- Иммунные расстройства: склонность к частым простудным заболеваниям, вторичный иммунодефицит, хроническая очаговая инфекция, нарушения клеточного и гуморального иммунитета, аллергии, нейродермит.

Вегетативная дисфункция как интегральное понятие. Спектр клинических проявлений вегетативной дистонии охватывает практически все возможные органы и системы. Вегетативную дистонию действительно можно рассматривать не только как заболевание, укладывающееся в узкие рамки конкретной нозологической формы, но и как проявление системных психо-нейроэндокринноиммунных расстройств. В связи с этим вегетативная дистония может выступать в роли интегрального маркера соматического здоровья и степени дизадаптации организма [2].

На наш взгляд, понимание сути вегетативной дистонии у подростков может облегчить модель данного заболевания, которой может послужить детская игра — деревянные кубики, из которых надо выложить картинку по прилагаемому образцу. Получаемая картинка и есть вегетативная дистония как цельное понятие. В то же время каждый кубик является самостоятельной нозологической единицей (дискинезия желчевыводящих путей, дискинезия кишечника, функциональное нарушение желудка, мигрень, гиперкинетический кардиальный синдром, носовые кровотечения, затяжной субфебрилитет и пр.). Это и заболевание, и состояние организма, и в то же самое время интегральный критерий качества и количества здоровья.

Диагностика вегетативной дисфункции складывается из ряда этапов:

1 этап — установление факта вегетативной дисфункции по характерному симптомокомплексу жалоб и данных осмотра (периферическая вегетативная дисфункция):

Системы	Избыточные симпатoadреналовые влияния	Избыточные вагоинсулярные влияния
Сердечно-сосудистая	сердцебиение, тахикардия, острые кардиалгии, гиперкинетический тип кровообращения, артериальная гипертензия	брадикардия, головокружение, нарушения ритма и проводимости сердца, артериальная гипотензия
Респирационная	учащение дыхания, расширение просвета бронхов	урежение дыхания, сужение просвета бронхов, респираторный дискомфорт
Пищеварительная	подавление секреции пищеварительных соков, торможение моторики полых органов	повышение секреции пищеварительных соков, усиление моторики полых органов (расстройства стула, болевой синдром), тошнота, рвота

2 этап — определение типа вегетативного дисбаланса на основании: симпатико- или ваготонической направленности жалоб и объективных данных, специальных вегетативных проб оценки вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения (кардиоинтервалография, спектральный анализ сердечного ритма, фармакологические пробы);

3 этап — верификация этиопатогенетического варианта вегетативной дистонии и ведущего этиологического фактора: преобладание отрицательных психоэмоциональных факторов, наличие перинатального поражения гипоталамических структур, нарушенное течение пубертатного периода.

Особо следует подчеркнуть, что симптоматикой вегетативной дистонии может проявиться весьма значительное число органических заболеваний как головного мозга, так и грудной и брюшной полости.

Лечение вегетативных дисфункций. Перспективы лечения, очевидно, будут определяться этиопатогенетическим вариантом заболевания. Поэтому истинно СВД может быть устранена полностью после коррекции психогенных причин его развития. Вегетативная дистония на фоне, например, перинатальных поражений гипоталамуса будет достаточно стойкой. Вполне вероятны рецидивы в сложные периоды жизни: пубертат, климакс, мощные и длительные стрессы.

Принципы лечения включают следующие мероприятия:

1. Нормализация образа жизни (сон, питание, физическая и сексуальная активность, психологический комфорт). Важность этого основополагающего принципа (режим дня, регулярное питание, достаточная физическая активность, максимальная занятость в течение дня с отсутствием времени для эмоциональных переживаний) была показана на примере коррекции вегетативной дистонии у солдат.

2. Устранение пускового и поддерживающего фактора (психотравмирующая ситуация или соматическое заболевание).

3. Семейные аспекты — необходимо лечить семью в целом.

4. Разъяснение сути заболевания и воспитание у больного активного отношения к своему заболеванию. Сделать подростка здоровым без желания самого подростка нельзя.

5. Длительность и комплексность лечения.

Основу составляет немедикаментозное лечение и ее ключевой компонент — психотерапия. Нередко помощь психотерапевта является определяющей. К числу воздействий следует отнести:

1. Воздействие на внутренние органы через мышцы: аутогенная тренировка, релаксационная гимнастика.

2. Воздействие на внутренние органы через органы чувств: цвето-, арома-, звуко- (музыка-), вкусотерапия.

3. Дыхательная гимнастика (воздействие на вегетатику путем регуляции глубины и частоты дыхания).

4. Рефлексотерапия - все ее виды.

5. Массаж и коррекция шейного отдела позвоночника.

6. Физиотерапия. Диагностически значима плохая переносимость электропроцедур. Хороший эффект дает трансцеребральная гальванизация.

В медикаментозном лечении предусмотрены три основных направления:

1. Улучшение функционального состояния гипоталамуса: коррекция церебральной гемодинамики и улучшение метаболизма головного мозга (ноотропы).

2. Воздействие на ведущий синдром и отдельные органы, например, улучшение метаболизма миокарда, нормализация венозного тонуса и пр.

3. Коррекция вегетативного дисбаланса.

К сожалению, интернисты не всегда понимают суть вегетативной дисфункции и стараются лечить медикаментозно каждое соматическое проявление отдельно. В результате мы сталкиваемся с полипрагмазией и ятрогениями у подростков. Вместе с тем, в коррекции данных нарушений помощь психотерапевта нередко является решающей. Оптимальным вариантом коррекции вегетативной дисфункции мы считаем сотрудничество интерниста и психотерапевта. Такой подход успешно реализуется в медико-социальных отделениях для подростков — клиниках, дружественных к молодежи.

Заключение

Вегетативные дистонии можно считать наиболее характерным спутником пубертатного периода. Они свидетельствуют о нарушениях в единой психонейроэндокринноиммунной системе и проявляют себя формированием ранних начальных стадий заболеваний и функциональных отклонений с множественными клиническими признаками. Их можно сгруппировать, выделить синдромы и рассматривать как отдельные нозологические формы, например, дискинезия желчевыводящих путей, дискинезия кишечника, функциональное нарушение желудка, мигрень, гиперкинетический кардиальный синдром, носовые кровотечения, затяжной субфебрилитет и пр.

СВД имеют двойственную трактовку. С клинических позиций - это реальная нозологическая форма, имеющая свой раздел в международной классификации заболеваний — F.45. В общебиологическом значении, СВД — интегральный критерий степени дизадаптации, отражение суммы имеющихся соматических, психических и репродуктивных нарушений. При этом все эти заболевания являются или причиной, или следствием вегетативной дистонии. Кроме того, степень СВД отражает выраженность психологического и социального неблагополучия. Наличие вегетативных нарушений указывает на снижение качества жизни и неблагоприятные сдвиги в процессах адаптации подростка к факторам внешней среды (природной и социальной).

На примере вегетативной дисфункции отчетливо прослеживается единство соматического, психического и репродуктивного здоровья подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. - М.: Мед. информгентство, 2003. — 752 с.

2. Куликов А.М. От «невроза сердца» к соматоформной вегетативной дисфункции: эволюция представлений // Росс. семейный врач, 1999, № 4. - С. 23-28.

3. Маколкин В.И., Абакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в практике терапевта. - М.: Медицина, 1985. — 185 с.

4. Adler R., Cohen N., Felten D. Psychoneuroimmunology: interaction between the nervous system and the immune system // Lancet, 1995, Vol. 345, № 8942. - P. 99-103.

**ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 6–10 ЛЕТ²
Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва).**

Рекомендации по диагностике.

Для составления более объективной картины развития следует привлекать достаточно большой объем данных динамических наблюдений за поведением ребенка в различных ситуациях: естественных условиях и более структурированных, сведения анамнеза и оценки других специалистов. При этом результаты, которые он демонстрирует в свободной активности, без внешнего контроля, в большей степени соответствуют его «истинному» уровню. Однако различия «истинных» и «фальшивых» проявлений вовсе не сводятся к ситуативным несоответствиям в поведении. Данные понятия не соотносятся с конкретными поведенческими паттернами напрямую. Дифференциация проявлений «Истинного» и «Фальшивого Я» требует более глубокого анализа истории развития ребенка и качественных особенностей его взаимодействия с окружающими (см. табл. 3).

Разделение групп по уровням (табл. 2) и конкретным поведенческим проявлениям является в определенной степени условным, т. к. не учитывает индивидуальной специфики развития. Однако полученная классификация позволяет выделить общие направления и перспективы развития ребенка.

Интегративным показателем благополучия в эмоционально-личностном развитии является способность к символизации эмоционального опыта. В норме ребенок достигает готовности к социализации, когда может свободно использовать символические средства саморегуляции [9, 19, 33]. Поэтому данный показатель становится важнейшим для определения прогноза социальной адаптации. По нашим результатам, наиболее благоприятный прогноз связан с развитием способности к интеграции эмоционального опыта на уровне аффективных образов и в речи, что характеризует развитие «Истинного Я» («Автономный» уровень). Преобладание досимволических средств регуляции и искажения в развитии символических функций свидетельствует о преобладании в развитии «Фальшивого Я», что дает основание для неблагоприятного прогноза («Рудиментарный» и «Симбиотический» уровни).

Оценка динамики.

Позитивные и негативные изменения в эмоционально-личностном развитии детей выражаются в динамике взаимосвязи «Истинного» и «Фальшивого Я». Негативные изменения связаны с увеличением расхождения в развитии этих составляющих, что может выражаться в следующих тенденциях:

1) Наблюдаются различия в динамике развития «истинных» и «фальшивых» способов регуляции, признаки изоляции. Быстрое освоение внешних способов регуляции не позволяет компенсировать самостоятельных трудностей. Примитивные и более сложные способы поведения и коммуникации продолжают сосуществовать, используются в зависимости от ситуативных факторов. Когнитивные функции и отдельные навыки развиваются изолированно, без возможности их свободного, творческого использования.

² Окончание. Начало см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2008 (8), № 2.

Таблица 3.

Условные критерии дифференциации проявлений
«Истинного» и «Фальшивого Я»

	«Истинное Я»	«Фальшивое Я»
Субъективное впечатление, ощущения от контакта.	«Живые», эмоционально насыщенные, спонтанные или самопроизвольные проявления, которые производят впечатление «авторства» и «соответствия» внутреннему состоянию. В общении они, как правило, имеют определенное значение «для другого». Могут вызывать самые разные чувства, которые достаточно легко выразить и определить.	Статичные, механистичные, отчужденные проявления, обычно лишённые эмоциональной окраски. Или эмоциональные реакции кажутся искусственными: наигранные, вычурные. Поведение производит впечатление бессмысленности, вынужденности, разобщённости (например, противоречия действий, вербальных и невербальных проявлений). Провоцирует ощущения пустоты, диффузное беспокойство, часто необъяснимое раздражение. Гротескное подражание и внешняя подчиняемость могут производить впечатление насмешки. Несмотря на наличие ответных действий или реакций, возникает чувство, что сам ребенок отсутствует или участвует в происходящем «частично». Ведет себя как техническое устройство или машинообразно воспроизводит чужое поведение, действует и говорит «по образцу». Другой при этом может ощущать отношение к себе, как к вещи, собственное отсутствие или временное «выпадение» из ситуации.
Особенности динамики	Медленное прогрессивное развитие, усложнение. Приобретаются и используются относительно свободно, адекватно внутреннему состоянию и внешним условиям. Возможны временные регрессы.	Внешние способы регуляции эмоций и поведения могут осваиваться достаточно быстро, но не интериоризируются. Могут со временем становиться еще более ригидными, свернутыми, выхолащенными стереотипами, которые жестко привязываются к ситуации, определенным внешним стимулам или требованиям. «Регрессы» могут иметь более масштабный характер. Например, отказ от всего, чему научили.
Взаимодействие внутреннего и внешнего мира.	Самовыражение, коммуникация, творчество.	Уход в иллюзии, подмена самостоятельного, личного участия в происходящем, общении с окружающими. Замещение самовыражения чужими или ожидаемыми проявлениями, вплоть до полного отчуждения чувств, мыслительных способностей, любых других проявлений активности. (В отличие от этого, норме и пограничных случаях «Фальшивое Я» может использоваться как средство достижения значимых целей).

2) Крайняя степень расхождения выражается в нарастании ригидности, механистичности в поведении, эмоциональной отчужденности, замещении проявлений инициативы, эмоционального контакта с окружающими, сопротивления имитациями, стереотипами реагирования, выученными штампами, в отказе от символизации собственного опыта в пользу аутостимуляций, фантазирования, внешних идентификаций или соматических симптомов.

По нашим данным, степень расхождения в развитии «Фальшивого Я» и «Истинного Я» по уровню (во сколько раз «фальшивые» достижения превы-

шают «истинные») зависит от тяжести ранних нарушений во взаимоотношениях с окружением, и силы³ «Истинного Я» ребенка.

Таблица 4.

Типичные проявления положительной динамики по уровням

«Рудиментарное Я»	«Симбиотическое Я»	«Автономное Я»
Развиваются самостоятельные стереотипы взаимодействия с окружающим и коммуникации. Интенсивность аутистимуляций при этом снижается. Дети начинают выделять среди взрослых значимое доверительное лицо, сопротивляться разлуке, избегать незнакомых. Становятся более упорядочены в поведении, осторожнее во взаимодействии с окружающим. Вместе с тем усиливаются протестные реакции при неудовлетворении. Усложняется символическая активность: появляются более ритмизированные изображения (Рис. 1), возможность подключения к простым играм. Дети, у которых ранее наблюдалось использование речи, начинают чаще обращаться «от себя», обозначать свои желания.	Наблюдаются качественные изменения в общении детей с взрослыми, сверстниками и в отношении к школьным занятиям в целом. Отмечено снижение страхов и доли стереотипного поведения. Дети начинают чаще привлекать внимание к себе и своим интересам, обращаться от себя, напрямую высказывать собственные желания. Увеличение устойчивости к негативным переживаниям выражается в появлении более стеничных способов преодоления сложностей, способности признавать неудачи и ошибки, напрямую отказываться. Достигается частичное различие и осознание внутреннего мира себя и «другого». На символическом уровне динамика выражается в появлении спонтанных символических образов и вербальных обозначений, связанных с актуальным эмоциональным опытом.	Принимают общие правила в общении с авторитетными взрослыми. Становятся менее зависимыми от внешней поддержки. Проявляют большую инициативу на совместных занятиях, попытки помощи и кооперации с другими. Физические проявления агрессии сменяются вербальными и игровыми формами. Отмечено снижение школьной тревожности. В оценке других и себя дети начинают объединять противоположные качества. Вместо обращений к чужим объяснениям, пытаются самостоятельно размышлять о своем опыте, сопоставляют желания и реальные возможности, что отражает продвижение к «подлинной» автономии.

Положительные изменения выражаются в усилении связи «истинной» и «фальшивой» линий развития. Это может проявляться следующим образом:

1) Возникает конфликт самостоятельных и внешне освоенных установок (отказы от навязанных стереотипов, протесты, усиление стремления к самоутверждению).

2) Появляются возможности более свободного использования внешних стереотипов и способов взаимодействия в соответствии с «истинными» целями (например, выученные правила формального общения из способов избегания контакта превращаются в средства привлечения внимания; навязчивое увлечение изучением энциклопедий, замещавшее реальное участие в происходящем, становится способом привлечения внимания и поводом для общения с окружающими).⁴ Эти изменения сопровождаются улучшением

³ Сила «Я» проявляется в толерантности к неудовлетворенному аффективному напряжению, в их переносимости субъектом без распада поведения, в способности подчинять эти напряжения с целью преодоления объективных препятствий их реализации [3].

⁴ Сходная динамика описана в одной из случаев в работе Беттельхейма [5]. Аутичный мальчик Джой с особой поглощенностью выстраивал вокруг себя механические конструкции, которые использовались для тотального контроля внешнего мира, собствен-

качества социальной адаптации.

Положительная динамика в «истинном» эмоционально-личностном развитии также выражается переходом с одного из условно выделенных уровней на последующий. Эти изменения (см. табл. 4) можно ожидать на втором году систематической работы с детьми при условии участия в ней родителей и других взрослых, занимающихся их воспитанием и обучением.

Особенности семейного взаимодействия.

В рамках нашего исследования было показано, что расхождение в развитии «Истинного» и «Фальшивого Я» отражает динамику отношений в диаде «мать-ребенок» и связано не только с эмоционально-личностной незрелостью ребенка, но и отсутствием готовности к внутренним изменениям во взаимодействии диады в новых социальных условиях. С одной стороны, расхождение этих составляющих обеспечивает достижение внешней адаптированности. С другой - поддерживается участниками диады в целях самозащиты в структуре искаженного симбиоза. В рассмотренных случаях поведение участников диады отражало фетишистский стиль отношений. Межличностное взаимодействие с раннего возраста ребенка замещалось: 1) примитивными формами физического взаимодействия, которые ригидно сохранялись, приобретая инцестуозный характер; 2) контролируемые, предметно опосредованными совместными занятиями (бытовыми ритуалами и заданиями учебного типа). Восприятие «истинных» возможностей детей искажалось материнскими проекциями. Наблюдались тенденции к замещению спонтанных проявлений более «полезным» и «правильным» с точки зрения принятых норм, явные преувеличения отдельных достижений, получивших социально желательную оценку. К школьному возрасту под давлением новых социальных требований эти особенности усиливаются. Роль ученика и одобряемые способы поведения «приписываются» детям без подлинной поддержки развития их самостоятельных возможностей, а в тяжелых случаях – навязываются взамен им. Отсутствие внутренних изменений в отношениях компенсируется в основном за счет внешних проявлений заботы и внешних достижений. В результате, поведение родителей во многом подкрепляет «фальшивые» проявления и фиксирует «истинные» достижения детей на прежнем уровне.



Рис. 1 Появления ритма в изображениях при переходе от «Рудиментарного» к «Симбиотическому» уровню (К.М. 6 лет 8 мес. - 9 лет 7 мес.).

венных действий и чувств. Позднее демонстрировал более адекватный, связанный с социальной действительностью интерес к технике.

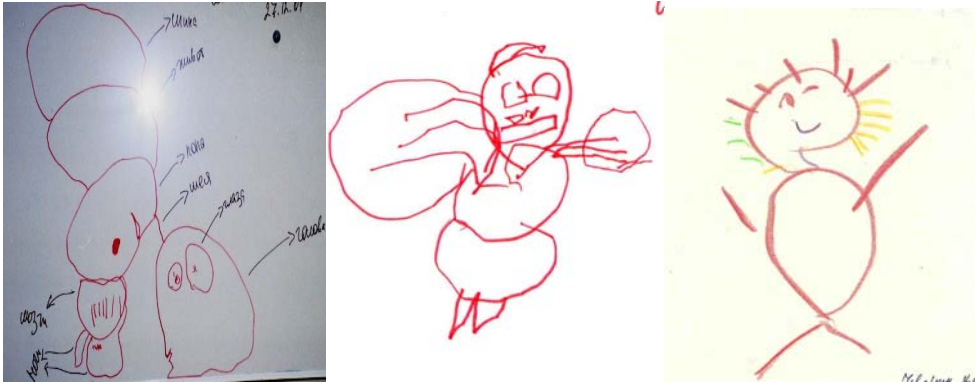


Рис. 2. Динамика образа себя при переходе «Симбиотический» - «Автономный» уровень (С.Ч. 6-8 лет).

Данные тенденции могут быть следствием первоначальных установок родителей, и отражают их реакции на ощущения эмоциональной пустоты и хаоса, которые провоцирует поведение аутичных детей⁵. По-видимому, формально контролируемые формы взаимодействия в ряде случаев являются единственно возможными средствами продолжительного общения с ними. Отдельные успехи и достижения, даже «фальсифицированные», позволяют сохранять надежду на улучшения.

Описанная система отношений характеризуется крайней ригидностью, что создает значительные трудности в терапевтической работе. Однако, как показывает наш опыт, необходимость использования подобного рода защит снижается на фоне улучшения состояния детей и их родителей.

Основные практические рекомендации.

1. Работа с семьей.

Установление и поддержание контакта с родителями, как и детьми с аутизмом, обычно требует значительных усилий и времени. Первоначально они могут выражать чувства тревоги и отчаяния по поводу состояния ребенка и собственной социальной неуспешности посредством проекций на «враждебные», «неподходящие» внешние условия или других лиц. Собственные наблюдения за развитием и поведением детей часто замещаются нормативными штампами, мистификациями или рационализациями, заимствованными у других специалистов и литературных источников. «Разрушать» представления, которые родители приносят на первые встречи, в большинстве случаев нецелесообразно, т. к. это может усилить защитные тенденции. По мере установления доверительных отношений и проработки наиболее конфликтных, травмирующих моментов в воспитании, можно ожидать постепенного восстановления более целостной, реалистичной картины развития ребенка внутри семьи. Важными условиями здесь являются постоянство контакта со специалистами, их способность сопереживать, «выдерживать» и осмысливать проблемы ребенка, связывать его поведение с происходящими событиями,

⁵ Мы не отрицаем значения других этиологических факторов развития аутистических расстройств, однако не останавливаемся подробно на их рассмотрении, т. к. в данном контексте имеет большее значение конечный результат – характер взаимодействия с окружающими.

несмотря на видимую «бессмысленность» и эмоциональную выхолощенность. Интерпретации тех или иных проявлений, перспективы работы и рекомендации стоит систематически обсуждать с близкими ребенка, во-первых, с целью их коррекции, во-вторых, во избежание идеализации фигуры специалиста, в третьих, для поддержания отношений сотрудничества. В противном случае, родители либо оказываются полностью отстраненными от работы с ребенком, либо занимают инфантильную, зависимую позицию. Исключительное предпочтение директивных обучающих программ может быть связано со стремлением минимизировать непосредственное взаимодействие с ребенком и контролировать наиболее пугающие аспекты его поведения. Такая позиция может быть более удобной для родителей, однако с точки зрения развития ребенка не является достаточно продуктивной. Углубление «истинного» контакта родителей с детьми достигается на основе внутренней идентификации и эмпатии к их переживаниям. Общее отношение специалиста как к детям, так и к родителям здесь играет более важную роль, чем специфика используемых в работе методик. Например, взаимодействие с родителем как с отдельной, разносторонней личностью может способствовать развитию более целостного образа ребенка. Совместные обсуждения индивидуальных особенностей ребенка, причин поведения, уязвимых и сильных сторон может со временем помочь близким изменить критерии его оценки с условных возрастных нормативов на реальные возможности и успехи, научиться замечать и поддерживать его усилия⁶.

2. Социальная адаптация детей.

Актуальной проблемой для большинства семей является поиск оптимальных условий социализации ребенка в школьном возрасте. Обучение традиционно является важнейшим социальным критерием. По ряду причин для родителей детей-аутистов соответствие этому критерию может стать чрезвычайно значимым, с чем часто связаны неоправданные преувеличения отдельных чисто внешних достижений детей, в частности в интеллектуальной сфере. Из приведенных выше результатов следует, что они не могут стать основой подлинной социализации и не способствуют компенсации эмоционально-личностных нарушений. Поэтому в общении с родителями важно не поддерживать соответствующие иллюзии, а при составлении рекомендаций необходимо ориентироваться, в первую очередь, на «истинные» возможности и потребности развития ребенка. В наиболее тяжелых случаях переориентация на обучение и выполнение школьных требований является преждевременной и неполноценной заменой развития взаимодействия с окружающими. Посещение коммуникативных групп и индивидуальных занятий может быть более эффективным, нежели попытки интеграции в школу. Для детей «Симбиотического» уровня оптимально начинать обучение в более «опекающих» условиях, т. к. на этом этапе поддержка со стороны взрослых имеет ключевое значение. В то же время чрезмерно длительное пребывание в таких условиях подкрепляет зависимое поведение детей и их родителей, и поэтому может стать препятствием «истинной» социализации, предполагающей восприятие и осознание собственной отдельности и ограниченности своих возможно-

⁶ Более подробные рекомендации по работе в данном направлении, представлены в литературных источниках [11, 20, 32, 54, 55, 59].

стей.. По мере накопления позитивного, поддерживающего опыта общения с окружающими должна появиться возможность столкновения с фрустрациями и объективными требованиями. В противном случае, другие продолжают восприниматься как продолжение себя, а внешние обстоятельства остаются в области всемогущего контроля. Более «реалистичные» условия обучения и общения здесь могут стать внешним толчком в развитии. По мере продвижения к «Автономному» уровню дети и их родители, как правило, начинают осуществлять попытки интеграции в другие специальные школы, в которых социальное взаимодействие не ограничивается контингентом детей со схожими проблемами и предъявляются более высокие требования к поведению. По нашим наблюдениям, успешность этого перехода в значительной степени зависит от контакта с учителем. Важно, чтобы учитель стал значимой, авторитетной фигурой для ребенка. Это обеспечивает возможность внутренней идентификации с его позицией и принятие ограничений. Ребенку «Автономного» уровня периодически требуется помощь в преодолении конфликтных ситуаций и внешний контроль выполнения обязанностей, что весьма трудно осуществить в условиях массовой школы. Случаи благоприятной адаптации к этим условиям крайне редки.

Разрешение проблем социализации детей–аутистов, отнюдь не сводится к поискам подходящих условий и конкретных методов, так как характер их использования детьми и их близкими, в конечном счете, отражает внутреннюю динамику их отношений. Сознательная направленность родителей на социализацию часто сочетается с устойчивым, не вполне осознанным сопротивлением, что может быть связано с их собственными детскими страхами, а также условной заинтересованностью в зависимости и болезни ребенка. Особые потребности и психотические проявления ребенка могут быть условиями сохранения определенной семейной структуры или стабилизации эмоционального состояния близких. Причины сопротивления значительно различаются в каждом конкретном случае. Данные тенденции достаточно сложно вовремя отследить, однако их осознание, хотя бы частичное, может существенно облегчить дальнейшую социализацию семьи.

3. Индивидуальная работа с детьми.

Исходя из нашего опыта и описанных результатов, общим условием эффективности является развитие межличностного взаимодействия с ребенком, основанного на поддержке его индивидуации. Это обеспечивает основу «истинного» развития и интериоризации более сложных способов регуляции эмоций и поведения. Несмотря на видимую простоту этого условия, его бывает сложно реализовать в практической работе с аутистами. Эмоциональные состояния, возникающие в общении с данным контингентом, могут провоцировать реакции избегания, чрезмерное стремление к контролю поведения детей, искажения восприятия их особенностей, тенденции использования или «замещения» их способностей, характерные нарушения границ и проч. Все большую популярность приобретают программы, ориентированные на механическую выработку навыков и социально желательных способов поведения. Т. о., фетишистский стиль отношений невольно воспроизводится в поведении специалистов. В практической работе важно отслеживать эти проявления и обсуждать их причины. Здесь стоит отметить, что данные положения не от-

меняют важности обучения аутистов в целом, однако позволяют сместить акценты с формально наблюдаемых результатов на качество взаимоотношений детей с другими людьми и их эмоциональное благополучие.

Описывая результаты, мы постарались показать, что способы реагирования и регуляции поведения, присущие детям, следует рассматривать не как совокупность патологических симптомов, нуждающихся в коррекции, а как особенности организации личности в целом. Все поведенческие и эмоциональные проявления выполняют определенную функцию в общей динамике развития, имеют индивидуальную историю и коммуникативное значение. Поэтому их направленное подавление или замещение на поведенческом уровне часто оказывается неэффективным и может дополнительно усиливать защитные тенденции.

Проявления, которые могут быть отнесены к признакам «Фальшивого Я», являются производными отношений со значимым окружением. Так, навязчивые увлечения обнаруживают связь со сферами активности, которые являются сверхзначимыми для близких⁷. Поведение детей может напоминать карикатуру на родителей или героев, в роли которых их ожидают видеть. Например, мальчик поддерживает себя в «собранном» состоянии навязчивым ощупыванием, «прилипанием» к другим, что воспроизводит опыт физической поддержки, которую чрезмерно длительно оказывала ему мать. Другой ребенок периодически полностью уходит в перелистывание книжек, которые были почти единственным предметом их совместной активности с мамой, поддерживает себя стереотипным воспроизведением воображаемых побед в спортивных играх и познавательной сфере, которые были предметом ее особой гордости и т. д. Не все заимствованные способы поведения повторяют эти отношения буквально, но могут выполнять те же функции внешней поддержки и замены самостоятельного контакта с окружающим, как и симбиотическое взаимодействие в раннем возрасте; характеризуются той же поглощенностью и навязчивостью. В работе с ребенком, на наш взгляд, не стоит поддерживать эти проявления. Попытки интерпретации их функционального значения могут привести к изменениям в поведении детей и восстановлению контакта. Даже в том случае, если ребенок весьма ограниченно понимает обращенную речь, представляется важным проявлять более активную позицию в контакте с ним, что может выражаться, в инициации альтернативных способов взаимодействия или в устранении факторов, которые в конкретный момент вызывают сверхнагрузку. Также важно учитывать, что «фальсификации» в общении часто скрывают агрессивные тенденции. Именно поэтому механические имитации или формально правильные, штамповые ответы могут вызывать сильное раздражение у окружающих. Отслеживание этих реакций может способствовать обнаружению причин, которые вызывают сопротивление и, в конечном счете, оптимизации условий взаимодействия. Развитие эмоционально значимых отношений с другими у детей с аутизмом часто сопровождается мощным высвобождением агрессивных импульсов, которые ранее регулировались посредством избегания контакта или ложной подчиняемости. Крайне нежелательно вводить жесткие запреты на отреагирование

⁷ Аналогичные наблюдения представлены в исследованиях других авторов [2, 5, 54].

этих чувств. Задача психолога на данном этапе заключается в устранении препятствий выражения агрессии на символическом уровне (в игре и речи) и ограничении импульсивных проявлений на уровне действий [29, 42]. Ориентация в работе на «истинные» возможности и потребности развития детей вовсе не означает, что специалисту необходимо обращаться с ребенком, как с младенцем (хотя он может чувствовать и вести себя именно так). Однако, по-видимому, следует частично замещать те функции во взаимодействии, которые в норме выполняют на разных этапах развития ребенка его близкие.

Приоритетные направления терапевтической работы определяются спецификой нарушений на разных уровнях эмоционально-личностного развития. На «Рудиментарном» уровне наиболее значимой задачей является развитие базовых стереотипов коммуникации и взаимодействия с внешней средой. Этим изменениям обычно предшествует достаточно длительный этап привыкания и установления комфортных и стабильных условий взаимодействия. Сюда входит определение оптимальной дистанции, интенсивности (например, тон голоса), длительности контакта, очередности и ритма видов активности. Специалисту необходимо проявить чуткость и интуицию, чтобы «настроиться» на его состояние, в то же время важно не заражаться им полностью и иметь возможность быстро отследить и устранить факторы, приводящие к перевозбуждению, вовремя помочь в организации среды и последовательности действий, поддержать самостоятельные интенции ребенка. Взрослый выполняет функции «защитника» и эмоционального «донора», а также помогает справиться чрезмерным напряжением, которое часто приводит к дезорганизации активности и усилению стереотипий. В этих ситуациях оптимально сохранять контакт с ребенком, постараться в простых выражениях озвучить и тем самым «разделить» его состояние, а в некоторые моменты – оказать физическую поддержку. При видимости непонимания, дети часто реагируют на вербализацию их ощущений, страхов, актуальных потребностей и желаний. Важно выбирать занятия, которые вызывают эмоциональный резонанс, направленное внимание и действия ребенка. Они могут быть служить для поддержания контакта, но не должны замещать общения и самостоятельной активности. Обычно дети этой группы «включаются» в самые простейшие подвижные и сенсорные игры, могут с некоторой помощью участвовать в диалогичных занятиях. Постепенно, при благоприятных условиях активность детей становится более упорядоченной, ритмизированной, они начинают больше внимание уделять другим, устойчиво выделять знакомых и привлекать их внимание, что отражает формирование привязанности и развитие первичной организации «Я».

На «Симбиотическом» уровне положительные изменения (табл. 4) отражают развитие регуляции агрессии и страхов посредством коммуникации, что достигается при условии развития привязанности в новой социальной среде и создания безопасного пространства для непосредственного выражения и символизации данных состояний. Дети этой группы практически постоянно нуждаются в эмоциональной «подпитке» и помощи со стороны значимых взрослых в периоды изменений привычного, при возникновении сложностей и фрустраций. Самостоятельно обращаться за помощью и обозначать актуальные переживания понятным для остальных способом они, как

правило, не могут. Чаще всего пытаются справиться с трудно переносимыми состояниями посредством избегания, стереотипной активности, фантазирования. Выражают эмоциональное неблагополучие соматически или проецируют на внешние события и других людей. Одна из важнейших задач в ходе работы с детьми состоит в определении эмоционального значения наблюдаемых проявлений. На основе опыта взаимодействия с ребенком и знаний общего жизненного контекста могут быть сформулированы гипотезы о том, что выражают данные тенденции и для чего они служат. Если эти предположения доступны для понимания ребенком и соответствуют актуальным переживаниям, поведение и эмоциональное состояние будут изменяться. Опыт понимания окружающими будет в дальнейшем способствовать развитию коммуникации и самостоятельной способности к символизации. Положительная динамика здесь выражается в появлении спонтанных, эмоционально выразительных рисунков и игровых сюжетов, отражающих внутренние состояния детей. Представление эмоционального опыта на уровне аффективных образов позволяет упорядочить и снизить его интенсивность, прежде чем он станет доступным для осознания [39, 50, 57]. Обычно вслед за проигрыванием или изображением значимых эмоциональных состояний появляются вербальные обозначения сначала чувств героев или других людей, затем – собственных.

Положительные изменения на «Автономном» уровне связаны с развитием самостоятельной регуляции состояний фрустрации. Они наблюдаются в условиях, когда интересы и желания детей приняты в окружении, в то же время к ним предъявляются достаточно четкие, адекватные и стабильные требования. Для детей этой группы оказывается особенно важным возможность реализовать свои устремления и чувствовать их ценность для окружающих. Обычно в этих условиях они проявляют большую инициативу в совместных занятиях, появляются попытки помощи и кооперации с другими.

Трудности взаимодействия с окружающими на данном этапе, как правило, связаны с выраженными колебаниями автономии – зависимости. Дети демонстрируют стремление к самоутверждению, бурно протестуют против воли других, в то же время, бояться быть покинутыми, настойчиво требуют внимания и помощи со стороны. Важно, чтобы другой в этой ситуации, напротив, проявил большую устойчивость, не отстраняясь и не изменяя выбранную линию поведения. Оставаясь в эмоциональной доступности по отношению к ребенку, необходимо демонстрировать уверенность в его самостоятельных возможностях. Это создают основы развития у него более стабильного, реалистичного самоощущения [19].

Дети этой группы, в сравнении с предыдущими случаями, активно используют речь и символические образы для выражения и коммуникации внутренних состояний. Однако сохраняется отрицание негативных аспектов собственной личности и фрустрирующего опыта. По мере проработки конфликтных ситуаций они начинают постепенно объединять противоположные качества в образах игр и рисунках, затем идентифицируют амбивалентные состояния и характеристики других лиц, и определяют себя через сопоставление с ними. Появляются попытки самостоятельного осмысления своего опыта, сопоставления желаний и реальных возможностей, что отражает продвижение к «подлинной» автономии.

В рамках данной работы были рассмотрены лишь наиболее общие направления работы с детьми и их родителями. В реальной практике определение задач и выбор способов их решения во многом зависит от специфики индивидуальных случаев. Сходные по внешним признакам тенденции и поведенческие особенности могут иметь разное психологическое значение в динамике взаимодействия ребенка с ближайшим окружением, что определяет важность личностного подхода к анализу нарушений, составлению прогноза развития и терапии детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. - М.: УМК «Психология», 2003.
2. Бардышевская М.К., Цуканова Е.А. Анализ симбиотической привязанности у ребенка с тотальным мутизмом // Московский психотерапевтический журнал, 2007, № 1, стр. 71-99.
3. Бассин Ф.В. О «силе Я» и «психологической защите» // Вопросы философии, 1969, № 2.
4. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития. - М.: «Когито-Центр», 2000. - С. 233-254.
5. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. - М.: Академический Проект, 2004.
6. Боулби Д. Привязанность. - М.: Гардарики, 2003.
7. Брунер Д. Психология познания. - М.: «Прогресс», 1977.
8. Вейс Т.И. Как помочь ребенку? Опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл-общинах. - М.: Моск. центр вальдорфской педагогики, 1992.
9. Винникотт Д. Способность быть в одиночестве // Жур-л практической психологии и психоанализа, № 4, 2002.
10. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. - СПб.: ИСПиП, 1999.
11. Дольто Ф. На стороне ребенка. - СПб.: Петербург – XXI век, 1997.
12. Зейгарник Б.В. Принципы построения патопсихологического исследования // Патопсихология. Хрестоматия. Сост. Н.Л.Белопольская. - М., 2000.
13. Кестемберг Э. Фетишистское отношение к объекту (некоторые замечания) / Французская психоаналитическая школа / Под. ред. А. Жибо, А.В. Россохина. -СПб: Питер, 2005. - С. 527 – 544.
14. Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков. - СПб., 2004. - С. 193-208.
15. Лебединский В.В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., 1990.
16. Лебединский В.В. Искаженное психическое развитие / Детский аутизм. Хрестоматия. - СПб., 1997.
17. Лебовиси С. Объектные отношения у ребенка. Генетическое исследование объектных отношений / Французская психоаналитическая школа / Под. ред. А. Жибо, А.В. Россохина. - СПб: Питер, 2005. - С. 461-484.
18. Лэнг Р. Расколотое «Я». - СПб.: Белый Кролик, 1995.
19. Малер М., Мак-Девитт Дж.Б. Процесс сепарации-индивидуации и формирование идентичности / Психоаналитическая хрестоматия. Классические труды / Под ред. М.В. Ромашкевич. - М., 2005. - С. 158-172.

20. Маратос О., Александридис А. Работа с родителями детей, страдающих психотическими нарушениями, проводимая на базе учебно-терапевтического центра / Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под. ред. Дж. Циантиса, С.Б. Ботиуса, Б. Холлерфорс и др. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 107 – 127.

21. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.

22. Мэй Р. Чтение характера / Психология и психоанализ характера. Хрестоматия. – Самара: Бахрах, 1997. – С. 598-630.

23. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. – М.: Теревинф, 2005.

24. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. – М.: Просвещение, 1969.

25. Питерси М., Трилор Р. и др. Маленькие ступеньки. Программа ранней помощи детям с отклонениями в развитии. Книга 3, 6-8. – М.: Ассоциация Даун Синдром, 2001.

26. Психотерапия детей и подростков: пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – С. 477- 500.

27. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия. – М., 1997.

28. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике: дошкольный и младший школьный возраст. – М.: Изд-во АПКИПРО РФ, 2000.

29. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. – СПб.: ВЕИП, 2005.

30. Стерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. – СПб.: Восточно-Европейский инс-т психоанализа, 2006.

31. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитические теории развития. – М.: Когито-Центр, 2006.

32. Узель Д. Работа с родителями аутичных детей / Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / Под. ред. Дж. Циантиса, С.Б. Ботиуса, Б. Холлерфорс и др. – М.: Когито-Центр, 2006. – С. 127–145.

32. Феррари П. Детский аутизм. – М.: Образование и здоровье, 2006.

33. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999.

34. Хеллбругге Т., Лайоси Ф., Линара Д. и др. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первый год жизни. Второй и третий годы жизни. – Минск: Открытые двери, 1997.

35. Хиггинс Р. Методы анализа клинических случаев. – М. Когито-Центр, 2003.

36. Шпиц Р.А., Коблинер В.Г. Первый год жизни. – М.: Геррус, 2000.

37. Шпиц. Р.А. Психоанализ раннего детского возраста. – М.: ПЕР СЭ, 2001.

38. Шторк Й. Психическое развитие ребенка с психоаналитической точки зрения / Энциклопедия глубинной психологии., Т. 2. – М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. – С. 134-199.

39. Юнг К.Г. Работы по психиатрии. Психогенез умственных расстройств. – СПб., 2000.

40. Baron-Cohen S. Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of

Mind. - Cambridge, MA: MIT Press, 1995.

41. Bick E. The experience of skin early object relations // Int. J. of Psycho-Anal. № 49, 1968. - P. 484-486.

42. Bion W.R. The differentiation of the psychotic from the non-psychotic part of the personality // Int. J. Psycho-Anal., № 38 pts. III-IV, 1957.

43. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to Schizophrenia / Neuroses and character types. Clinical Psychoanalytic Studies. - NY. Int. univ. press, 1995.

44. Fairbairn W.R.D. Schizoid factors in the personality / Psychoanalytic studies of the personality. - London: Routledge & Kegan Paul., 1940. - P. 3-27.

45. Frith U. Autism: explaining the enigma. - London: Oxford univ. press, 1989.

46. Gesell A., Frances L.I. The child from five to ten / N.Y.: Harper & Row Publishes., 1946.

47. Ghaziuddin M., Ghaziuddin N. & Greden J. Depression in persons with autism: implication for research and clinical care // J. of autism and developmental disorders, Vol. 32, № 4, 2002.

48. Groden J., Cautela J., Prince S. & Berryman J. The impact of stress and anxiety on individuals with autism and developmental disabilities / Behavioral issues in autism / Eds. by E. Schopler & G.B. Mesibov. - NY, Plenum Press, 1994. - P. 177-194.

49. Kazdin A.E. Research design in clinical psychology. Harper & Row Publishers, NY; Copyright 1980

50. Klien M. The importance of symbol formation in the development of the ego / Love, guilt and reparation and other works 1921-1945. - London. 1991. - P. 219-232.

51. Lord C., Venter A. Outcome and follow-up studies of high-functioning autistic individuals / High-functioning individuals with autism / Eds. by E. Schopler, G.R. Mesibov. - NY & London: Plenum press, 1992. - P. 187-199.

52. Lotter N. Social adjustment and placement of autistic children in Middlesex: A follow-up study // J. of autism & childhood schizophrenia, 1974, № 1, vol. 4. - P. 11-33.

53. Mahler M. On child psychosis and schizophrenia / The psychoanalytic study of the child. - NY.: Int. universities press., 1952, Vol. VII.. - P. 286-303.

54. Mahler M. The psychological birth of the human infant. - NY.: Basic books, Inc., 1960.

55. Maratos O. Psychoanalysis and the management of pervasive developmental disorders, including autism / Trevarthen C., Aitken K., et. al. Children with autism: diagnosis and interventions to meet their needs. - London: Jessica Kingsley Publ., 1997.

56. Mesibov G.B., Shea V., Adams L. Understanding Asperger syndrome and high functioning autism. - NY, 2001.

57. Piaget J. Play, dreams and imitation in childhood. - NY, 1951.

58. Sigman M. & Capps L. Children with autism. A developmental perspective. - London: Harvard University press, 1997.

59. Tustin F. Autistic states in children. - London: Routledge & Kegan Paul, 1981.

60. Wing L. Manifestations of social problems in high-functioning autistic people / High-functioning individuals with autism / Eds. by E. Schopler, G.R. Mesibov. - NY & London: Plenum press, 1992. - P. 129- 141.

61. Winnicott D.W. The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development. - N.Y.: Int. Univ. Press, 1965.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

В.В. Лебединский НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ¹

При исследовании психически больного ребенка в центре внимания патопсихолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности [1]. В этой части исследований задачи детского патопсихолога те же, что и патопсихолога, изучающего взрослых больных². Эта общность задач в большей мере определяет и общность методов исследования.

Однако в детском возрасте патопсихологическая оценка психических нарушений не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т. е. особенностей дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом. Количественное шкалирование уровня психического развития с помощью тестов дает лишь негативную сторону характеристики отклонений развития, но не отражает соотношения недоразвития (либо дефекта) и сохранного фонда развития и поэтому мало информативно в плане прогноза и лечебно-педагогических воздействий.

В связи с этим перед детским патопсихологом встает специфическая задача определения качественного характера нарушения психического развития ребенка. Трудности, возникающие при решении этой задачи, заключаются в том, что проявления дизонтогенеза могут быть двоякого рода. С одной стороны, они отражают нарушения развития ребенка, специфичные для характера самого болезненного процесса (например, нередкое преобладание склонности к абстрактному мышлению над конкретным у больных шизофренией), а с другой – могут быть следствием неспецифических нарушений развития, связанных не столько с качеством болезненного процесса, сколько с самим фактором тормозящего воздействия заболевания на незрелый мозг.

Эта вторая группа психических расстройств, будучи значительно менее специфичной для того или иного заболевания, в своих проявлениях тесно связана с психологическими особенностями данной возрастной фазы. Трудности изучения этих последних проявлений усугубляются еще и тем, что нарушения нормального созревания в процессе продолжающегося развития больного ребенка рождают вторичные патопсихологические образования, являющиеся следствием его искажений адаптации к внутренним и внешним условиям [2]. Эти неспецифические нарушения развития в большой мере влияют на прогноз; при них необходимо лечебно-педагогическое воздействие. Можно предположить, что они и легче поддаются коррекции, чем пси-

¹ Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, № 6. - С. 841-846.

² В настоящей статье не затрагиваются специальные проблемы патопсихологических исследований в дефектологии.

хические нарушения, непосредственно обусловленные основным болезненным расстройством.

Между тем упомянутым проявлениям психического дизонтогенеза не всегда уделяется достаточно внимания. Так, в частности, произошло с изучением психомоторного развития детей. Как известно, первые серьезные успехи психиатрии и патопсихологии в описании нарушений моторики у психически больных детей относятся к первой трети XX века. Г. Дюпре был описан синдром «моторной дебильности», Ф. Гомбургером – «моторный инфантилизм», А. Валлоном – «моторная асинергия», М.О. Гуревичем – двигательные расстройства при лобной недостаточности, а также особенности моторики при так называемой инфантильно-грацильной конституции и т. д. Был разработан ряд шкал моторного развития психически больных детей: шкалы А. Гезелла, Н.И. Озерецкого, Л.А. Квинта (для лицевой моторики) и др. Однако, несмотря на эти успехи, изучение психомоторики не получило в дальнейшем достаточного развития в детской психиатрии, а предложенные методы были забыты. Это произошло в большой мере потому, что хотя нарушение отдельных психофизических компонентов движения можно соотнести с поражением определенных анатомо-физиологических структур мозга, их не удавалось соединить с более актуальной для психиатрии нозологической формой заболевания. Моторные шкалы выявляли либо степень, либо некоторые особенности отставания двигательных функций ребенка по сравнению с нормальными для его фактического возраста, либо – конституциональные варианты. И только при тяжелых формах ранних органических поражений мозга моторное недоразвитие коррелировало с глубокой степенью слабоумия. Диагностика психомоторного развития ребенка, таким образом, мало что давала для диагностики психического заболевания и оказалась потому на периферии интересов клиницистов и патопсихологов.

Между тем недоразвитие моторики влечет за собой снижение возможностей овладения окружающим ребенка предметным миром и, в частности, такими важными для интеллектуального развития навыками, как письмо, чтение, счет и т. д. Так, некоторые нарушения письма и чтения, наблюдаемые при различных, иногда негрубо выраженных органических поражениях мозга, могут иметь своей причиной отставание в формировании ведущей руки либо различную доминантность по руке и глазу. При исследовании интеллектуально полноценных детей, страдающих различными дефектами письма, у значительной части было установлено отсутствие нормальной асимметрии рук [3]. Успех коррекционной работы с такими детьми зависит от ранней диагностики этих расстройств, выявление скрытой доминантности.

Методы же определения подобных нарушений достаточно просты. Вариант, предложенный Р. Зазо [4], включает раскладывание колоды карт левой и правой рукой (с регистрацией времени), сравнение мышечной силы обеих рук, их попеременное ротационное вращение. В пробе на ведущий глаз ребенку предлагается рассматривать изображение на стене через отверстие, сделанное для одного глаза в центре картонного квадрата. В зависимости от того, какой глаз является ведущим, испытываемый произвольно смещает картон вправо или влево.

Серьезную проблему представляет вопрос о возможности и целесооб-

разности переучивания левшей. Доминантность руки, как известно, связана с доминантностью определенного полушария и расположением в нем речевых центров. Поэтому переучивание нередко вызывает органически обусловленные формы заикания, косоглазие и другие нарушения [5]. Бесспорно противопоказанным является переучивание левшей, у которых их «дефект» возник компенсаторно в связи с недостаточностью левого полушария. Переучивание в этих случаях приводит к тому, что дефектное полушарие вновь искусственно делается ведущим и возникают серьезные психомоторные расстройства. Поэтому решению вопроса о таком переучивании должно предшествовать детальное неврологическое и нейропсихологическое обследование, в частности исследование различных видов тонких дифференцированных движений, пространственного праксиса, ритмов и т. д. [6], для выявления скрытой недостаточности полушарий.

Простое перечисление других видов недоразвития моторики указывает на их прогностическое значение для становления психики больного ребенка. Так, недоразвитие функции внимания может быть вызвано как неспособностью к длительному поддержанию рабочей позы, так и, наоборот, блокированием в одной позе, невозможностью ее свободного целесообразного изменения [7]. Далее для овладения различными навыками необходим определенный уровень координации движений, обеспечивающих их точность, пластичность, переключаемость. Недоразвитие координации ведет к тому, что техническая сторона движения (например, в письме) оказывается в центре внимания ребенка. В связи с этим снижается контроль над смыслом действия, что нередко приводит к различным нарушениям письма (персеверации, замена букв и т. д.).

В последнее время внимание как психологов, так и лингвистов привлечено к изучению выразительных движений, являющихся носителями определенных значений и средствами коммуникаций [8]. Отставание этих функций на ранних этапах детства, когда еще недостаточно развита речь, обрекает больного ребенка на более примитивные формы сотрудничества в детском коллективе и тем усугубляет задержку его развития. Такой механизм психического дизонтогенеза наблюдается, в частности, при адреногенитальном синдроме – генетически обусловленном эндокринном заболевании, при котором вследствие резко повышенного мышечного тонуса страдает развитие различных видов моторики, в том числе мимики и выразительных движений [9]. Несомненный интерес представляет малоизученный вопрос о соотношении речи и жеста в развитии здорового и больного ребенка [10].

Изучение двигательных расстройств имеет значение не только в клинике органических поражений центральной нервной системы, но и в пограничной психиатрии. И в этой области в свое время был начат ряд интересных исследований, не получивших в дальнейшем достаточного развития. Так, О.В. Протопоповой³ путем наблюдения особенностей моторики детей с разными видами пограничной патологии были выделены варианты так называемых моторных типов, коррелирующие с патологическими особенностями лично-

³ Работа была опубликована только в 2002 г. в Хрестоматии по психологии аномального развития ребенка».

сти, не столько врожденными, сколько, по мнению автора, приобретенными в результате различных невротических образований. О.В. Протопопова разработала систему лечебно-педагогических мероприятий, в первую очередь специальных двигательных упражнений, способствующих перестройке дефектных моторных установок, а через нее и психоортопедии – коррекции патологических личностных позиций.

Место и значение недоразвития того или иного вида психических функций становится особенно ясным при изучении его взаимодействия с другими функциями, т. е. деятельности ребенка в целом. В дошкольном периоде таким видом ведущей деятельности является, как известно, игра, в школьном – обучение. Патопсихологический анализ расстройств игровых действий и обучения может способствовать как более целостному выявлению структуры психического дизонтогенеза при различных заболеваниях, так и разработке вопросов, связанных с коррекционно-педагогическим воздействием.

Исследование игры здоровых детей показывает, что по мере развития ребенка игровые действия усложняются (сначала манипулятивные, они становятся предметными, изобразительными и, наконец, самыми сложными – ролевыми).

Наблюдения за игрой 6-летних детей с ранним началом и непрерывно-вялым течением шизофренического процесса выявили отсутствие у них не только ролевой игры, типичной для данного этапа развития здорового ребенка, но даже предметной, характерной для более младшего возраста. Действия с предметами у этих больных независимо от их интеллектуального уровня находились на самой ранней ступени развития – стадии манипуляции. Если у здорового ребенка этого возраста предмет выступает в игре в единстве своих физических и функциональных свойств (например, автомобиль не только движется, но и перевозит грузы), то у больного шизофренией ребенка предмет воспринимается главным образом с точки зрения его физических свойств (если машину толкнуть – она катится, если ее вращать – скрипят колеса и т. д.). Такие простые манипулятивные операции нередко сопровождаются сложными пояснениями и рассуждениями о событиях игровой ситуации, не получающими никакого отражения в игровых действиях. Эти особенности проявляются не только в игре. Так, при рисовании больной шизофренией ребенок (даже если он заинтересован занятием) в отличие от здорового легко идет на предложенную ему замену карандаша кубиком, шариком и др., поскольку и в этой ситуации для него имеют значение не функциональные свойства предмета, а лишь манипулятивные возможности: кубиком можно провести черту, шарик оставляет след и т. д. При этом проведенной черте придается значение целого предмета: это может быть лошадь, солдат, «маршал Мюрат» и т. д. Таким образом, символическому характеру игры больного шизофренией ребенка в значительной мере способствует отсутствие у него фиксированной функции предмета. Овладению предметным миром, по-видимому, в большой мере препятствует аутизм – отсутствие потребности в совместной предметной деятельности с детьми и взрослыми.

У больных того же возраста с органическим поражением центральной нервной системы нарушения игровой деятельности носят иной характер. В отличие от больных шизофренией эти дети (если они не слабоумны) в игро-

вых действиях с предметами перешагнули через стадию манипуляции. Они уже владеют предметной игрой: умеют строить из кубиков, собирать и разбирать несложные конструктивные игрушки. Но в отличие от здоровых детей им недоступно создание воображаемой ситуации, являющейся необходимым условием развития игры, переноса функций одного предмета на другой. Так, изображая доктора, мальчик отказывается «написать» рецепт палочкой, ему нужен только карандаш. Даже в случаях, когда игровое замещение одного предмета другим достигается, словесного переименования не происходит: в той же игре больной, используя вилку как шприц, на вопрос, чем он делает укол, неизменно отвечает: «вилкой». Такая невозможность отрыва действия и слова от конкретного предмета у здоровых детей исчезает в значительно более раннем возрасте - после 2-3 лет [11].

Патопсихологический анализ игры психически больных детей не только обнаруживает ряд особенностей их дизонтогенеза, но и намечает конкретные пути коррекционных мероприятий. Так, разрыв между словом и действием, характерный для больных шизофренией детей, очевидно, следует корректировать игрой, способствующей выработке у них предметных действий. Игровая ситуация должна строиться на функциональных свойствах данных конкретных предметов. Для детей же с органическим поражением центральной нервной системы необходимо использовать игровые ситуации, упражнения на переименования предметов и действия с ними в соответствии с их условным значением. Это вырабатывает у ребенка способность к созданию воображаемой ситуации и тем самым формирует возможность действий в умственном плане [12].

Если психический дизонтогенез у ребенка младшего возраста отчетливо выступает в игровой деятельности, то в школьном возрасте нарушение развития становится наиболее очевидным в процессе обучения. Задержка психического развития нередко обнаруживается впервые именно при поступлении ребенка в школу. При решении вопроса о структуре интеллектуального недоразвития у таких детей обычно прежде всего возникает задача дифференциации различных вариантов временных задержек развития и олигофрении. Эту задачу патопсихологическое исследование решает, используя ряд апробированных методик [13, 14].

Однако остается малоизученным важный вопрос о патопсихологической дифференциации внутри различных видов задержек интеллектуального развития. Своевременная же патопсихологическая квалификация структуры и степени интеллектуального недоразвития должна служить основой для решения вопроса о специфике педагогической коррекции.

По-видимому, одним из наиболее перспективных методов изучения этой проблемы является в настоящее время метод обучения, предложенный П.Я. Гальпериным [15] на основе его теории поэтапного формирования умственных действий.

На первом этапе обучения ребенок получает необходимое разъяснение о цели действия. Ему объясняют, на какие показатели нужно ориентироваться при выполнении задания и каким образом его выполнять. Это – этап предварительного ознакомления с действием.

На втором этапе – этапе материального действия, ребенок сам выполня-

ет задание, но только во внешней, материальной форме (например, счет на палочках). В результате он усваивает содержание действия (состав всех операций, правила выполнения), а экспериментатор осуществляет контроль за выполнением каждой операции.

Третий этап – внешнеречевой. Здесь все элементы действия производятся ребенком вслух, в форме только речи, без опоры на предмет. На этом этапе действие, уже приобретая характер теоретического, идеального, еще доступно внешнему, объективному наблюдению.

На четвертом и пятом этапах действие переводится из плана громкой речи в речь внутреннюю (сначала шепотную, потом про себя). На последнем этапе уже возникает умственное действие.

Экспериментальное обучение по этому методу детей с задержками развития церебрально-органического генеза, не справляющихся с программой 1-го класса (А.Д. Булгакова), показало, что одни из них испытывают трудности при переходе от громкой к внутренней речи, другие – при переходе от материального действия к действию во внешнеречевом плане. В самых тяжелых случаях, когда отсутствовала даже ориентировка в задании на первом этапе обучения, возникал вопрос о возможности олигофренического характера недоразвития. Различными оказались результаты исследований и по другим параметрам действия: степени его развернутости на каждом из этапов, быстроте автоматизации, возможности коррекции собственных ошибок. Такое экспериментальное обучение позволило не только выявить характер и степень ведущего нарушения интеллектуальной деятельности, но и выбрать направление коррекционно-педагогической работы, адекватное данному варианту дизонтогенеза. Эта методика может быть использована как метод не только диагностики, но и коррекции, ибо она делает возможной поэтапную отработку дефектных звеньев.

Рассмотренные вопросы являются лишь небольшой частью проблемы патопсихологического изучения дизонтогенеза психического развития детей. Успеху этих исследований должно способствовать то, что изучая патопсихологическую структуру нарушений этапов нормального возрастного развития, патопсихолог имеет возможность опереться на современные достижения общей детской психологии. С другой стороны, разрешение поставленных задач невозможно без тесного контакта с врачами и педагогами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. - М., 1969. – 172 с.
2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. - М., 1936. - 78 с.
3. Stambak M., Pecheux M.G., Harrison A. et al. Neuropsychiat. infant., 1967, v. 15, p. 155.
4. Zazzo R. Mannel pour l'examen psychologique de l'enfant. Paris, 1965, p. 13.
5. Hecaen H., Ajuriaguerry G., Ges.Ganchers. Paris, 1963.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962. – 432 с.
7. Greimas A. Conditions d'une sémiotique du monde naturel. Langages, 10, 1968, p. 3-35.
8. Валлон А. Психологическое развитие ребенка. М., 1967.

9. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М.: Медицина 1969. – 165 с.
10. Galifret-Granjon H.-Psychit. Ent., 1970, v. 13, p. 137.
11. Лехтман-Абрамович Р.Я., Фрадкина Ф.И. Этапы развития игры и действий с предметами в раннем детстве. - М., 1949.
12. Эльконин Д.Б. Детская психология. М., 1960. – 484 с.
13. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1970. – 215 с.
14. Иванова А.Я. Труды научно-исслед. ин-та психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, 1965, т. 43. - С. 229.
15. Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий / Психологическая наука в СССР. - М., 1959, т. 1. - С. 441-470.

Н.В. Зверева

СТРУКТУРА, СОДЕРЖАНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Комментарий к статье В.В. Лебединского

«Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии»

Статья В.В. Лебединского, очевидно, является библиографической редкостью. Материал, размышления к статье формировались еще раньше, т. к. уже с 1966 г. В.В. Лебединский читал на вновь открытом факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова курс по психологии аномального развития ребенка, т. е. по детской патопсихологии. Актуальным проблемам развития последней и посвящена комментируемая работа. Идеи, высказанные в ней, отчасти уже реализованы, многое остается по сию пору востребовано.

Идя по тексту работы, написанной замечательным русским языком, мы можем выделить более десяти существеннейших проблем, аспектов детской патопсихологии, которые на многие годы вперед предопределили содержание, структуру и стратегии ее развития. В.В. Лебединский был коллегой и соратником выдающихся отечественных ученых – специалистов в области клинической психологии – Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурии, Е.Д. Хомской, Ю.Ф. Полякова. Затрагиваемые в статье проблемы отражают логику развития психологии как науки в историко-научном и методологическом плане.

Перечислим обсуждаемые в статье проблемы:

1. Сходство и специфика практических и теоретических задач во взрослой и детской патопсихологии.
2. Проблема методов оценки нарушенного развития (дан критический разбор количественных методов и обоснование качественного анализа).
3. Происхождение вторичных патопсихологических симптомов.
4. Проблема прогноза развития ребенка при разных типах дизонтогенеза.
5. Раскрыта роль становления моторики в развитии ребенка в норме и при отклонениях (шизофрения, органическое поражение ЦНС), подробно описана история и методы изучения моторики, различие позиций врачей и психологов.
6. Проблема левшества и обучение.

7. Проблема средств коммуникации – соотношение жеста и речи.
8. Моторика и пограничные расстройства - психоортопедия.
9. Игра и ее специфика при разных типах дизонтогенеза.
10. Проблема обучения и коррекции детей при отклоняющемся развитии.
11. Мультидисциплинарность и междисциплинарность детской патопсихологии.

Современному комментатору трудно исключить какую-либо из этих проблем из разряда актуальных. Напротив, можно говорить о расширении сферы актуальности каждой из проблем за пределы только детской патопсихологии.

Рассмотрим кратко «биографию» развития каждой из выше названных проблем.

Сходство и специфика практических и теоретических задач во взрослой и детской патопсихологии. В настоящее время детская патопсихология рассматривается двояко: и как часть психологии аномального развития, и как часть «взрослой» патопсихологии. Принципиальное единство методологии остается незыблемым, равно как и специфика каждой из отраслей.

Проблема методов оценки нарушенного развития. В этом вопросе сочетаются два важных аспекта: средств практической оценки особого развития и научного способа получения нового знания. Современное познание имеет очевидный крен в сторону так называемой «эмпирической» науки, «доказательной» психологии, медицины, биологии. В таком контексте современному психологу нелишне еще раз увидеть критический разбор количественных методов и обоснование качественного анализа, столь характерные для отечественной традиции.

Оценка происхождения вторичных патопсихологических симптомов и прогноз развития ребенка при разных типах дизонтогенеза - основные задачи психологии аномального развития. Существенно, что рассматривается специфика разных типов отклоняющегося развития и в контексте возможных вторичных (третичных и далее) симптомов, и с точки зрения прогноза течения как заболевания, так и проявления собственно дизонтогенетических характеристик. Эта тема активно развивалась В.В. Лебединским и его учениками во всех последующих работах. Классическая для отечественной психологии теза Л.С. Выготского о принципиальном сходстве закономерностей развития здорового и аномального ребенка играет здесь не последнюю роль.

Значение становления моторики в развитии ребенка в норме и при отклонениях (шизофрения, органическое поражение ЦНС) признается всеми специалистами и в настоящее время. Многие из исследовательских аспектов этой темы активно разрабатываются не только в психологии аномального развития, но и в других сферах психологии – психологи образования, школьной и детской психологии. Важно, что в анализируемой статье подробно описаны история и методы изучения моторики (в том числе и уже давно забытые), подробно прописано различие позиций врачей и психологов по этому вопросу. Можно говорить о некотором сближении медицинских и психологических позиций по этому вопросу в настоящее время (например, в работах Г.В. Козловской и А.В. Горюновой, Н.В. Зверевой и др.).

Проблема левшества и обучение за прошедшие почти 40 лет не раз

оказывалась в центре внимания специалистов и в настоящее время. Можно отметить среди исследователей Т.В. Ахутину, А.В. Семенович, Е.Г. Каримулину, Т.Г. Горячеву и др.

Проблема средств коммуникации – соотношение жеста и речи и в настоящем остается мало разработанной и чрезвычайно актуальной для решения научных и практических вопросов детской патопсихологии и психологии аномального развития в целом. Очень важно решение данного вопроса в коррекционной работе с детьми-аутистами. Это классическая тема многих исследований, выполненных под руководством В.В. Лебединского.

Моторика и пограничные расстройства, психоортопедия как новое направление работы оказывается в данное время актуальным и востребованным как у психологов, так и у специалистов-смежников, в первую очередь врачей и биологов (Ю.С. Шевченко, Е.В. Максимова и др.).

Проблема игры и ее специфики при разных типах дизонтогенеза остается также актуальной. Монографическое исследование Д.Б. Эльконина «Психология игры» готовилось к печати примерно в то же время, что и статья В.В. Лебединского. Работы Е.О. Смирновой, А.С. Спиваковской, О.С. Никольской и многие другие развивают эту тему как в рамках клинического направления, так и шире – в возрастной психологии, культурологии.

Лишь обозначенная в статье **проблема обучения и коррекции детей при отклоняющемся развитии** преобразовалась в настоящем в направление научно-практической и прикладной деятельности психологов и педагогов разных направлений (нейропсихологов, социальных педагогов и др.). В их числе непосредственные ученики и коллеги В.В. Лебединского - Е.Р. Баенская, Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, М.К. Бардышевская и многие другие.

Текст комментария полностью пронизан и содержательно связан с **мультидисциплинарностью и междисциплинарностью детской патопсихологии**. Специфика детской патопсихологии, психологии аномального развития, обозначенной как междисциплинарная область знаний была и остается одной из существенных особенностей данного направления. Среди тех, кто осуществляет этот мультидисциплинарный подход на деле, много учеников В.В. Лебединского: Н.Л. Белопольская, Л.С. Печникова, Р.А. Туревская, Н.Я. Семаго и многие другие. Практически все, кто работает с молодым поколением, ныне признают необходимость специального клинико-психологического знания для решения насущных вопросов современного ребенка (как для медиков, так и для психологов, педагогов и т. п.).

Современные психологи, работающие в клинической психологии, психологии образования, возрастной психологии благодарны и признательны В.В. Лебединскому за его научные разработки (в частности, типологию дизонтогенеза), многочисленные учебные пособия. Комментируемая статья – одна из первых работа автора на этом поприще. Она действительно отражает содержание и структуру детской патопсихологии и, как показывает время, определила и направление ее развития. Замечательно, что теперь работа В.В. Лебединского «Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии» становится доступной для представителей всех поколений специалистов, и, конечно, для студентов, только осваивающих азы профессии, которой столь честно служил Виктор Васильевич Лебединский.

В.Л. Кокоренко

**ВОСПРИЯТИЕ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ ОТЦА
У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ****Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы (Санкт-Петербург).**

Представляется исследование, в рамках которого опосредованно изучалось восприятие образа отца и оценка его воспитательной практики подростками с психическим недоразвитием (легкой степени) и дефицитарным типом дизонтогенеза [1]. Средний возраст 157 обследованных – 16,4 г.; из них 88 девушек и 69 юношей. Все испытуемые были разделены на две группы: основную и контрольную. Основная группа была сформирована по следующим основаниям: 1) обучение в старших классах специальных (коррекционных) учреждений; 2) интеллектуальный коэффициент в каждой группе (согласно документации ПМПК и педагогов-психологов); 3) соответствие индивидуальных возможностей подростков уровню сложности используемых методик. Большинство подростков с умственной отсталостью (73,3%), ДЦП (86,7%) и не имеющих нарушений психического развития (77,6%) – единственные дети и воспитываются в полных семьях. В группе подростков с нарушенным слухом третья часть ребят (36,7%) воспитывается в неполных семьях, и половина группы имеет братьев и сестер.

В данном исследовании предпринята попытка изучить специфические закономерности, т. е. сравнить особенности различных вариантов нарушенного развития не только с нормой, но и между собой. В связи с этим одной из задач исследования являлось сравнение специфических особенностей поло-ролевой и возрастной идентификации, системы самооценок и отношений, восприятия воспитательной практики родителей, личностных особенностей подростков с различными вариантами нарушений психического развития: с легкой умственной отсталостью, ДЦП и нарушениями слуха.

При факторном анализе наибольшую информативность (39%) получил фактор, определенный нами как «влияние отца». В него вошли переменные, диагностированные с помощью методики «Подростки о родителях» (ПоР) («непоследовательность», «враждебность», фактор критики, «директивность», «автономность», «позитивный интерес») [3]. В соответствии с выделенным фактором можно утверждать, что в полной семье большее влияние на личностное развитие подростков имеет отец.

Полученные данные о влиянии отца на развитие подростка можно рассмотреть в контексте идеи Э. Фромма о различии материнской и отцовской любви к ребенку. Любовь отца по природе своей «небезусловна», ребенок должен ее заслужить развитием определенных качеств личности, а также успехами. «...Отцовская любовь должна руководствоваться принципами и ожиданиями; она должна быть терпимой и терпеливой, а не угрожающей и авторитарной. Она должна давать взрослому ребенку растущее чувство компетентности и, в конце концов, привести к тому, что он станет полагаться

лишь на себя и перестанет нуждаться в отцовском авторитете.» [4, с. 115].

Подростки становятся особо чувствительными к взаимоотношениям с отцом, прежде всего, к предсказуемости реакций и действий отца на свои высказывания и поведение (переменная - «непоследовательность» отца). Если ребенок не соответствует ожиданиям отца, в «наказание» за это следуют холодность и отвержение, что воспринимается подростками как враждебность.

Особый интерес представляет тот факт, что в Фактор 1 вошли все показатели воспитательной практики отца, кроме показателя близости. Поскольку данный показатель характеризует степень проявления теплых чувств и принятия своего ребенка, то можно предположить, что отцы в силу разных причин практически не реализуют функцию эмоциональной близости с детьми. Такой вывод представляется достаточно очевидным, поскольку при оценке близости низкие значения были зафиксированы у 45,2%, средние – у 20,4%, а высокие - только у 13,4% обследованных подростков. Более того, подростки привыкли ожидать от своих отцов не проявлений эмоциональной близости, а критику и руководство.

Несмотря на то, что «...подростки ...вкладывают несколько разный смысл в понятия «позитивного интереса», «директивности», «враждебности», «автономности» и «непоследовательности» со стороны матери и отца...» [3], основные тенденции процентного распределения низких, средних и высоких оценок воспитательной практики матери и отца подростков мужского пола с нарушенным развитием сходны. Принципиальное отличие касается только процентного распределения по шкале «непоследовательность». При оценке матери по этой шкале большинство юношей (40,5%) отметили умеренный уровень, т. е. средний балл, а при оценке воспитательного стиля отца большая часть из них (48,6%) указала на крайне высокий уровень непоследовательности. Непоследовательность применяемых отцом воспитательных мер по отношению к сыну воспринимается им как непредсказуемость реакций на свое поведение.

Принципиальное отличие процентного распределения оценок воспитательной практики отца и матери у юношей контрольной группы касается только фактора критики **DIR/AUT**. Низкий балл имеют 35,5% юношей, еще 35,5% - средний балл. Учитывая актуальный процесс полоролевой идентификации и психологическое отделение от матери, можно предположить, что сыновья склонны воспринимать дистантные отношения с матерью и снижение контроля как отсутствие заинтересованности с ее стороны. Заинтересованность же отца в общении с сыном возрастает, что и фиксируется подростками. В основе этой тенденции лежит потребность обретения мужской гендерной идентичности и появление общих «взрослых» интересов.

При оценке воспитательной практики отцов от всех остальных юношей нашего исследования:

- юноши с ДЦП отличаются меньшим процентным соотношением низких стандартных оценок по шкале «директивность» ($p < 0,011$) и по фактору критики - показатель **DIR/AUT** ($p < 0,002$);

- здоровые юноши отличаются большим процентным соотношением низких стандартных оценок по фактору критики - показатель **DIR/AUT** ($p < 0,046$).

При оценке «позитивного интереса» отца 31,7% девушек с нарушенным развитием указали средние баллы, а 33,3% и 33,4% девушек, не имеющих отклонений психического развития, – средние и низкие баллы соответственно. «Позитивный интерес» отца к дочери девушки описывают как отцовскую уверенность в себе, уверенность в том, что не пресловутая отцовская строгость, а внимание, теплота и открытость отношений между отцом и дочерью-подростком представляют собой проявление любви и уважения.

По шкале «директивности» отцов у девушек с нарушенным развитием и здоровых девушек наибольшие проценты распределились по высоким и низким баллам. Причем в экспериментальной группе высокие баллы преимущественно были у отцов девушек с ДЦП, а низкие – у отцов девушек с нарушениями слуха. Девушки-подростки представляют «директивность» отца в качестве образа «твердой мужской руки», директивный отец заставляет растущую дочь подчиняться нормам и правилам поведения, принятым в обществе и определенной культуре [3].

В основной группе большинство девушек (40,5%) указало на высокую «враждебность» отцов (среди них – только девушки с ДЦП и с умственной отсталостью). В контрольной группе высокая «враждебность» составляет всего 19,5%. Враждебное отношение отца к дочери может пониматься как сочетание сверхтребовательности, ориентированной на эталон «идеального ребенка», и соответствующей этому слишком жесткой зависимости. Наряду с этим враждебный отец представляется дочери эмоционально-холодным и отвергающим. Все это ведет к нарушению взаимоотношений между отцом и дочерью-подростком, что в свою очередь обуславливает повышенный уровень напряженности, нервозности и эмоциональной неуравновешенности ребенка. В контрольной группе 33,3% девушек отметили эту шкалу средними баллами и 36,2% - низкими. Именно по этой шкале выявилось значимое различие между девушками основной и контрольной групп.

«Автономность» отцов девушки-подростки описывают как претензию на лидерство, причем лидерство недостижимое, недоступное для взаимодействия с ним. Автономный отец существует «отдельно» от остальных членов семьи, ему абсолютно все равно, что происходит вокруг, его действия зачастую не согласуются с потребностями и запросами близких, интересы которых им полностью игнорируются. По этой шкале 39,5% девушек с нарушениями развития описали высокий уровень «автономности» отца (большой частью это девушки с умственной отсталостью), у девушек контрольной группы этот процент несколько меньше – 30,6%.

При оценке «непоследовательности» отца у девушек обеих групп примерно равное процентное распределение по высоким и средним баллам.

Сходные тенденции в результатах девушек основной и контрольной групп отмечены и по фактору «близости» (низкие показатели - **POZ/HOS**) – 38,1% в основной группе и 44,4% - в контрольной, что может говорить о недостаточном эмоциональном принятии отцами своих дочерей; и по фактору критики (низкие показатели - **DIR/AUT**) – 30% в основной группе и несколько больше – 50% - в контрольной, что указывает на недостаточную заинтересованность и снижение контроля у отцов по отношению к своим дочерям.

При оценке воспитательной практики отцов от всех остальных девушек

нашего исследования:

- девушки с ДЦП отличаются меньшим процентным соотношением низких стандартных оценок по фактору критики - показатель **DIR/AUT** ($p < 0,015$);

- девушки с нарушениями слуха отличаются меньшим процентным соотношением высоких стандартных оценок по шкалам «директивность» ($p < 0,0002$), «непоследовательность» ($p < 0,003$) и по фактору критики - показатель **DIR/AUT** ($p < 0,001$); отсутствием высоких стандартных оценок по шкале «враждебность» ($p < 0,00001$).

Корреляционный анализ результатов изучения воспитательной практики отцов показал:

1. У подростков с умственной отсталостью – высокие оценки по фактору близости с отцом (POZ/HOS) положительно коррелируют с высокой самооценкой ума, способностей ($r = 0,4632$) и разницей между уровнем притязаний и самооценкой по шкале «характер» ($r = 0,3739$), а высокие оценки по фактору критики отца (DIR/AUT) связаны с увеличением дистанции в общении с ним ($r = 0,4111$) и снижением уровня притязаний по шкале «фигура, тело» ($r = -0,4308$). Кроме этого, высокая директивность отца (DIR $r = 0,4026$) связана с конфликтностью подростков (D+ по методике Кеттелла).

2. У подростков с ДЦП – высокие оценки близости отца (POZ/HOS) положительно связаны с рассогласованием уровня притязаний и самооценки по шкале «умение многое делать своими руками» ($r = 0,6030$), выбором в качестве предпочитаемого красного цвета ($r = 0,5408$). Кроме того, чем выше оценивается подростками с ДЦП близость (POZ/HOS) и критика (DIR/AUT) отца, тем меньше отвергаются портреты молодых женщин (F3– $r = -0,4455$ и $r = -0,3706$ соответственно).

3. У подростков с нарушенным слухом – чем выше оценки близости отца (POZ/HOS), тем выше – фемининность юноши или девушки (FO $r = 0,3873$), самооценка внешности ($r = 0,3676$), увеличивается дистанция в общении с отцом ($r = 0,4777$) и уменьшается дистанция в общении с классным руководителем ($r = -0,4300$). По нашему мнению, увеличение дистанции в общении с отцом при высоких оценках по фактору близости у юношей и девушек с нарушенным слухом может быть обусловлено преобладанием фемининности над маскулинностью; это предположение в некоторой степени подтверждается тем, что при высоких оценках близости матери и отца подростки сокращают дистанцию в общении с матерью и классным руководителем (женщиной). Высокие оценки по фактору критики отца (DIR/AUT) тоже связаны с уменьшением дистанции при общении с классным руководителем ($r = -0,4081$).

4. У здоровых подростков – высокие оценки близости отца (POZ/HOS) положительно взаимосвязаны с предпочтением портретов женщин зрелого возраста (F4+ $r = 0,4058$), а при высоких оценках фактора критики (DIR/AUT) отмечено увеличение дистанции в общении подростков с отцом ($r = 0,5537$).

Исследование полоролевой идентификации, проведенное нами с помощью методики «Возраст. Пол. Роль.» (ВПР) [5], показало, что в целом и для юношей, и для девушек значимость мужского пола выше, чем женского [6]. Учитывая, что у многих подростков на данном возрастном этапе развития отношение к отцу – конфликтно-противоречивое, крайне важен поиск образа

взрослого мужчины, который для юношей может стать моделью для адекватной полоролевой идентификации, а для девушек – неким обобщенным мужским образом, необходимым для становления фемининной идентичности.

Нами было изучено, как отражается отношение к образу отца в проксемическом поведении подростков, которое изучалось с помощью шкалы The Comfortable Interpersonal Distance Scale (CIDS) [7], позволяющей фиксировать возрастную динамику организации персонального пространства и возрастные изменения в дистанции социального взаимодействия детей и подростков.

Юноши с нарушенным развитием самую близкую дистанцию устанавливают в общении с отцом ($m=6,1$), а самую большую – с незнакомыми мужчинами зрелого возраста ($m=39,97$). Юноши с ДЦП имеют минимальную дистанцию в отношениях с отцом ($m=3,29$). Юноши с нарушенным слухом устанавливают более близкую дистанцию в общении с отцом ($m=2,64$; $p<0,043$) и с лицами своего пола ($m=20,06$; $p<0,002$), чем все обследованные юноши. Это в полной мере отражает специфику их полоролевой идентичности. Как было описано ранее [3], юноши с нарушенным слухом – единственные среди испытуемых, имеющие больший весовой коэффициент в предпочтении мужских портретов женским ($KM+=0,55$; $KF+=0,44$), а также стойкое позитивное отношение к значимой фигуре отца ($M4+m=0,15$; $M4-m=0,08$).

Девушки с нарушенным развитием в общении и взаимодействии с отцом ($m=13,25$) устанавливают дистанцию несколько большую, чем с матерью ($m=9,53$), а самую большую дистанцию – при общении с незнакомыми людьми зрелого возраста – мужчиной ($m=40,73$) и женщиной ($m=39,97$). Здоровые юноши и девушки в целом показали сходные результаты, за исключением различия в дистанции общения со взрослыми – у здоровых она достоверно больше ($p<0,042$).

Структура корреляционных связей проксемического поведения выявила следующее.

1. У подростков с умственной отсталостью: чем меньше дистанция в общении с отцом, тем ниже оценивается его директивность ($DIR\ r=0,3921$), враждебность ($HOS\ r=0,4244$), непоследовательность ($NED\ r=0,4471$), критика ($DIR/AUT\ r=0,4111$) и тем выше у подростка уровень притязаний по шкале «характер» ($r=-0,4172$).

2. У подростков с ДЦП структура корреляционных связей показателей «дистанция в общении с отцом» и «дистанция в общении с матерью» ($r=0,8368$) имеет много сходного. Сходство касается положительных связей с уровнем притязаний ($r=0,4115$; $r=0,3653$ соответственно) и самооценкой подростков по шкале «характер» ($r=0,4154$ $r=0,4329$), а также отрицательной связи с развитием мышления (фактор В по Кеттеллу $r=-0,4326$; $r=-0,4507$). Отмеченное сходство может указывать на единство воспитательных целей и подходов к ребенку со стороны обоих родителей, воспитывающих детей с церебральными параличами.

3. У подростков с нарушенным слухом структура корреляционных связей «дистанция в общении с отцом» и «дистанция в общении с матерью» ($r=0,4078$) сходна только в отношении отрицательной связи с возрастом подростка ($r=-0,3764$; $r=-0,3902$ соответственно) и положительной связи с враждебностью матери ($HOS\ r=0,5993$) и отца ($HOS\ r=0,3742$). Чем меньше дис-

танция в общении с отцом, тем ниже: фемининность подростков (FO $r=0,5289$); оценки воспитательной практики отца по шкалам «автономность» (AUT $r=0,5296$), «непоследовательность» (NED $r=0,4519$) и фактору близости (POZ/HOS $r=0,4777$); а также меньше расхождение уровня притязаний и самооценки по шкале «ум, способности» ($r=0,5233$).

4. У здоровых подростков структура корреляционных связей «дистанция в общении с отцом» и «дистанция в общении с матерью» сходна в отношении положительной связи с оценкой враждебности отца (HOS $r=0,6461$) и матери (HOS $r=0,4010$) и дистанцией в общении с классным руководителем ($r=0,4191$; $r=0,3357$ соответственно). Чем меньше дистанция в общении с отцом, тем ниже оценки по фактору критики DIR/AUT ($r=0,5537$), непоследовательности отца (NED $r=0,3588$) и выше тревожность (O+ $r=-0,3451$).

Т. о., наше исследование показывает, что образ отца и его воспитательная практика имеют большое значение в подростково-юношеском возрасте как для юношей, так и для девушек. В процессе психокоррекционной работы с подростками и их родителями представляется целесообразным обсуждать изменяющиеся семейные взаимоотношения. Принимая во внимание большую значимость мужского пола как для юношей, так и для девушек, мы считаем, что более эффективным в решении поставленных задач может оказаться специалист – мужчина (психолог, психотерапевт), или мужчина и женщина – специалисты, работающие совместно.

Подростково-юношеский период – сложное время для детей и родителей, когда должны меняться образы восприятия друг друга, структура взаимоотношений, формы контроля. Взаимодействие отца со своим взрослеющим ребенком – более дистантное и менее эмоциональное, чем взаимодействие матери, – может оказаться эффективным в формировании этой новой структуры взаимоотношений. Вместе с тем, большая сложность состоит в том, что многие отцы не осознают своей значимости в воспитании подростков, не обладают знаниями по возрастной психологии и навыками бесконфликтного общения, не способны выйти за рамки сложившихся поведенческих стереотипов, да и просто не имеют времени полноценно общаться с детьми. К сожалению, с учетом реалий сегодняшнего дня, использование этих важных ресурсов влияния отца на личностное развитие подростков возможно либо в кризисных ситуациях детско-родительских отношений, либо ситуациях в семейного консультирования и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокоренко В. Л. Полоролевая, возрастная идентификация и система самооценок у подростков с отдельными вариантами нарушений психического развития. Автореферат к. пс. н. — СПб.: Изд-во СПб МАПО, 2006. — 28 с.
2. Сорокин В. М., Кокоренко В. Л. Практикум по специальной психологии: учебно-метод. пособ. / Под научн. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2003. — 122 с.
3. Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е. Родители глазами подростка. Психологическая диагностика в медико-педагогической практике. — СПб.: Речь, 2004. — 256 с.
4. Фромм Э. Искусство любить / Пер. с англ.; Под ред. Д. А. Леонтьева. — 2-е изд. — СПб.: Азбука, 2001. — 224 с.

5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1996. — 656 с.
6. Кокоренко В. Л. Особенности полоролевой идентификации у подростков с общим психическим недоразвитием и дефицитарным типом дизонтогенеза // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2005 (5), № 2, с. 105-109.
7. Практикум по возрастной психологии: учебное пособие / под ред. Л. А. Головей и Е.Ф. Рыбалко. — СПб.: Речь, 2002. — 694 с.

Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Т.И. Анисимова, К.А. Айтбеков
СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ:
КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ТЕРАПИИ
Институт мозга человека РАН (Санкт-Петербург).

Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3-4 лет [17], хотя в некоторых исследованиях отмечено, что проявления заболевания можно заподозрить уже на первом году жизни [5]. Младенцы с подобным расстройством чрезмерно чувствительны к раздражителям, характеризуются громким плачем, нарушениями сна, двигательным беспокойством. Но эти особенности нельзя однозначно рассматривать как симптомы СДВГ, поскольку количество беспокойных, возбудимых младенцев гораздо больше количества детей, у которых в дальнейшем развивается данное заболевание.

До 3-летнего возраста дети демонстрируют недифференцированный набор моделей поведения, который называют недостаточно контролируемым паттерном поведения (undercontrolled pattern of conduct) [2]. Отклонения поведения в этом возрасте могут быть частью нормального развития, обусловлены темпераментом, временными трудностями в адаптации, завышенными требованиями взрослых [9]. На возможность нарушений могут указывать тяжесть, частота и хронический характер проблемного поведения. Примерно в 3-летнем возрасте этот паттерн становится дифференцированным, позволяя отличить гиперактивное поведение, с одной стороны, от агрессивного — с другой [18]. Поэтому диагноз СДВГ целесообразен с 3-4 лет.

В дошкольном возрасте основным проявлением заболевания является гиперактивность. О наличии у ребенка СДВГ, прежде всего, заставляет задуматься отсутствие целенаправленности поведения. В тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности. К особенностям клинической картины в дошкольном возрасте также можно отнести повышенную возбудимость. Дети излишне эмоционально реагируют как на положительные, так негативные события, причем успокоить их, вывести из перевозбужденного состояния зачастую бывает трудно.

Стойкость проявлений заболевания отмечается чаще, если стиль поведения родителей характеризуется как жесткий и негибкий [8]. Частым сопутствующим расстройством в этом возрасте являются специфические расстройства развития речи (СРРР). При анализе речевых нарушений в группе детей дошкольного возраста с сочетанной патологией СДВГ и СРРР были получены следующие результаты: для всех типов СДВГ характерно преобладание

расстройств развития экспрессивной речи, но наиболее часто данное расстройство сочетается с СДВГ комбинированного типа. Для детей с СДВГ с преобладанием невнимательности в большей степени, чем для других типов СДВГ, характерны расстройства рецептивной речи. Для детей с СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности наиболее характерны нарушения артикуляции и умеренные нарушения экспрессивной речи [10].

Пик проявления основных симптомов СДВГ относится к младшему школьному возрасту [11, 13], но т. к. обучающие программы присутствуют и в дошкольных образовательных учреждениях, то основные паттерны поведения видны уже в 5 лет. В этом возрасте проявляется проблема сохранения устойчивого внимания или неспособность продолжать выполнение задания, пока оно не будет выполнено до конца.

Возраст похода ребенка в школу совпадает с возрастным кризисом 7 лет [3, 4]. Кризис школьной адаптации заключается в утрате ребенком непосредственности, возникновении дифференциации внутренней и внешней жизни. Он в значительной мере обусловлен привнесением в жизнь ребенка интеллектуального начала, смыслового восприятия, формированием самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризиса служит возрастание самостоятельности ребенка [10].

Начиная с 6-7-летнего возраста родители отмечают проблемы связанные неспособностью ребенка длительно концентрировать внимание. Дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ развиты хуже, чем у сверстников. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточный интеллект. Их трудности заключаются в невозможности полноценного применения когнитивных навыков [19]. В результате они никогда не используют свой потенциал в полной мере. При тестировании IQ они набирают примерно на 7-10 баллов меньше, чем дети контрольной группы. Кроме этого, низкие показатели IQ могут быть прямым следствием симптомов СДВГ, определяющих поведение во время тестирования.

Таким образом, с началом обучения в школе ребенок, страдающий СДВГ, попадает в условия (психофизическая и учебная нагрузка, дисциплинарные требования, обилие и широта формальных и неформальных личностных связей), к которым он ни физиологически, ни личностно не готов. Все это приводит к тому, что такие дети находятся в состоянии «хронической неуспешности». СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дизадаптации (ШД) [6, 7].

В возрасте 5-8 лет у детей, страдающих СДВГ, отмечается появление сопутствующих психоневрологических расстройств. У 85% детей с СДВГ встречаются различные коморбидные расстройства [25, 14]. Так, по нашим данным, примерно в 40% случаев у детей с СДВГ отмечаются тикозные гиперкинезы [16]. Другим симптомом, который часто встречается при СДВГ, являются головные боли. У пациентов из наблюдаемой нами группы головные боли отмечались в 52% случаев. Наиболее часто это головные боли напряжения (ГБН) [15]. В начальной школе могут сформироваться паттерны оппозиционно-вызывающего расстройства (ОВР) [12]. ОВР и СДВГ сочета-

ются в 20-57% случаев, при этом наличие СДВГ увеличивает риск развития ОВР [19, 23]. Сочетание тревожных расстройств с СДВГ наблюдается в 25-50% случаев [15, 28].

В 50-80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст [12]. Наибольшее число детей с СДВГ выявляется в 5-10-летнем возрасте и второй "всплеск" симптомов заболевания - в 14-летнем возрасте, что совпадает с периодом полового созревания [1]. С возрастом повышенная двигательная активность может сменяться внутренним ощущением беспокойства [12]. На первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью. Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности. Гиперактивность и импульсивность, по сравнению с невнимательностью, являются более стабильными компонентами заболевания и реже проходят в подростковом возрасте [22].

Обычные для подросткового возраста протестные реакции у детей с СДВГ протекают интенсивнее. Подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркоманий, а также девиантного поведения [24], в 4 раза чаще попадают под арест, чем их здоровые сверстники [26], отличаются более ранним началом сексуальных отношений и большим количеством сексуальных партнеров. У девочек-подростков СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности. Следующие факторы способствуют развитию асоциального поведения у подростков с СДВГ: выраженные симптомы в детском возрасте, СДВГ у родителей, низкий социально-экономический статус семьи, низкий интеллектуальный уровень родителей [18].

Примерно в 30-50% случаев симптомы СДВГ в той или иной степени переходят и во взрослый возраст [12]. Всего СДВГ встречается у 2-5% взрослых в популяции [20].

Выраженность основных симптомов заболевания в одной возрастной группе может иметь существенные различия. Согласно DSM-IV выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности (СДВГ-ГИ), СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) и наиболее распространенный - комбинированный тип заболевания. Гиперактивность встречается в 80% случаев; эмоциональная лабильность - в 70%, в том числе невротические проявления (70%), повышенное беспокойство (67%), агрессивность (44%); повышенная импульсивность - в 66,5% случаев [11]. Дети с СДВГ-Н производят впечатление заторможенных, «спящих на ходу», робких, застенчивых, апатичных. Они медленнее своих сверстников воспринимают информацию, хуже запоминают [21]. Согласно нашим данным, этот подтип выявляется у 16,6% детей с СДВГ [15]. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы. В МКБ-10 данное расстройство классифицируется как дефицит внимания без гиперактивности (ADD (H) - F.98.8).

Наши исследования свидетельствуют об относительном увеличении числа пациентов с СДВГ-ГИ в старшем школьном возрасте по сравнению с младшим школьным возрастом. Относительно небольшое количество дошкольников с СДВГ-Н, на наш взгляд, объясняется тем, что только после начала

занятий в школе родители видят невнимательность, отвлекаемость ребенка.

Имели место также попытки разделения заболевания на когнитивный и поведенческий подтипы [26]. Если первый подтип характеризовался низкой академической успеваемостью и дефицитом восприятия из-за невнимательности и гиперактивности (при невысоком уровне импульсивности), то второй подтип отличался антисоциальным поведением при нормальном уровне познавательных способностей.

Учитывая наличие тех или иных коморбидных расстройств, нами были выделены две функциональные формы СДВГ:

Простая форма – характеризовалась симптомами асинхронии развития: невнимательность, гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза.

Осложненная форма характеризовалась тем, что к симптомам асинхронии развития с возрастом присоединялись «вторичные» симптомы: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии.

Простая форма встречается примерно в 40% случаев, а осложненная примерно в 60% случаев [26]. При анализе клинических проявлений осложненной формы СДВГ нами условно выделены следующие варианты заболевания:

- церебрастенический характеризуется утомляемостью, сонливостью, хроническими головными болями напряжения;
- неврозоподобный характеризуется эпизодическими головными болями напряжения, тиками, заиканием, энкопрезом, парасомниями, фобическими и обсессивными расстройствами – сочетанный вариант.

Пациенты с неврозоподобным вариантом составляли большинство от детей с осложненной формой заболевания и почти 40% от всех детей с СДВГ. Дети с осложненной формой СДВГ отличаются более высоким уровнем гиперактивности и импульсивности. С возрастом выявляется тенденция к увеличению количества пациентов с осложненной формой заболевания, особенно в старшем школьном возрасте. Возможно, с возрастом происходит переход из первой формы заболевания во вторую. Данный переход часто отмечается и в 7-летнем возрасте. На наш взгляд, поступление ребенка в школу является одним из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы в другую.

Регистрируется достоверная связь между возникновением СДВГ с преобладанием невнимательности и простой формой заболевания, а также достоверная связь между возникновением смешанного типа и, особенно, типа с преобладанием гиперактивности и импульсивности СДВГ и осложненной формы заболевания.

Клиническая гетерогенность заболевания приводит к необходимости использования лечебных методик, влияющих как на невнимательность, так и на гиперактивность и импульсивность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
2. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подростково-

го возраста: пер. с англ. – СПб.: Прайм-Евроник, 2004. – 384 с.

3. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч. Т. 6. – М.: Педагогика, 1984. – С. 243-403.

4. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Владос, 2000. – 144 с.

5. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.А. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 271 с.

6. Заваденко Н.Н. Неврологические основы дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998.

7. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учебн. пособие. – М.: Академия, 2005. – 256 с.

8. Ливинская А.М. Расстройства речевого развития у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – 20 с.

9. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. пер. с англ. – СПб.: Прайм-Евроник, 2003. – 384 с.

10. Пальчик А.Б. Эволюционная неврология. – СПб.: Питер, 2002. – 384 с.

11. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986. – 194 с.

12. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М., 1998. – С. 222-236.

13. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные мозговые дисфункции в детском возрасте. – Нижн. Новгород, 1995. – 36 с.

14. Хиншоу С.В. Дефицит внимания с гиперактивностью: поиск эффективного лечения // Психотерапия детей и подростков / под ред. Ф. Кендалла. – СПб.: Питер, 2002. – С. 97-107.

15. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб.: Хока, 2007. – 136 с.

16. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. и др. Лечение синдрома дефицита внимания с коморбидными тикозными гиперкинезами. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 2. – С. 66-68.

17. Barkley R.A. Taking charge of ADHD. – N.Y.: Guilford press, 1995. – 480 p.

18. Barkley R.A. Attention deficit disorder with hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. – N.Y., 1998. – 688 p.

19. Biederman J. Attention-deficit disorder: a selective overview. // Biol. Psychiatry, 2005. – V.57. – № 11. – P. 1215-1220.

20. Biederman J., Faraone S. Attention deficit hyperactivity disorder // Lancet, 2005. – V.366. – P. 237-248.

21. Campbell S.B., Ewing L.J. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms // J. Child Psychol. Psychiatry, 1990. – V.31. – № 6. – P. 871-889.

22. Clarke A.R., Barry R.J., McCarthy R., Selikowitz M. Age and sex effects in the EEG: differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder // Clin. Neurophysiol, 2001. – V. 112 – № 5. – P. 815-826.

23. Frankel F., Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD

in children referred for friendship problems // Child. Psychiatry Hum. Dev., 2002. – V. 33. – № 2. – P. 125-146.

24. Gerra G., Caccavari R. Alpha-2-adrenoreceptor sensitivity in heroin addicts with and without previous attention deficit disorder/hyperactivity and conduct disorder // Neuropsychobiology, 1998. – V. 30. – № 1. – P. 15-19.

25. Gillberg C. Perceptual motor and attential deficits in Swedish primary school children. Some child psychiatric aspects // Child. Psychol. Psychiatry, 1983. – V. 24. – № 3. – P. 377-403.

26. Matier K., Halperin J.M., Sharma V., Newcorn J.H., Sathaye N. Methylphenidate response in aggressive and non-aggressive ADHD children: distinctions on laboratory measures of symptoms. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1992. – V. 31. – № 2. – P. 219-225.

27. Milich R., Ballentine A. C., Lynam D. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders // Clin. Psychol.: Science and Practice, 2001. – V. 8. – P. 463-488.

28. Zuddas A., Ancilletta B., Muglia P., Cianchetti C. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychiatric disorder with childhood onset // Europ. J. Paediatr. Neurol., 2000. – V. 4. – № 2. – P. 53-62.

И.В. Кузнецова

МНОГООСЕВОЙ АСПЕКТ КОРРЕКЦИИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ (СДВГ)

Московская открытая социальная академия (Москва).

На современном этапе подходы исследователей к изучению причин и проявлений СДВГ, как правило, затрагивает отдельные аспекты проблемы. Рассматриваются три основные группы факторов, детерминирующих развитие СДВГ: 1) генетические факторы; 2) пренатальные и перинатальные повреждения ЦНС, связанные с негативным влиянием на развивающийся мозг различных форм патологии течения беременности и родов; 3) внешние социальные факторы.

Дошкольники с СДВГ имеют следующие характерные особенности: снижение работоспособности, быстрая умственная утомляемость, непоследовательность поведения, снижение процессов саморегуляции, выраженные нарушения в деятельности, повышенная отвлекаемость, трудности формирования произвольного внимания, сложности в концентрации внимания, неустойчивость внимания, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности, проблемность в сформированности зрительно-моторной координации, снижение объема оперативной памяти.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности использования коррекционно-педагогических занятий как средства психомоторного развития дошкольников с СДВГ.

Характеристика участников и методы исследования. В экспериментальном обучении приняли участие 37 воспитанников средних, старших и подготовительных групп специальных дошкольных учреждений компенсирующего вида.

Цель формирующего эксперимента заключалась в разработке содержания и методики проведения коррекционно-педагогических занятий с использованием элементов метода Су-Джок, направленных на психомоторное развитие детей дошкольного возраста с СДВГ.

Эта цель конкретизировалась в следующих **задачах**:

- снижение чрезмерной двигательной активности, импульсивности;
- коррекция и развитие моторики;
- коррекция и развитие различных компонентов внимания;
- снятие психоэмоционального напряжения, удовлетворение потребностей в признании взрослыми и детьми;
- формирование норм межличностных отношений (совершенствование коммуникативных навыков).

В основе организации работы лежал **комплексный подход**, в соответствии с которым в качестве основного условия повышения эффективности процесса психомоторного развития выступала целенаправленная организация различных видов деятельности, широкое использование элементов метода Су-Джок, сочетание игровых, невербальных и вербальных средств.

Центральное место в экспериментальной работе занимали различные виды *коррекционно-педагогических упражнений*: элементы метода Су-Джок, нейропсихологические упражнения, телесно-ориентированные упражнения, тренинги.

В процессе проведения коррекционно-педагогических упражнений реализовывались следующие **задачи**:

- развитие мелкой моторики средствами метода Су-Джок;
- снижение двигательной активности, импульсивности;
- совершенствование коммуникативных навыков;
- формирование представления о доброжелательном поведении, его формах и использовании в условиях игры;
- обогащение средств речевого выражения эмоциональных состояний.

Использование коррекционно-педагогических упражнений в целях психомоторного развития детей потребовало соблюдения следующих **условий**: создание предметно-игровой среды; подбор специальных упражнений Су-Джок, лежащих в основе развития двигательной сферы; включение в коррекционно-педагогические упражнения эмоционально-двигательных, социально-личностных и речемыслительных средств взаимодействия. Все поставленные задачи реализовывались в совместной деятельности коррекционных педагогов, психолога, музыкального работника, учителя по физическому воспитанию.

Содержание психомоторного развития определялось комплексом его компонентов: моторного, когнитивного, эмоционального и поведенческого. Работа по психомоторному развитию детей среднего и старшего дошкольного возраста с СДВГ с использованием коррекционно-педагогических упражнений проводилась последовательно в три этапа.

Использование коррекционно-педагогических упражнений сочеталось с другими **направлениями работы** по психомоторному развитию. Параллельно обучению по программе коррекционно-педагогических занятий проводилось *развитие речемыслительного компонента*. Дошкольникам предлагались

игры, сказки, рассказы со скрытым смыслом. В ходе работы над текстом в первую очередь обеспечивалось понимание фактического содержания, что являлось основой для появления первоначальных нравственных представлений, введения соответствующего словаря. Для этого использовались методические средства и приемы: инсценированный рассказ, анализ иллюстраций к текстам, рассказывание, ответы на вопросы и другие задания, уточняющие содержание рассказа.

Важным аспектом психомоторного развития являлось обогащение представлений детей о культуре поведения, взаимоотношениях людей, их чувствах, переживаниях в процессе ознакомления с окружающим миром, просмотра мультфильмов, организации праздников.

На всех этапах коррекционной работы особое внимание уделялось *эмоционально-двигательному аспекту развития дошкольников*. В ходе работы по коррекции психомоторики особое внимание уделялось развитию мелкой моторики. Посредством метода Су-Джок корректировалась мелкая моторика (комплекс применяемых упражнений подробно описан в программе).

Важное значение имело *развитие эмоциональной выразительности речи и движений* на музыкальных и физкультурных занятиях. Детей учили использовать различные средства эмоциональной выразительности во время игры на музыкальных инструментах, в процессе музыкально-ритмических движений, музыкально-двигательных игр по сюжетам рассказов и сказок. Развитие речевых и интонационных средств выразительности речи достигалось с помощью речевой ритмики. В процессе работы над произношением на материале текстов, игровых ситуаций велась работа по развитию логического ударения, изменению силы и высоты голоса, овладению темпо-ритмической стороной речи. Широко использовались игры-имитации и подвижные игры, которые сочетались с выразительными движениями и речью.

Большое внимание уделялось *художественно-образному использованию представлений в изобразительной деятельности*. В процессе рисования дети совершенствовали развитие мелкой моторики, зрительного и цветового гнозиса, выравнивалось пространственное представление. Дошкольникам предлагали задания, требующие понимания и самостоятельного создания пиктограмм, схематичных изображений людей, реальных предметов, нахождения сходства и различий в изображениях различных предметов, рассматривания готовых рисунков и поделок, их обыгрывания. Особая роль на данных занятиях принадлежала развитию осмысленного восприятия художественных образов на основе комплекса зрительных, тактильно-двигательных ощущений и словесных характеристик.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности программы коррекционно-педагогических занятий применялись тесты, использованные в экспериментальной части исследования: «Прогрессивные матрицы Равенна» (серии А и В), тест Векслера, «Запомни рисунки», «Запомни и расставь точки»; «Рисунок семьи», тест Н.И. Озерецкого. Использование данных показателей обусловлено возможностью достоверного сравнения показателей актуального развития детей до и после воздействия программы коррекционно-педагогических занятий, поскольку имеются литературные данные, подтверждающие важность выбранных показателей как критериев оценки СДВГ.

Таблица 1.

Данные сравнительного анализа контрольного эксперимента

Шкалы теста		Экспериментальная группа	Контрольная группа
Коррек- турная	скорость	36,85± 9,3	37,9± 8,9
	концентрация	0,94± 0,06	0,96±0,03
	Устойчивость скорости	8,80±1,6	8,26± 2,4
	Устойчивость концентрации	2,57±0,8	3,467± 0,9
«Запомни и расставь точки»		5,9±1,4	7,9±1,4
Прогрессивные матрицы Равена серия А се- рия В		8,4±2,75	9,5±1,2
		6,6±1,96	7,1±1,4
Воспроизведение личных данных		8,3± 1, 7	9,6 ± 1,2
Времена года		8,0 ±1,04	8,4 ±1,1
Основные цвета		8,8 ±187	9,5 ±1,4
Обобщающие понятия		7,9 ±0,3	8,7 ±1,1
Геометрические фигуры		6,9 ±0,87	7,9 ±0,9
Счет		7,6 ±0,69	7,8 ±1,0
Пространственные представления		5,9 ±0,55	7,1 ±0,7
Чувство дистанции		6,9 ±0,43	7,6 ±1,0
Реципрокная координация		3,99±0,09	4,27±0,13
Практис позы		3,99±0,08	4,99±0,08
Динамический праксис		3,961±0,16	5,7±3,5
копирование		3,77±0,21	5,2±0,4
Оральный праксис		3,89±0,25	3,8±1,9
Условные реакции выбора		3,97±0,06	6,8±1,4
Ритмические структуры		3,53±0,20	4,7±3,5

Психометрический метод исследования интеллектуальной деятельности *тест Векслера - детский вариант* показал по результатам контрольного эксперимента, что в целом у детей с СДВГ не наблюдалось грубых расстройств высших психических функций. Т. о., приходим к выводу, что у детей экспериментальной группы (ЭГ) нет грубых нарушений интеллекта. Произошло изменение в показателях зрительно-конструктивного и пространственного праксиса, пространственного мышления, т. е. функций, включающих в свою организацию высококодифференцированный пространственный анализ и синтез. Данный результат показывает прогрессивный характер овладения детьми с СДВГ навыков регуляции собственной деятельности, тенденцию снижения поведенческих расстройств: импульсивности и гиперактивности. В целом средний результат остался неизменным - высокий интеллектуальный показатель.

Тест "Прогрессивные матрицы «Равена» применялся для определения концентрации активного внимания, а также с целью исследования способности к систематизированной и планомерной интеллектуальной деятельности. Т. о., у детей с СДВГ вызывают затруднения задания, позволяющие видеть закономерности взаимосвязи в организации элементов изображения.

Результаты *теста "Запомни стихотворение"* показали, что дети с СДВГ передавали отдельные смысловые связи четверостишия, но смысловая связь нарушена. Наблюдались случаи (17,9%) полного отказа заучивать четверостишие после неудачных попыток воспроизведения, или результатом ответа был набор отдельных слов. Большой процент детей (75,7%) выдавал изложение четверостишия с перестановками, пропусками или добавлением слов одной из трех частей четверостишия - правильного и полного воспроизведения всех трех

частей не дал никто, но и отказов отвечать также не наблюдалось.

Анализ показателей по тесту *"Запомни и расставь точки"* отражает значимое увеличение объема кратковременной зрительной памяти. Объем кратковременной зрительной памяти детей с СДВГ пяти лет характеризовался малым объемом, неустойчивостью, ребенок безошибочно мог воспроизвести на карточке от 0 до 4 точек, что составляет 4-5 баллов и соответствует низкому уровню развития объема кратковременной зрительной памяти, отражающее свойство непроизвольного внимания. Целенаправленное, комплексное сопровождение развития детей ЭГ: обучение навыкам постановки цели, способов выполнения, регуляция и самоконтроль являются эффективными. Т. к. побудительной силой произвольной деятельности является принятие решения, направленное на достижение цели, в Программе уделяли внимание сопоставлению желаемого результата с достигнутым - оценке и самоконтролю. Результаты контрольной диагностики характеризуются большим (5-7 точками) количеством охватываемых ребенком объектов, что соответствует средним показателям объема зрительной памяти.

Наблюдается динамика в показателях по тестам *"Корректирующая проба"* (таблица 1). Анализ показателей выполнения теста в 5 лет показал, что V - скорость выполнения теста в среднем составила $39,5 \pm 7,9$, а концентрация (К) - $0,86 \pm 0,06$. В процессе сравнения с возрастными нормативами показателей скорости и точности выполнения теста обнаружило, что скорость характеризуется как "хорошая", тогда как точность выполнения теста детьми пяти лет выходит за пределы возрастной нормы.

Сопоставление результатов ЭГ и контрольной группы после формирующего эксперимента показало, что наблюдается явное улучшение всех результатов для ЭГ в сравнении с контрольной (определение достоверности различий по t-критерию Стьюдента) доказывает, что по большинству показателей ЭГ на высоко достоверном уровне опережает контрольную.

Был проведен сравнительный анализ данных, полученных для каждой группы до и после формирующего эксперимента с целью рассмотрения динамики развития всех показателей внутри самих групп. Сопоставление результатов исследования по показателям развития психомоторных функций до и после формирующего эксперимента представлены в таблицах №№ 2, 3.

Таблица 2.

Различия между исследуемыми показателями до и после формирующего эксперимента в экспериментальной группе

Показатель	Начало года	Конец года	t-критерий
Успешность обучения	2,85	3,97	2,696
Зрительный, цветовой и предметный гнозис	12,88	17,8	6,116
Слуховой гнозис	3	4,28	7,845
Пространственное восприятие	5,28	7,76	3,915
Временное восприятие	10	13,44	4,289
Конструктивный праксис	9,36	13,04	3,746
Движения и действия	12,24	17,76	2,428
Память	2,52	3,8	1,064
Вербально-логические формы мышления	11,92	17,2	6,316
Графические навыки	25,44	35,84	8,826

Различия между исследуемыми показателями
до и после формирующего эксперимента в контрольной группе

Показатель	Начало года	Конец года	t-критерий
Успешность обучения	3,06	3,2	0,002
Зрительный, цветовой и предметный гнозис	13,56	16,2	3,413
Слуховой гнозис	2,68	3,6	1,344
Пространственное восприятие	5,56	6	0,0005
Временное восприятие	10,08	11,24	1,064
Конструктивный праксис	9,4	11	1,0753
Движения и действия	12,64	13,24	0,001
Память	2,64	3	0,002
Вербально-логические формы мышления	12,76	13,76	1,038
Графические навыки	23,6	29	1,057

В ЭГ по всем исследуемым функциям наблюдается явное увеличение показателей по итогам формирующего эксперимента в сравнении с данными до него. Установлено, что по всем показателям, за исключением памяти, наблюдаются высоко достоверные различия при $p < 0,01$.

При этом необходимо отметить, что наибольшая достоверность различий приходится на показатели зрительного, цветового и предметного гнозиса, слухового гнозиса, вербально-логических форм мышления и графических навыков. Т. о., улучшение показателей исследования после этапа формирующего эксперимента свидетельствует о наметившейся тенденции улучшения результатов, которые можно отнести за счет организующей роли психолого-педагогической модели коррекции психомоторного развития, выработки определенных коммуникативных навыков и приобретения знаний.

Выводы. Проблема психолого-педагогической коррекции психомоторного развития дошкольников с СДВГ как таковая рассматривается впервые.

Итоги экспериментального обучения подтверждают доступность и целесообразность предложенной нами программы. Результаты эксперимента свидетельствуют о возрастании показателя психомоторного развития в отношении тех заданий и упражнений, которые прямо не отрабатывались в формирующем эксперименте. Получены статистически значимые различия у дошкольников с СДВГ ЭГ: увеличение показателей успешности обучения, психомоторного развития, показателей зрительного, цветового и предметного гнозиса, слухового гнозиса, вербально-логических форм мышления и графических навыков.

Реализация программы способствует преодолению недостатков моторной, эмоционально-волевой сферы дошкольников с СДВГ, формированию правильной оценки окружающих и самих себя, регулированию собственного невербального поведения в общении, что способствует социальной адаптации детей 4-7 лет с гиперактивностью. Программа психолого-педагогической коррекции психомоторного развития дошкольников с СДВГ направлена на совершенствование процесса общения и личностного восприятия. Она может быть включена в структуру психолого-педагогического воздействия для создания условий успешной социальной адаптации и коррекции.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В ПУБЕРТАТЕ ПРИ ШИЗОИДНОЙ И ЭПИЛЕПТОИДНОЙ АКЦЕНТУАЦИЯХ ХАРАКТЕРА

Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер (Воронеж).

Актуальность проблемы обусловлена результатом социальных изменений в динамике российского общества; сексуальность вошла в структуру социальных ценностей россиян, что повлекло за собой рост напряжения в психосексуальных отношениях.

Наиболее часто обращались в областной кабинет семейного врачебно-психологического консультирования ВОКПНД за последние 5 лет по поводу сексуальных проблем пациенты с шизоидной и эпилептоидной акцентуациями характера в возрасте 14-18 лет, при которых имели место задержки или преждевременный темп психосексуального развития, а также нарушения полоролевого поведения. Этот факт побудил нас обратить внимание на пубертатный период для выявления факторов, обеспечивающих гармоничное психосексуальное развитие при данных характерологических типах.

Для гармоничного психосексуального развития необходимо учитывать такие факторы, как: культурный, возрастной, полоролевой, психологический и социальный. В психологическом факторе [1] любое сексуальное проявление (вплоть до элементарных) реализуется только в условиях межличностного взаимодействия, которое у лиц с акцентуациями может быть осложнено. Важнейшим требованием культуры в современном обществе является успех. Культ успеха негативно влияет на общество в целом, а при низком экономическом статусе подавляет уверенность молодых людей в установлении интимных отношений, что приводит к фиксации на стадии сексуального созревания. Также необходимо выделить культ «сексуального модерна» (групповой секс и т. п.). Следовательно, культурный фактор осложняет или замедляет процесс психосексуального развития. В результате абстрагирования государства от личности в российском обществе человек стал социально незащищенным [7]. В возрастном плане необходимо отметить усиление характерологических черт, что обостряет восприятие факторов, достаточно агрессивных для гармоничного психосексуального развития. Необходимо выделить изменение семейных ценностей, агрессивные тенденции общества, негативное воздействие СМИ, особенностей обучения и воспитания.

Особенности психосексуального развития при шизоидной и эпилептоидной акцентуациях характера в пубертате

Главной особенностью шизоидной акцентуации характера является интровертированность, а именно склонность к внутренней переработке своих переживаний, затруднение контактов с окружающими, необщительность [4]. Выделяются два варианта шизоидной акцентуации характера: *сенситивные шизоиды* и *экспансивные шизоиды*. Для психосексуального развития при акцентуации по шизоидному типу как для юношей, так и для девушек характерны сочетание внешней асексуальности и внутренней гиперсексуальности, склонность к сексуальным девиациям и перверсиям как следствие нарушения психо-

сексуального развития. Наличие свойственных шизоидной акцентуации личностных особенностей и форм поведения, затрудняющих адаптацию в среде сверстников, и преобладание в структуре личности аутистических радикалов обуславливают нарушение процесса социализации, в том числе искажение ее полоролевых установок. Перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки приводит к фиксации неадекватных форм реализации либидо и способствует выработке его гомосексуальной направленности. Гомосексуальное поведение чаще всего носит ситуационный или транзиторный характер. На этапе формирования психосексуальной ориентации дефекты развития на предыдущих этапах становятся наиболее заметными. Эмоциональная неадекватность, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, некоммуникабельность приводят к длительной задержке формирования сексуального либидо на фазе выработки установки. Характерное для акцентуации яркое, интенсивное образное фантазирование сопровождается мастурбацией, которая у подростков приобретает характер мастурбационного эксцесса. Нередко наблюдаются элементы визионизма, которые могут стойко фиксироваться, вплетаясь в гетеросексуальное поведение.

Т. о., для юношей и девушек с шизоидной акцентуацией характерны нарушения психосексуального развития — его ретардация или преждевременное развитие, трансформация полоролевого поведения или гиперролевое поведение; отмечаются искажения психосексуальной ориентации. Эти нарушения во многом определяют сексуальное поведение в дальнейшем.

Типологические особенности эпилептоидной акцентуации — склонность к дисфориям, вязкость, тугоподвижность, инертность проявлений психики при существующей сенситивности и стремлении к лидерству — на этапе формирования полоролевого стереотипа определяют нарушение процесса социализации подростков, в том числе и формирования полоролевых установок. Для них характерны конфликтность, завышенный уровень притязаний и стремление к лидерству через подавление, отсутствие эффективных навыков коммуникации, упрощенные поведенческие схемы, стремление к немедленному удовлетворению собственных, нередко ситуационно возникающих потребностей. Эти черты личности способствуют формальному усвоению половых ролей. У девочек-подростков формируется маскулинное поведение — частичная или полная трансформация полоролевого стереотипа.

Для этих лиц типичны раннее половое созревание, ранний интерес к сексуальной сфере, ранние половые связи. В детстве они выступают инициаторами сексуальных игр, у них отмечается ранний тип мастурбации, приводящий к оргазму, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформируются в сексуальные. Стремление к удовлетворению собственных, нередко ситуационно возникающих потребностей способствуют формальному усвоению половых ролей [3]. Типы сексуальной мотивации у девушек эпилептоидного типа чаще всего агрессивно-эгоистический и шаблонно-регламентированный, мотив полового акта — получение оргазма [3].

Социальный компонент нарушен вследствие низкого уровня информированности в области секса, несоответствия их мировоззрения, убеждений, уровня общей и сексуальной культуры, установок личности, нарушения морально-этических и эстетических норм.

Цель исследования – выявление особенностей психосексуального развития юношей и девушек с шизоидной и эпилептоидной акцентуациями характера в пубертате.

Задачи исследования – а) исследование юношей и девушек на предмет наличия акцентуаций характера; б) изучения уровня маскулинности, феминности и андрогинности; в) исследование механизмов сексуального поведения при шизоидной и эпилептоидной акцентуациях характера; г) определение возможностей практических результатов психологического исследования для обоснования психокоррекционной работы.

Методы исследования: теоретический анализ, биографический метод, беседа, наблюдение, медицинские карты, опрос, формирующий эксперимент, статистическая обработка данных. В качестве психодиагностических процедур использовались: Миннесотский многоаспектный личностный опросник MMPI-566 «Иматон»; методика оценки сексуального профиля.

Исследование осуществлялось анонимно на базе Воронежского экономико-правового института, кабинета сексологии ВОКПД, Бутурлиновского медицинского училища, Воронежского экономико-правового института.

Клинико-психологическому исследованию были подвергнуты 100 испытуемых в возрасте 16-18 лет (50 юношей, 50 девушек).

Таблица 1.

Результаты исследования с помощью MMPI-566

	Среднее девушки	Среднее мальчики	Козф. Стьюдента
L	48,84	47,18	1,38
F	60,80	57,14	3,91
K	47,72	43,58	3,03
1	50,02	49,66	0,39
2	49,76	43,20	5,29
3	52,70	48,66	2,74
4	62,28	55,98	2,67
5	66,00	47,32	0,4
6	67,12	56,26	3,65
7	52,36	49,74	4,61
8	63,04	56,98	2,78
9	73,32	61,88	4,70
0	52,96	52,04	0,55

Девушки характеризуются профилем неустойчивого круга, на что указывают высокие пики по 9; 5; 8; 6; 4 шкалам. В профиле ярко выступает повышение 9 шкалы, что характеризует девушек гипертимными, что может рассматриваться как вариант подростковой нормы. Ярко просматриваются поведенческие проблемы и искажение полоролевого поведения, склонность к алкоголизации. Половые контакты происходят в раннем возрасте или в более позднем из-за страха заразиться венерическим заболеванием, отношения характеризуются ревностью, на что указывает 6 шкала. В межличностных отношениях проявляется дистанцирование со стремлением возложить вину на окружающих за жизненные трудности и эмоциональные конфликты.

У юношей просматривается более конформный профиль, слабо выраженные маскулинные черты характера (5 шкала), гипертимность (9), и небольшое повышение 8, 4 и 6 шкал, что может указывать на агрессивность с истероидным компонентом.

8 шкала у юношей и девушек, характеризует тенденцию к шизоидизации, также указывает на уход от проблем либо закрытость.

Таблица 2.

Результаты исследования с помощью методики
оценки сексуального профиля

	Среднее девушки	Среднее мальчики	Коеф. Стьюдента
1	4,82	6,08	2,91
2	4,68	7,26	5,36
3	5,86	3,86	2,01
4	6,12	5,66	1,04
5	4,44	6,30	3,61
6	6,48	6,10	0,82
7	4,47	6,32	2,25
8	4,92	5,10	0,4
9	5,32	5,34	1,30
10	5,38	5,70	0,98
11	6,46	5,44	2,75
12	4,54	6,18	3,43
13	4,84	4,85	-4,83
14	5,34	4,82	1,29

1 - экспрессивность, 2 - смелость, решительность, 3 – корысть, 4 - избирательность, 5 – гиперсексуальность, 6 – щепетильность, 7 – нежность, 8 - жертвенность, 9 – ответственность, 10 - любовь как высшая ценность, 11 – ревность, 12 - разнообразие, 13 – фемининность, 14 - нежелательность сексуальных контактов на службе.

Итак, по методике оценки сексуального профиля можно сказать, что девушки, учитывая их эпилептоидный и более экспансивный, чем у юношей, тип реагирования, характеризуются разборчивостью и щепетильностью в сексуальных контактах, ревностью. Более того, они корыстны в отношениях, менее жертвенны, чем юноши. Что касается юношей, то они более жертвенные в отношениях, бурно проявляют свои чувства, характеризуются меньшей разборчивостью в сексуальных контактах, чем девушки.

Согласно единичным вопросам, направленным на выявление некоторых особенностей поведения, следует обратить внимание на вопрос 150, где изъявляют желание сменить пол либо выражают недовольство по поводу своего пола 9 девушек (18%), мальчиков – 2, или (4%).

Выводы

Агрессивные тенденции российского общества (борьба за выживание, низкий уровень жизни, нахлынувшие с запада типы сексуальных культур, изменение семейных ценностей) заставляют задуматься о завтрашнем дне. Изменение полоролевых установок в сторону андрогинности, особенно у де-

вушек, подчеркивает социальную значимость проблемы. Воспитание девушек в нашем обществе как воительниц, коммерсантов, политических деятелей, карьеристов и т. д. не лишает их права быть хорошей матерью в дальнейшем, но может этому препятствовать. По нашим наблюдениям, именно акцентуации характера экспансивного круга являются причиной разводов в молодых семьях, а их становится все больше.

Психокоррекция данных подростков затруднена, возможны только рациональная психотерапия, аутотренинг. Мы отдаем предпочтение психопрофилактике. Принципами психопрофилактики декомпенсаций акцентуаций характера являются:

- разрешение глубинных внутриличностных конфликтов;
- осуществление личностной интеграции и решение основных задач психосексуального развития;
- открытие новых эмоциональных и познавательных ресурсов;
- открытие способности получать психологическую помощь и поддержку от себя и других;
- развитие способности к отсроченной разрядке психологического и сексуального напряжения;
- «диалогизация» эго-состояний как способ их гармонизации;
- создание собственной системы (техники, методики) саморегуляции выхода из нежелательных эмоциональных состояний;
- коррекция семейных отношений, посещение родителями специализированных родительских групп [5].

Необходимо обеспечить повышением квалификации в сексологической области воспитателей детских садов, учителей школ, преподавателей вузов.

Итак, для гармоничного психосексуального развития необходимо учитывать такие факторы как: 1) психологический – акцентуации; 2) возрастной – где происходит усиление характерологических черт; 3) социальный – экономическое благополучие, 4) культурный – изменение семейных ценностей и форм брачных отношений, культ успеха, культ «сексуального модерна» и т. д. 5) полоролевой – андрогинность, фемининность, маскулинность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Г.С. Общая сексопатология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1977. – 488 с.
2. Донской Д.А. Педагогические проблемы пубертатного периода / III международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально психологического здоровья». – М.: «ГЛОБУС», 2006. - С. 160-161.
3. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). — Л.: Медицина, 1979. - С. 17—89.
5. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 256 с.
6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
7. Харитонов А.Н. Психоаналитическое исследование любви мужчин и женщин // Мир психологии. - Москва–Воронеж, 2007, № 2 (50). - С. 151 – 166.

Э.Г. Эйдемиллер

**СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ
И ВЗРОСЛЫХ В РОССИИ (лекция)****Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург).**

Развитие психотерапии в нашей стране в последнее четверти XX века сделало беспрецедентный скачок, который с полным основанием можно сравнить с эпохой «бури и натиска» в развитии культуры. Каждый месяц появлялись новые методы, методики, модели, техники, приемы, модальности. Этот терминологический перечень можно продлевать в соответствии с количеством психотерапевтов, заявляющих о себе и своей работе. Стало известно о существовании около 1000 методов психотерапии в мире. Заявление авторов о том, что их технологии оригинальны и поэтому они законно претендуют на место среди 1000 методов, обусловлено в большей степени амбициями и стремлением закрепиться на рынке психотерапевтических услуг, нежели фактом оригинальности лечебного действия. Однако, все эти новации могут быть рассмотрены в рамках основных методов (направлений) психотерапии и в соответствии с этим число их уменьшается (Э.Г. Эйдемиллер, 2008):

1. Методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
2. Когнитивно-поведенческая психотерапия;
3. Психодинамическая психотерапия;
4. Экзистенциальная психотерапия;
5. Семейная психотерапия.

Т. о., соотношение становится 5 к 1000. Почему так? Ответ прост: если классифицировать все разновидности психотерапии по их лечебным механизмам и технологиям, то получится указанное соотношение.

Среди всех методов современной психотерапии, доказавших свою эффективность и экономическую целесообразность, достойное место занимают групповая и семейная психотерапия.

Нами были созданы и апробированы модели¹ групповой психотерапии - интеракционная, когнитивно-поведенческая и краткосрочная аналитическая психодрама (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2006; 2007). Теоретической основой этих моделей психотерапии были психоанализ и теория объектных отношений, теория отношений В.Н. Мясищева, системный и нарративный подходы. Среди всех этих теорий нарративный подход, базирующийся на идеях философии социального конструктивизма, в нашей литературе изложен произвольно и фрагментарно. Поэтому в лекции основное внимание будет уделено нарративному подходу и описанию авторских моделей краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психо-

¹ Модель – это образец, а метод – это технологическое воплощение определенной теории. Термин «модель» означает, что авторы заимствовали уже существующие теории, но разработали оригинальную психотехнологию (Эйдемиллер Э.Г., 2008).

терапии (Э.Г. Эйдемиллер, 2007; 2008).

Нарративный подход (от англ. narrative - повествование) как воплощение этих идей появился в семейной психотерапии в последней четверти XX века и распространился по всему миру. Философия социального конструктивизма призвала специалистов помогающих профессий к отказу от поиска «истины» в знаниях о человеке и его деятельности. Реальность («истина») каждого человека является результатом его субъективных конструкций. Жизнь человека является определенным рода повествованием. «Полезность» сменила «истинность».

Нарративная психотерапия – индивидуальная, групповая и семейная – это группа постмодернистских методов психотерапии, базирующихся на идеях философии социального конструктивизма. Основное допущение нарративной психотерапии заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать определенным образом и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если нечто вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать нечто другое.

Все, что происходит в жизни человека, находится в его языке, то есть в словесных описаниях. Дж. Эфран, Р. Льюкенс, М. Льюкенс (2007) указали в качестве примера, что в высказываниях некоей женщины, подвергшейся сексуальному насилию, находилось множество смыслов, которые ей предстояло осознать.

Это могли быть такие переживания:

1. Жалобы на то, что ей причинили боль.
2. Жалоба, что ее унизили, оскорбили, «вываляли в грязи».
3. Подтвердили опасения матери изнасилованной женщины, что непослушание дочери сделает ее дочь шлюхой. «И это произошло, потому что насилуют только шлюх». Можно построить гипотезу, что в случае таких мыслей психотерапевту придется работать с чувством вины.
4. Смутное переживание удовольствия. «Страшно сознаться, но я впервые в жизни пережила оргазм».

Т. о., психотерапия представляет собой перевод сообщения клиента для него самого и для окружающих. Семейным психотерапевтам (Дж. Браун, Д. Кристенсен, 2001) давно известно, что психотерапия в частности представляет собой процесс перевода каждого сообщения клиента/пациента с языка содержания переживания на язык структуры переживания.

Например, один клиент – ребенок жалуется на то, что учителя уделяют ему мало внимания, и из-за этого он учится хуже других ребят.

Другая женщина говорит на приеме у психотерапевта, что муж, наверное, ее разлюбил, т. к. обещал подарить ожерелье, которого нет ни у одной женщины Санкт-Петербурга. Действительно, он сделал подарок, но радость этой женщины была недолгой. На званом вечере для элиты она увидела на шее своей приятельницы ожерелье, в котором бриллиантов было на 6 штук больше. «Стало так обидно! Другим женщинам любящие их мужчины делают такие богатые подарки, а мне ничего..., только пустые слова».

Третья женщина – мать психически больного ребенка жаловалась, что из-за дороговизны она не может покупать некоторые лекарства и осуществлять качественное лечение: «Жизнь так несправедлива. Одним все – другим ничего. Что я и сын можем сделать?».

С помощью вопросов, перефразирования, гротескового усиления ответов и техники рефрейминга, осуществляемых психотерапевтом, можно быстро и точно подвести клиентов/пациентов к осознанию ими того факта, что за содержанием столь разных жалоб находится общая структура переживания, которую можно выразить такими словами: «Я маленький ребенок, меня не кормят/не любят, и это очень обидно».

Глобальные языки и диалекты народов мира имеют свои особенности.

Англосаксонские языки построены на логике и являются «твердыми» языками.

Русский язык – «мягкий язык». Слова в нем можно ставить в любой последовательности. Слова зачастую содержат множество смыслов. Это расширяет и одновременно сужает коммуникативные возможности человека. К примеру, большинство психологов и психотерапевтов говорит и пишет о «синдроме эмоционального выгорания». Однако, в «Толковом словаре русского языка» С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой (2002) выгорание является законченным результатом, «можно выгореть дотла», а сгорание (горение) является незавершенным процессом. С нашей точки зрения правильнее употреблять термин «синдром эмоционального сгорания». Тем самым мы говорим о том, что человек либо подвергается профессиональной деформации, либо уже является жертвой собственной непрофессиональной деятельности.

Во многих сообщениях русского языка помимо основного развития событий резервируются дополнительные.

Каждый индивид, каждая семья говорят на своем языке в рамках глобальных традиций языка нации и культуры. Уже в семьях локальные традиции предписывают правила и нормы присущего только им способа кодирования/декодирования информации. В случаях личностной или семейной дисфункции кодирование/декодирование приводят к искажению или потере информации. Также можно утверждать и обратное, что искажение кодирования/декодирования информации приводит к личностной или семейной дисфункции.

Что называют симптоматическим поведением в семейной психотерапии? Психологическое значение симптоматического поведения при невротических, психосоматических расстройствах и нарушениях поведения многообразно:

1. Симптомы способствуют канализации у индивида избыточного эмоционального напряжения, которое возникает вследствие неразрешенных/неразрешаемых внутри- и межличностных конфликтов. В этих случаях появление симптомов помогает снизить уровень тревожности, обрести относительный комфорт и переосмыслить аспекты собственного бытия в мире: «...оказывается, я больной...мне придется от чего-то отказаться» (в том числе и от того, что вызывало наибольший страх, который пациентом вытесняется), «...наверное люди станут более внимательны ко мне».

2. Симптомы являются символическими и метафорическими посланиями человека к самому себе, другим людям и миру. Карлу Витакеру удалось показать в 1990 г. в Санкт-Петербурге во время публичного сеанса семейной психотерапии с помощью техники рефрейминга метафорическое значение симптома воровства денег детьми. Обращаясь к мальчику он спросил: «Зачем ты брал деньги?» Мальчик: «Хотел сделать подарки детям». Вопрос: «Чтобы что произошло?» Мальчик: «Ну, они (дети), будут хорошо думать обо мне, о

моей семье (наше контекстуальное восстановление послания – «...о моем отце, о котором я ничего не знаю». К. Витакер, обращаясь к бабушке, занимающей доминирующее положение в семье: «Где отец мальчика?» Бабушка: «У нас эта тема не обсуждается». К. Витакер: «А что Вы будете делать, если мальчик будет продолжать воровать деньги?» Бабушка: «Отрежу ему руки». К. Витакер: «Прямо сейчас?? Чем? Пилой? Топором? Принести их?» Бабушка: «Это так, к слову». К. Витакер: «Значит, Вы не собираетесь отрезать ему руки, значит Вы лжете, говорите неправду. Значит, Вы воруете правду?» (цит. по Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис «Психология и психотерапия семьи», 2001, с. 436-443). Т. о., К. Витакер показал всем участникам сеанса семейной психотерапии метафорическое значение симптома воровства денег. Главным правилом данной семьи было «воровство правды», т. е. сокрытие факта, где сейчас отец мальчика, жив ли он, чем занимается, из-за чего родители развелись, а также камуфлирование других аспектов жизни семьи. До тех пор, пока психологический смысл симптома непонятен его носителю и окружению, не будет психологических предпосылок к его редукции. В вольном пересказе слова основоположника групп-анализа Зигмунда Фоукса звучат так: «Если у человека есть возможность описывать словами все оттенки его переживаний, то у него не будет причин для формирования симптомов» (цит. по И. Ялому, 2001). Как показали исследования Э.Г. Эйдемиллера и О.Ф. Макаровой (2005), боль и нарушения пищевого поведения у детей с эрозивным гастродуоденитом являлись метафорическим посланием семейной группы с помощью «носителя симптома» о «больных» супружеских отношениях и неспособности ими «переварить» неприятные аспекты супружества.

3. Симптомы в семейной системе выполняют **морфостатическую и морфогенетическую** функции.

Морфостатическая функция симптомов в семье – это неосознанная попытка членов семьи с помощью симптомов преодолеть дезинтеграцию, т. е. заклеить «трещину» в семейных отношениях с помощью «квазиклея»-симптома (S. Minuchin, 1974). Блокирование в проявлении отрицательных эмоций членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи (чаще это ребенок или пожилой человек, имеющие, как правило, низкий статус, лишённые власти и прав, материально зависимые) формируется симптом, позволяющий семье редуцировать напряжение и тем самым сохранять семейный гомеостаз.

Морфогенетическая функция симптомов – эта функция представляет собой позитивную обратную связь в семейной системе, вследствие чего происходит усиление колебаний в ней, и семейная система переходит на другую стадию в своем развитии. Пациент с симптомом нарушает сложившиеся семейные правила и инициирует членов семьи к формированию новых, более гибких. Так, родители девочки-подростка, совершившей суицидную попытку в знак протеста на запрет родителей встречаться с молодым человеком, пересмотрели свои жесткие моральные требования.

4. Наконец, **симптом с точки зрения нарративной психотерапии является вопросом**, который формулируют индивид, семья или иная группа людей: «Как долго я или мы будем поддерживать сложившиеся отношения, в результате чего появился симптом болезни? Сможем ли мы комфортно суще-

ствовать без него?»

Функция нарративного психотерапевта (индивидуального, группового или семейного) сводится не только к посредничеству в переговорах индивида с самим собой, с членами группы или семьи, но и к расшифровке посланий к себе, к другим людям и миру.

Кроме того, психотерапевт выполняет функцию инициатора психотерапевтических изменений.

С точки зрения нарративного подхода, симптом представляет собой не просто проявление раздражения нервных окончаний, а комплекс интерпретаций, связанных с ощущениями. Поэтому симптом психосоматического расстройства является частично ощущением, частично – плодом пугающих мыслей. Симптом может иметь множество смысловых значений в контексте семейных отношений. Например:

1. Симптом как наказание за антисемейное поведение.
2. Симптом как позор.
3. Симптом как подтверждение собственной исключительности.
4. Симптом как главная ценность в жизни.
5. Симптом как способ получения/предоставления удовольствия и др.

Роль и значение симптома в контексте семейных отношений могут быть исследованы в рамках аналитико-системной семейной психотерапии и краткосрочной аналитической психодрамы, модели которых были разработаны Э.Г. Эйдемиллером и Н.В. Александровой (2005). В этих моделях идеи нарративного подхода нашли свое воплощение.

Аналитико-системная семейная психотерапия представляет собой оригинальную модель семейной психотерапии, основанную на синтезе парадигм психоанализа, системного и нарративного подходов (Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, 2005). В этой модели данью психоанализу в теоретическом и технологическом планах является исследование исторического прошлого семьи в целом и ее членов в отдельности, системы их отношений, внутри- и межличностного пространства, особенностей прохождения фаз жизненного цикла. В соответствии с основными положениями системной семейной психотерапии (Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999) в рамках аналитико-системной психотерапии разбор и коррекции подвергаются заявляемые клиентами личностные и межличностные проблемы, семейные правила и мифы, границы и подсистемы, последовательность взаимодействий. Использование нарративного подхода позволяет сосредоточить усилия на описании, восстановлении, соединении когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов контекста семейных взаимоотношений. При этом основным средством для достижения психотерапевтических целей является язык, с помощью которого происходит общение в семьях, обратившихся за психотерапевтической помощью. Отметим, что до распространения нарративного подхода в психотерапии, приблизительно до 1985 г., представители разных школ и направлений заставляли своих клиентов говорить на языке определенных методов — психоанализа, аналитической психодрамы, гештальт-терапии и др.) Разумеется, лучшими знатоками таких языков были сами специалисты.

Нарративные психотерапевты (Дж. Эфран, Р. Льюкенс, М. Льюкенс, 2007) вслушиваются и вчувствуются в вербальные и невербальные сообщения своих клиентов, постигают кроющуюся за содержанием структуру

и, осуществив присоединение к семье, начинают выполнять функцию посредника и переводчика. Они стараются говорить на языке данной семьи и осуществлять коррекцию взаимоотношений, отраженных в особенностях данного языка.

Технология моделей аналитико-системной семейной психотерапии и краткосрочной аналитической психодрамы (Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, 2005) представлена приемами присоединения, формулирования психотерапевтического запроса и игрового моделирования жизненных ситуаций.

Декодирование искаженных посланий осуществлялось с помощью рефрейминга, перефразирований и вопросов различных типов: 1. идентификационных, 2. линейных, 3. циркулярных, 4. стратегических, 5. рефлексивных (см. С.А. Кулаков, Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 2008).

Классическая аналитическая психодрама Дж. Л. Морено (1973) – это метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на игровом моделировании актуальных представлений клиента/клиентов. Теоретическим концептом психодрамы является теория ролей, разработанная самим автором. Современные исследователи в качестве теоретической основы психодрамы рассматривают психоанализ (Р. Фрейджер, Д. Фейдимен, 2001, Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, 2006).

Аналитическая психодрама относится к методам психотерапии, основанным на действии. Она использует три вида коммуникаций: эмоциональную, поведенческую и вербальную – с целью психологической коррекции искажений личностного развития в актуальном периоде жизни и на более ранних этапах онтогенеза в ситуации «здесь-и-сейчас».

Преимущество аналитической психодрамы перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык – язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна людям разного возраста: детям, начиная с 4-5 лет, подросткам, взрослым и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных значимых ситуациях и вновь их переживать.

Разыгрывая психодраму, ее участники переживают три уровня реальности.

1. Реальность обыденной жизни – т. е. события, которые происходят дома, на работе, на улице и в других подобных ситуациях. Эту жизнь регулируют законы, мораль, обычаи.

2. Лабораторную реальность – реальность психотерапевтической группы. Она охраняется принятыми группой правилами. Если участники психодрамы сидят в круге, то граница между вторым и первым уровнями будет проходить между тем, что перед их глазами, и тем, что за спиной.

3. «Прибавочную реальность» - т. е. приобретения, которые в процессе психотерапии получают участники группы на эмоциональном («что я чувствую»), когнитивном («что я знаю или думаю») и поведенческом («что я делаю») уровнях.

В отличие от классической аналитической психодрамы, продолжительность которой составляет от 320 до 600 часов и более с частотой занятий 1 раз в неделю, в модели краткосрочной аналитической психодрамы продолжительность работы группы составляет 40 часов с периодичностью 3 раза в

неделю. Продолжительность каждого занятия 2 часа.

Наш опыт психотерапии детей, подростков и взрослых с различными нервно-психическими расстройствами и нарушениями поведения позволил выделить в развитии групп краткосрочной аналитической психодрамы 5 фаз.

0 – фаза предгрупповой ситуации. Психотерапевты знакомятся с клиентами, устанавливают раппорт, помогают сформулировать запрос, привыкнуть к ситуации психологического взаимодействия, усилить у клиентов мотивацию на психотерапевтические изменения и необходимость пройти клинико-психологические исследования. Мы сформулировали для себя правило, которым неизменно руководствуемся, - кто ведет группу, тот ее и формирует. Его выполнение стимулирует переносные чувства членов группы с момента ее зарождения и до окончания работы. Мы работали только с закрытыми амбулаторными группами.

На нулевой фазе важное значение имеет психологическое состояние психотерапевтов, ответ на вопрос, с какими чувствами и зачем они собирают психотерапевтическую группу. В этот момент переживания котерапевтов напоминают переживания супругов, решивших завести ребенка. Чем более тщательно психотерапевты проведут инвентаризацию внутри- и межличностного психологического пространства, тем выше шансы у группы на успешность работы.

Первая фаза - «фаза ориентации» имеет сходство по форме и содержанию с оральной фазой психосексуального развития индивида по З. Фрейду. Ожидания всех участников группы связаны с тем, что психотерапевты их «накормят» – решат все проблемы. В психическом состоянии участников группы преобладают вера, надежда и тревога. Правила работы группы, которые обсуждались на предыдущей фазе и принимались на этой всеми участниками, являются для большинства пока еще внешними, поэтому все участники уверены, что психотерапевты «волшебным образом» решат их проблемы. На этой фазе используются подвижные игры, в которых нет проигравших. Они способствуют сплочению, снижают уровень тревоги, повышают внимание и спонтанность.

Вторая фаза - «фаза переформулирования целей и перераспределения ответственности». К этому моменту участники могут потерять веру и надежду на то, что обретут спокойствие и здоровье. У них усиливается тревожность, основной формой совладания с которой у детей, подростков и взрослых становятся аспонтанность, апатия, раздражительность. Группа в этот момент нуждается в особом внимании и поддержке со стороны психотерапевтов. Проявление агрессии на психотерапевтов, спровоцированной ими самими, в группах взрослых пациентов может способствовать активизации самостоятельности и достижению состоянию раскрепощенности.

Но мы считаем, что наилучшим разрешением коллизий 2-й фазы является обсуждение членами группы, включая психотерапевтов, тех отношений, которые сложились внутри группы, но не были до этого вербализованы. Технически это может быть осуществлено в виде дискуссии, когда каждый участник по кругу (техника «раунда») отвечает на вопросы: что происходит в группе, чего он хочет, какие он видит перспективы в изменении работы группы. Другие техники, которые мы используем, это различного рода социометрические игры («плот в бушующем море», «автомобиль», «заложники», лошадиная упряжка «тройка» и др.). Важно то, что эти игры или дискуссии

привносят в группу не психотерапевты, а сами участники, задача же психотерапевтов - услышать и подкрепить те ключевые слова, в которых отражена суть происходящего: «в группе туман..., словно ходим по болоту..., все закрыты..., никто никого не знает...». Психотерапевт/ы предлагает/ют прояснить, что такое туман, кто есть кто в «тумане и на болоте», какие есть желания и что надо изменить в группе.

В классической группе аналитической психодрамы проживание участниками 2-й фазы происходит опосредованно, во время проигрывания психодрам.

В краткосрочной аналитической психодраме на 2-й фазе ее развития переживания участников группы имеют сильный характер в силу интенсивности работы, поэтому требуют кларификации и управления ими с помощью социометрических техник. Это мы считаем своим «ноу-хау» в создании модели краткосрочной групповой аналитической психодрамы. Задача котерапевтов на этой фазе, когда многие участники переживают сильные негативные чувства, поддерживать друг друга и участников группы

Котерапевты в детских, подростковых, да и во взрослых группах – фигуры, вызывающие на себя переносы, связанные с родителями, бабушками, дедушками, учителями, начальниками, с собственным детством, с ощущением силы и бессилия. Котерапевты являются эталонными фигурами.

Эталонное поведение котерапевтов заключается в том, как они совладают с собственной тревожностью, с тревогой в группе, как они проводят переговоры между собой и как осуществляют кооперацию. Котерапевты не являются героями, великанами или волшебниками. Они самые обыкновенные люди, имеющие на первых этапах развития группы лишь одно небольшое преимущество, которое в дальнейшем станет принадлежностью каждого члена группы, – быть зеркалом друг для друга.

Третья фаза - «фаза зрелой группы».

Мы эту фазу называем «рабочей фазой». Мы не будем останавливаться на тех характеристиках этой фазы, которые есть в известных руководствах, важно дать описание, как проходит проигрывание психодрам.

Разумеется, проигрывание психодрам происходит с первого же занятия психотерапевтической группы. Сначала преобладает проигрывание различных историй, сочиненных в группе, сказок, затем участники начинают играть частные проблемы, не захватывающие целиком их внутри- и межличностное психологическое пространство, например, ситуации просьбы–отказа. Эти психодрамы носят характер ролевых игр и не предполагают исследования глубинных проблем. На 3-й фазе участники проигрывают психотравмирующие ситуации: отношения с учителями, друзьями, родителями и другими членами семей.

Каждое занятие группы аналитической психодрамы состоит из 3-х фаз: 1) фаза «разогрева группы» – выяснение эмоционального состояния участников, желания/нежелания проиграть подготовительные игры, выявление протагониста и его рассказ о проблеме. Если в классической аналитической психодраме Д. Морено право расспрашивать протагониста принадлежит только режиссеру и этого права был лишен ассистент режиссера, то в нашем случае отсутствует ассистент, а котерапевты, обладающие равными правами, оба задают вопросы, которые согласованно позволяют восстанавливать контекст

заявляемой проблемы.

Далее протагонист выбирает вспомогательные «эго», и с началом построения сцены группа переходит на 2-ю фазу сеанса аналитической психодрамы - «проигрывание собственно психодрамы».

Для разрешения проблемы протагониста мы используем базисные техники аналитической психодрамы в собственной модификации. В технике индивидуального разогрева вспомогательного «эго» в группах детей и подростков мы отказались от накладывания протагонистом рук на плечи вспомогательного «эго». Для многих подростков такое взаимодействие вызывало усиление тревоги, напряжение, обусловленное страхом сексуальных переживаний, что внешне проявлялось хохотом, потерей спонтанности. Вместо этого протагонист, стоя рядом со вспомогательным «эго», произносил от первого лица те слова, которые хотел дать исполнителю роли. Иногда мы использовали технику дублирования: протагонист последовательно занимал место каждого вспомогательного «эго», произносил слова, а затем эти слова повторяли вспомогательные «эго». Такая техника способствовала не только стереоскопическому исследованию и познанию проблемы, но и дистанцированию от нее, и эмоциональному отреагированию. Эту технику, которая родилась в детских и подростковых группах, мы эффективно используем в работе со взрослыми.

Нами осуществлена модификация широко известной техники «семейная фотография». Новшество заключается в том, что мы расспрашиваем протагониста, кто делает фотографию и предлагаем выбрать его (ее) среди членов группы. Именно на фотографа протагонист может спроецировать самые сильные переживания. Приведем пример психодрамы с врачами и психологами, в которой мы впервые использовали эту модификацию. При проигрывании «фотографии» протагонист расположил себя и коллегу-врача, своего ровесника и профессионального конкурента, на качелях-доске, на концах которой они и сидели. При расспросе о том, кто делал фотографию, выяснилось, что это была молодая женщина-врач – коллега обоих участников фотографии, которая являлась объектом ухаживания обоих мужчин. Протагонист выбрал вспомогательное «эго» и на эту роль. При использовании приема диссоциации протагонист имел возможность увидеть «со стороны» двух молодых мужчин, разделенных между собой деревянной доской качелей и фиксирующую эту «картинку» женщину – объект конкуренции этих мужчин. Один из психотерапевтов, наблюдая за ситуацией, применив усиление, сказал: «Двое мужчин, перед ними женщина. То один наверху, то другой. А между ног у них деревяшка».

Другой особенностью проводимой нами аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми является то, что мы часто предлагаем участникам проигрывать роли животных и неодушевленных предметов – собак, кошек, капельниц в больнице, зонтика, дверец шкафа, внутренних органов и т. д. Обратные связи животных и неодушевленных предметов позволяют протагонисту воссоздавать и реконструировать контекст переживаний со значительно большей эмоциональной силой. Проигрывание психодрамы завершается снятием ролей и разборкой сцены. На 3-й фазе сеанса аналитической психодрамы режиссеры, спросив согласие протагониста, призывают участни-

ков группы поделиться своими чувствами, ассоциациями, опытом.

Четвертая фаза группового процесса краткосрочной аналитической психодрамы - мы ее называем «**фазой экзистенциального выбора**». Раньше мы считали, что ее в детских и подростковых группах не может быть в силу незавершенности их личностного развития. Но оказалось, что дети и подростки не хуже взрослых способны говорить о своем предназначении, о своем пути, индивидуализировать свой собственный жизненный стиль, строить образ будущего и, наконец, нести ответственность за свое самоопределение.

Использование этих приемов и техник способствовало тому, что участники психотерапии в короткое время осознавали и корректировали свои проблемы.

Средняя продолжительность разработанной нами модели аналитико-системной семейной психотерапии составила 6-18 часов при продолжительности одного сеанса 1 час.

Интенсивность и эффективность моделей (Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, 2005) краткосрочных аналитико-системной семейной психотерапии и аналитической психодрамы были исследованы независимым экспертом-психологом И.М. Никольской (Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская, Н.В. Александрова, 2005) с помощью клинико-психологических методов. Измерения, проведенные в начале психотерапии и после ее окончания, а также данные катамнеза подтвердили эффективность данных моделей психотерапии.

Применение нарративного подхода в психотерапии способствует ее интенсификации, меньшей продолжительности и высокой эффективности.

Краткосрочная аналитическая психодрама и аналитико-системная семейная психотерапия, впитавшие в себя идеи философии социального конструктивизма и нарративного подхода, дают людям новые возможности в познании самих себя, своего предназначения, коррекции жизненного пути, обогащению себя новым опытом, обретением здоровья.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психотерапевтическая энциклопедия. Изд. 3-е. / Под ред. Б.Д. Карварского. – СПб: Питер, 2006. – 944 с.
2. Системная семейная терапия: Классика и современность / сост. и научн. ред. А.В. Черников. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 400 с.
3. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1129 с.
4. Семейная психотерапия. Хрестоматия / сост. Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 3-е. - СПб.: Речь, 2007. – 352 с.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
7. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2000. – 640 с.

НЕВРАСТЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ²

Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).

Клиническая характеристика неврастений

Клиническая картина неврастений в развернутой форме встречается у детей школьного возраста. В более молодом возрасте наблюдаются лишь рудиментарные психогенные астенические реакции [10, 46, 81].

Психологический портрет восприимчивого к психотравмирующей ситуации ребенка выглядит следующим образом: впечатлительные и легковозбудимые дети с развитым чувством «Я», которым свойственны интровертированность, склонность к фиксации на неприятных переживаниях [81], сочетание повышенной возбудимости, чувствительности и неуверенности в себе с чувством ответственности, хорошим пониманием социальных нормативов [4, 35, 81]. Выделяется перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим, а также аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий основу для болезненных переживаний [35, 70].

Основное проявление неврастений у детей – состояние раздражительной слабости [46, 81, 108]. С одной стороны, оно характеризуется повышенной раздражительностью, несдержанностью, склонностью к аффективным разрядам недовольства, ранее подростку не свойственным [8, 15, 46, 61]. С другой стороны, повышенная возбудимость нередко сочетается с повышенной истощаемостью аффекта, слезливостью, повышенной утомляемостью, непереносимостью любого психического напряжения, нетерпеливостью, суетливостью [7, 46, 81, 153].

Г.Е.Сухарева [81] выделяет 2 клинических варианта астенического невроза у детей: астеноадинамический (астенический), и астеногипердинамический (эксплозивный), объясняя формирование клинической картины типом высшей нервной деятельности ребенка. Неврастенические состояния возникают чаще у лиц со слабой нервной системой, однако, в отдельных случаях и у лиц сильного, возбудимого типа. Поэтому существуют 2 типа неврастенических состояний (в зависимости от того, какой из полюсов раздражительной слабости преобладает – повышенная истощаемость или раздражительность). Первый тип характеризуется преобладанием вялости, утомляемости, робости, склонности к испугам; второй – повышенной раздражительностью, неустойчивостью и двигательным беспокойством. Между этими крайними вариантами возможен ряд смешанных форм.

Другие авторы выделяют 3 формы астенического невроза – гиперстеническую, переходную (собственно, раздражительной слабости) и гипостеническую [53, 72]. Гипостенический вариант отличают пониженная реактивность на воздействие внешних факторов, большая стабильность признаков, соответствующих депрессивному аффективному спектру расстройств, а гиперстенический – повышенная реактивность и признаки тревожного характера с

² Окончание. Начало: «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2008 (8), № 2.

симптомами вегетативной лабильности. Общими для обоих вариантов являются симптомы физической слабости, вялости и снижение инициативы [43].

Подростки с неврастенией всегда обнаруживают более или менее выраженные проявления вегетодистонии [17, 42, 78]. Характерны стягивающие головные боли, описываемые как «каска неврастеника» [20], они усиливаются при эмоциональном напряжении и исчезают в спокойной обстановке.

При неврастении возможны «потеря нити мысли», «временное замирание мозговой деятельности», которые развиваются всегда на фоне нервного перенапряжения, кратковременны и бесследно исчезают [7, 154].

У детей с неврастенией резко снижается активное внимание, затруднено длительное сосредоточение, что приводит к рассеянности, жалобам на плохое запоминание [81, 153]. Нередки жалобы на неприятное чувство пустоты в голове и неспособность думать вообще. Настроение очень неустойчивое, с оттенком тоскливости. В случаях выраженной неврастении дети вялы, безвольны, жалуются на лень, ипохондричны, сосредоточены на своих болезненных ощущениях, теряют интерес не только к учебе, но и к развлечениям [117]. Характерна связь гипотимического настроения с комплексом тех или иных отрицательных переживаний, отражающих содержание психотравмирующей ситуации [7, 27, 46, 60, 71, 87].

По мнению Г.Е.Сухаревой [81], у детей, страдающих неврастенией, по сравнению с взрослыми, реже отмечаются жалобы на болезненные ощущения со стороны внутренних органов. В то же время у них чаще наблюдаются психомоторное возбуждение, эмоциональная лабильность и такие симптомы, как анорексия, тошнота, расстройства сна (сон не освежающий, поверхностный, с тревожными сновидениями, больные жалуются на сонливость днем и бессонницу ночью) [7, 42, 89].

При физическом осмотре часто отмечаются негармоничное физическое развитие (асимметричность, дисгармоничность телосложения), сниженная масса тела, задержка полового развития конституционального генеза, соматические заболевания в анамнезе (частые простудные заболевания, ОРВИ, сопутствующая хроническая патология желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы), слабость иммунной системы [8, 34, 150].

Изучение динамики неврастении в детском возрасте [15, 33, 46, 47, 48, 55, 61, 74, 83] показывает, что этот невроз имеет выраженную тенденцию к затяжному течению. Выделяют 2 типа динамики неврастении. Первый, более частый, тип характеризуется медленным началом с кратковременными полиморфными невротическими нарушениями, не складывающимися в очерченный невротический синдром (преневротическое состояние) Этот этап постепенно переходит в невротическое состояние. Ведущим является тот или иной вариант астенического синдрома. Такой тип динамики часто завершается переходом в невротическое развитие личности, характеризуется усложнением психопатологической структуры невроза, стойкими сдвигами настроения, не свойственными прежде изменениями характера, постепенной утратой связи с психотравмирующей ситуацией [83].

Второй вариант динамики характеризуется подострым началом в форме моносимптомных невротических расстройств. Спустя 1-3 года в клинике заболевания начинают выступать астенические явления [46, 61].

Затяжной невроз возникает в большинстве случаев в связи с длительно действующей конфликтной ситуацией, особенно семейной, неправильным воспитанием. Имеют значение характерологические особенности личности в преморбиде, соматическая ослабленность ребенка, патология внутриутробного развития и родов, постнатальные инфекции и травмы головы. В то же время, обратному развитию невроза способствуют нормализация семейной обстановки и условий воспитания, разрешение конфликтной ситуации, более раннее проведение направленных лечебных мероприятий и укрепление соматического здоровья [15, 83].

По данным некоторых исследователей [6, 117], в последнее время отмечается патоморфоз неврастения с «овзрослением» клинической картины. В более выраженной форме стал выступать астенический компонент невроза с некоторым снижением психической активности, вялостью, утомляемостью. Реже встречаются реакции с непродуктивной двигательной гиперактивностью, в то время как доля ипохондрических включений значительно возросла.

Дифференциальная диагностика неврастения

Доминирующим в клинике неврастения является астенический синдром [2, 46], поэтому важно проводить дифференциальную диагностику с астеническими состояниями другого генеза.

На феноменологическое сходство истинных астенических и невротических расстройств указывают многие авторы, в связи с чем при дифференциальной диагностике ставится акцент не на клинической характеристике того или иного синдрома, а на особенностях его течения и наличии или отсутствии органических симптомов в неврологическом или соматическом статусе [22, 57, 68, 88]. В.В. Королев [52] и В.К. Мягер [69] основными признаками неврозоподобных нарушений, не свойственных невротическому расстройству, считают: 1) зависимость их возникновения и дальнейшей динамики от соматического состояния и различных внешних физиогенных факторов; 2) отсутствие или бедность интеллектуального содержания; 3) выраженность вегетативного компонента расстройств; 4) относительную монотонность, однообразие симптомов; 5) органическую окраску проявлений; 6) отсутствие интимной связи с преморбидом личности. Для астенического невроза характерны: 1) спаянность личностных особенностей с психогенной проблемой со стремлением справиться с субъективно значимой ситуацией при нехватке для этого сил; 2) выраженная зависимость интенсивности астенических и сопутствующих им невротических расстройств от изменений ситуации; 3) описанная этапность в динамике невротических нарушений; 4) отчетливая реакция личности на имеющиеся расстройства и вызванное ими снижение работоспособности, прежде всего школьной успеваемости. Дополнительным, хотя и не обязательным, признаком можно считать отсутствие «органической психики» (инертность, затрудненная переключаемость, назойливость, недостаточно развитые интеллектуальные интересы, низкий, уровень памяти и т. п.) [1, 46, 70].

Однако исследователи подчеркивают не абсолютную, а относительную значимость приводимых дифференциальных критериев [88], чаще возникает необходимость проводить дифференциацию между неврастением, протекающей на «органическом фоне» и органическим заболеванием ЦНС с неврозоподобным течением.

Случаи затяжного невроза требуют ограничения от вялотекущей шизофрении с неврозоподобными проявлениями. Дифференцируя невроз и шизофрению нужно следовать принципу «негативной» диагностики: при неврозе не должно быть психотических (даже рудиментарных, что характерно для детей) проявлений шизофрении, а также специфических признаков эмоционально-волевого дефекта и нарушений мышления [46, 81, 84, 117].

Дифференцируя невроз (у детей, как правило, протекающий на органически неполноценной почве) с неврозоподобным состоянием при резидуально-органическом поражении ЦНС, следует опираться на «позитивный» принцип: наличие в клинической картине психогенных переживаний, поскольку невроз - это болезнь личности.

Неврастению следует дифференцировать с депрессивным неврозом, поскольку в обоих случаях имеет место пониженный фон настроения [7, 38, 55, 138]. При астеническом неврозе, однако, ведущим проявлением является та или иная разновидность астенического синдрома с признаками раздражительной слабости, более выражены снижение работоспособности, школьной успеваемости; пониженное настроение носит характер гипотимии, не достигая степени депрессивного или субдепрессивного состояния [78, 130, 146].

Особые трудности возникают при отграничении невротической астении от амбулаторных, скрытых депрессий, т. к. в их клинической картине отсутствуют классические симптомы эндогенной депрессии, а на первый план выступают многочисленные нарушения, имитирующие соматическое заболевание с явлениями астении [40]. При дифференциальной диагностике следует помнить, что стойкость клинических проявлений, не поддающихся психотерапевтическому воздействию, даже нерезко выраженные суточные колебания настроения, сенестопатические жалобы без соответствующего органического фона и, наконец, эффективность лечения антидепрессантами свидетельствуют в пользу маскированной депрессии [3, 78].

В случаях органических заболеваний астенические состояния выступают в рамках той или иной нозологической формы и сочетаются со свойственными этим заболеваниям симптомами и типом течения [57, 121]. При отграничении неврастении от соматогенных астенических состояний учитывают указания на недавно перенесенные тяжелые соматические и инфекционные заболевания (грипп, пневмония, дизентерия и др.). Психотравмирующая ситуация в анамнезе, отсутствие неврологических органических симптомов и указаний на перенесенные соматические заболевания свидетельствуют в пользу неврастении [34, 46, 81].

Следует также дифференцировать астению у больных с неврастенией от астении переутомления [52], для которой характерно сглаживание выраженности астенических явлений или даже их полное исчезновение после полноценного отдыха, усиление астении до развития полного бессилия к вечеру, отсутствие вовлечения личности в болезнь с адекватным отношением к своему состоянию.

Т. о., отсутствие единого подхода в вопросе терминологии и классификации неврастении усложняет и актуализирует проблему дифференциальной диагностики данной патологии со сходными, однако принципиально иными в плане терапевтической тактики психопатологическими состояниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Исурина Г.Л. О некоторых психологических аспектах патоморфоза неврозов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. - № 2. - С. 82-83.
2. Аверин В.А. Психология личности / Учебное пособие. - СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 348 с.
3. Акжигитов Р.Г. Комплексное применение транквилизаторов, бета-блокаторов и психотерапии при лечении тревожных состояний у больных с пограничными психическими расстройствами / Дисс. к.м.н. - М., 1998. - С. 150.
4. Александровская Э.М. Личностные особенности младших школьников с пограничными нервно-психическими расстройствами / Неврозы у детей и подростков. Тезисы докладов всесоюз. конф. - М., 1986. - С. 13-14.
5. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия / РЛС, 2006.- 1280 с.
6. Андриенко Ю.А., Никитина И.Г., Трошенкова Л.Ф. О патогенезе невращения и невроза навязчивых состояний у детей / Материалы к III Всероссийской научной конференции по невропатологии и психиатрии детского возраста. - М., 1971. - С. 195-197.
7. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. Обзор литературы // Рос. психiatr. журн. – 1998. - № 3. – С. 63-70.
8. Арбузова В.Н. Клинические и социально-психологические признаки невращения у подростков и их прогностическое значение / Автореф. дисс. к.м.н. - Харьков, 1986.
9. Бамдас Б.С. Астенические состояния. - М., 1961. - 123 с.
10. Бахджат Бальбус. Клинические и психологические особенности невращения и резидуально-органической церебрастении у детей-школьников в условиях СССР и Сирии (транскультуральное исследование) / Дисс. к.м.н. - Харьков, 1989.
11. Бахур В.Т. Эмоции: плюсы и минусы. - М.: Наука, 1980. – 145 с.
12. Белоусова М.В. Психогенные расстройства у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС. Этиология, патогенез, клиника, коррекция // Неврологический вестник. - Т. 32, № 3-4, 2000. - С. 36-39.
13. Бобкова В.В. Особенности электрической активности мозга при невротических состояниях / Автореф. дисс. д.б.н. - Л, 1971.
14. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, ОПЛ 2000. – 719 с.
15. Буянов М.И. К клинической характеристике начальных этапов патохарактерологического формирования личности астенического типа у детей и подростков // Журн. невропатол. и психiatr. им. С.С. Корсакова, 1973. - Т. 73. - Вып. 10. - С. 1524-1528.
16. Вандыш-Бубко В.В. Сравнительная характеристика психопатоподобных состояний раннего резидуально-органического генеза, осложненных и не осложненных алкоголизмом в подростковом возрасте / Дисс. д.м.н. - М., 1980.
17. Вейн А. М. Три трети жизни. - М.: Знание, 1979. – 230 с.
18. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. – 670 с.
19. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика: Практическое руководство. Ч. 1.- М.: Генезис, 2001 - 160 с.

20. Визен Э.М. Головные боли. - М.: Медгиз, 1950. - С. 51-56.
21. Выготский Л.С. Психология. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
22. Выясновский А.Ю. О патогенезе некоторых псевдоневротических состояний и их диагностике / Пограничные состояния. Тр. 4-го Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. - М.: 1965, т. 5. - С. 311-321.
23. Ганнушкин П.В. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. - М.: Север, 1933. - 143 с.
24. Гарбузов В.И. К проблеме этиопатогенеза неврозов у детей / Неврозы у детей и подростков. Тез. докл. Всесоюз. конф. - М., 1986. - С. 33-41.
25. Гиляровский В.А. Избранные труды. - М: Медина, 1973 - 328 с.
26. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. - М.: Триада Х, 1999 -266 с.
27. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. - М.: Магистр-Пресс, 2002. - 452 с.
28. Гроссман И.Б. Неврастения и ее сущность // Мед. обзор. Ниж. Повол., 1924. - 5. - С. 1-25.
29. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003, № 1. - С. 5-10.
30. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск, 1994. - 309 с.
31. Дмитриева Т.Б. Роль охраны и укрепления общественного психического здоровья в достижении социального благополучия России / Материалы 2-го Национального конгресса по социальной психиатрии. - М., 2006.
32. Долгопятов Г.Я. Неврозы. - М.: Медицина, 1972. - 144 с.
33. Жариков Н.М., Лебедев М.А., Сарсембаев К.Т. Динамика и отдаленные состояния невротических расстройств / 14 съезд психиатров России. Материалы съезда. - М., 2005. - С. 122.
34. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. - Л, 1988. - 312 с.
35. Зейгарник Б. В. Патопсихология. 2-е изд.- М.: Изд-во МГУ, 1986.- 252 с.
36. Зозуля Т.В., Ротштейн В.Г., Сулицкий А.Н. К проблеме распространенности психических заболеваний // Журн. невропатол. и психиатр., 1994. - № 4.- С. 99-103.
37. Иванов Н.В. О соотношении социального и биологического в структурировании неврозов // Соотношение биологического и социального в человеке. 1. - 1975. - С. 666-676.
38. Иовчук Н.М. Психопатологические механизмы школьной дезадаптации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройств у детей и подростков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 25-27 окт., 1995 г. - М., 1995 - С. 23-25.
39. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков / Учебная педагогика и психология. Приложение к ж. «Дефектология», вып. 2. - М.: Школа-пресс. -1999. - 80 с.
40. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. - СПб.: СпецЛит, 2006. - 463 с.
41. Казаковцев Б.А. Программы развития психиатрической помощи в условиях административной реформы / Материалы 2-го Национального кон-

гресса по социальной психиатрии. – М., 2006.

42. Канавец Л.Н. Неврозы и их санаторно-курортное лечение. - М.: Медгиз, 1962. – 215 с.

43. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990. - 448 с.

44. Кербиков О. В. Избранные труды. - М.: Медицина, 1971. – 312 с.

45. Киселева О.А. Феномены тревоги, страха и агрессии при неврастении / Дисс. к.м.н. - Смоленск, 2000.

46. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995. – 399 с.

47. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Эпидемиология психических заболеваний у взрослых и детей: научный обзор. - М., 1981. - 79 с.

48. Колегова В.А. Неврозы и непроецессуальные неврозоподобные состояния детского возраста в свете отдаленного катамнеза / IV симпозиум детских психиатров социалистических стран. - М., 1976. - С. 232-285.

49. Копыстьянская К.Р. К дифференциальной диагностике патохарактерологических сдвигов при неврозе / Проблемы бреда, пограничных состояний и вопросы организации психиатрической помощи. - М., 1975. - С. 299-301.

50. Коркина М.В. Психиатрия: учебник для студентов медвузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М: МЕДпресс-информ, 2004. – 576 с.

51. Корнеева В.А. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития у детей младшего школьного возраста / Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. «Лечение детей с психосоматическими расстройствами». – СПб.: Речь, 2002. – 463 с.

52. Королев В.В. Вопросы клиники, течения и терапии неврастения / Дисс. д.м.н. - М., 1964.

53. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. Неврастения как вариант астенического синдрома // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000 – 2. - № 6. – С. 12-15.

54. Крейндлер А. Астенический невроз. - Бухарест, 1963. – 282 с.

55. Лакошина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. - М.: Медицина, 1970. – 222 с.

56. Лангмейер Й. Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. - М: Медицина, 1987. – 178 с.

57. Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгарт Н.К., Солодовников И.Д. Физиогенные и психогенные астении. - Курск, 1981. - 150 с.

58. Лебедев М.А. Распространенность и структура невротических расстройств среди школьников подросткового возраста. - М., 1983. - 76 с.

59. Лихтерман Б.В., Зимовский Б.Ф. Лечение больных неврастениями в санаторных условиях. - М.: Медгиз, 1958. – 104 с.

60. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина. – 1979. - 245 с.

61. Лобикова Н.А. О затяжных неврозах астенического типа у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова - 1971 – т. 71 – вып. 10 – С. 1524-1528.

62. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.: МГУ, 1973.

63. Макова-Томова В.С., Пиров Г.Д., Пекушлиева Р.Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. - София, 1981. – 189 с.

64. Макушкин Е.В. Современное состояние детской психиатрии в РФ / 2-

й Национальный конгресс по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье». – М., 2006.

65. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: «Адис», 1994. – 304 с.

66. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практик. рук. – М.: Медпресс, 1998. – С. 238-250.

67. Минияров В.М. Психология семейного воспитания: (диагностико-коррекционный аспект). – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО МОДЭК, 2000. – 256 с.

68. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002 (2). – № 2. – С. 65-75.

69. Мягер В.К. Критерии эффективности психотерапии / Клинико-психологические исследования личности. – Л., 1971. – С. 237-239.

70. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Ленингр. Ун-та, 1960. – 426 с.

71. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. М.: Триада-Фарм, 2001. – 99 с.

72. Павлов И.П. Психопатология и психиатрия. Избранные произведения. – М., 1949. – 345 с.

73. Платонов Д.Г. Некоторые закономерности патогенеза аффективных расстройств невротического уровня / 14 съезд психиатров России. Мат-лы съезда. Москва, 2005. – С. 140.

74. Подкорытов В.С. Причины и условия развития затяжных неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1984.-Т. 84. – Вып. II. – С. 1670-1674.

75. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М.: Мир, 1994. – с. 204.

76. Свядощ А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 356 с.

77. Северный А.А. «Кризис мотивации» – проблема подросткового возраста / 14 съезд психиатров России. Мат-лы съезда. – М., 2005. – С. 222.

78. Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой «юношеской астенической несостоятельности» // Журн. невропатол. и психиатр.- 1985. – № 11.- С. 1674-1680.

79. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. – 2. – № 2. – С. 5-7.

80. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1983. – 234 с.

81. Сухарева Г.Е., Юсевич Л.С. Психогенные патологические реакции (неврозы) / Многотомное руководство по педиатрии. Т. 8. – М., 1965. – С. 332-352.

82. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии. В 2-х т. Т. 1. / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. – 784 с.

83. Трифонов О.А. К динамике неврозов, начавшихся в детском возрасте / Клиническая динамика неврозов и психопатии. – М., 1967. – С. 87-101.

84. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973. – 301 с.

85. Хананашвили М.М. Информационные неврозы. – Л.: Медицина,

1978. – 142 с.

86. Христов Х., Ачкова М., Шойлекова М., Стамболова С. Роль факторов предрасположения к неврозам в детском возрасте / 4-й Симпозиум детских психиатров соц. стран. - М., 1976. - С. 90-94.

87. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. - М.: ИА «Норма», 1997. – 232 с.

88. Чабан О. С., Мартынюк П. Г., Пузакова Е. В., Мазур С. Ф. Особенности патоморфоза неврозов в дифференциальной диагностике с неврозоподобными проявлениями не невротического генеза / История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии. Сб. науч. работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 373–374.

89. Четвериков Н.С. Санаторно-курортное лечение нервнобольных. - М.: Медгиз, 1956. - С. 95-113.

90. Чуркин А.А. Динамика распространенности психических расстройств в России в период социальных преобразований / Мат-лы 2-го Национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2006.

91. Шевченко Ю.С. Клинические особенности и динамика невроза навязчивых состояний у детей и подростков / Дисс. д.м.н. - М., 1980.

92. Шевченко Ю.С. Современные проблемы детско-подростковой психиатрии и психологии / Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Защита, помощь, возвращение в жизнь // Мат-лы Всеросс. Науч.-практ. конф. Москва, 22-25 сентября, 1998. - М., 1998. – С. 104-106.

93. Шевченко Ю.С., Венгер А.Л. (общ. ред.). Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология. - М.: МЕДПРАКТИКА, 2006. - 548 с.

94. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС). Практическое пособие. –М.: Российское психологическое общество, 1998. –157 с.

95. Штутте Г. Психиатрия детского и юношеского возраста / Клиническая психиатрия. - М.: Медицина, 1967. – С. 678-779.

96. Эйдемиллер Э. Г. Детская психиатрия. Учебник для вузов. – СПб.: Питер Медиа, 2005. – 1120 с.

97. Adler A. Oer De Nervoe character // Muche, 1928.

98. Anbeek T. De naturalistische roman in Nederland // Amsterdam: De Arbeiderspers, 1982, 49–7.

99. Bailly L. Chronic fatigue syndrome or neurasthenia? // The British Journal of Psychiatry (2002) 181: 350-351.

100. Bel J. H. C., Nederlandse literatuur in het fin-de-siècle // Amsterdam: Amsterdam University Press, 1993, 280–90.

101. Bleuler M. The mechanism of serpasil treatment in schizophrenia // Schweiz Med Wochenschr. 1955 May 7;85(19):443-4.

102. Bowlby J. Attachment and Loss. Separation, Anxiety and Anger // New York, 1973.

103. Brook M, Bannister B, Weir W. Interferon-alpha therapy for patients

with chronic fatigue syndrome // J Infect Dis 1993;168:791–2.

104. Cheung F.M. The indigenization of neurasthenia in Hong Kong // Cult Med Psychiatry, June 1, 1989; 13(2): 227-41.

105. Clauw DJ, Chrousos GP. Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms // Neuroimmunomodulation. 1997 May-Jun;4(3):134-53.

106. Cleare A.J. The Neuroendocrinology of Chronic Fatigue Syndrome // Endocrine Reviews- 2003 - 24(2):236–252

107. David M. Passage from childhood to adolescence. Introduction // Probl Actuels Endocrinol Nutr. 1973 May 3;16:5-8. French.

108. De Becker P, McGregor N, De Meirleir K. A definition-based analysis of symptoms in a large cohort of patients with chronic fatigue syndrome // Intern Med. 2001 Sep;250(3):234-40.

109. Demitrack MA. Neuroendocrine aspects of chronic fatigue syndrome: a commentary // Am J Med. 1998 Sep 28;105(3A):11S-14S. Review.

110. Farmer A, McGuffin A. Comparing ICD-10 and DSM-IV // Br J Psychiatry. 1999 Dec;175:587-8.

111. Farrar DJ, Locke SE, Kantrowitz FG. Chronic fatigue syndrome. Etiology and pathogenesis // Behav Med. 1995 Spring;21(1):5-16. Review.

112. Ferriman A. Levels of neurosis remained static in the 1990s // BMJ. 2001 Oct 13;323(7317):870.

113. Freud, A. The infantile neurosis // 1971, PSOC.26.

114. Freud, S. The neuropsychoses of defence // 1894, SE, 3.

115. Fukuda K., Straus S., Hickie I., Sharpe M., Dobbins J., Komaroff A. «The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study» // Ann Intern Med. 1994;121:953-959.

116. Gaab J., Huster D., Peisen R., et al. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Reactivity in Chronic Fatigue Syndrome and Health Under Psychological, Physiological and Pharmacological Stimulation. 2002

117. Garralda ME, Rangel L. Annotation: Chronic Fatigue Syndrome in children and adolescents // J Child Psychol Psychiatry. 2002 Feb;43(2):169-76.

118. Gijswijt-Hofstra M. Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War // Clio Med. 2001;63:1-30.

119. Gillespie NA; Zhu G; Heath AC; Hickie IB; Martin NG. The genetic aetiology of somatic distress // Psychol Med 2000 Sep;30(5):1051-61.

120. Goetz C.G. Poor Beard!! Charcot's internationalization of neurasthenia, the «American disease» // Neurology – 2001. - 3:510-514.

121. Grassler W. Differential diagnosis of so-called premature performance failure or premature aging // Z Gesamte Inn Med. 1989 Jun 15;44(12):370-3.

122. Greenberg D.B. Neurasthenia in the 1980s: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders // Psychosomatics 1990; 31:129-137.

123. Hock K. Definition and classification of neuroses // Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz). 1976 Aug;28(8): 481-90.

124. Horney K. Neurosis and Human Growth // N.Y., 1956.

125. Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology // Br J Psychiatry. 1968 Nov;114(516):1313-23.

126. Konrad N. Psychiatric-psychologic evaluation of neurotic disorders in the pension process based on a structural-social illness concept // *Versicherungsmedizin*. 1992 Apr 1;44(2):45-9.
127. Kraepelin E. *Psychiatrie* // Bd 3, t. 2, Bd 4, t. 3. Leipzig, 1913
128. Lempp R. The significance of early brain damage in children for childhood neurosis // *Acta Paedopsychiatr*. 1964 May;31:152-7. German.
129. Leonhard K. Nosology in the area of endogenous psychoses // *Psychiatr Neurol Med Psychol Beih*. 1972;15:1-12.
130. Lesse S. The multivariant masks of depression // *Am. J. Psychiat* – 1968 – Vol. 124 - № 11: 35-40.
131. Lim B. R., Tan S.-Y., Zheng Y.-P., Lin K.-M., Park B. C., Turk A. A. Psychosocial Factors in Chronic Fatigue Syndrome among Chinese Americans: A Longitudinal Community-Based Study // *Transcultural Psychiatry*, September 1, 2003; 40(3): 429 - 441.
132. Liu Z.Z. and Liu X.H. Clinical differential diagnosis of depressive neurosis and neurasthenia // *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi*, October 1, 1989; 22(5):274-7, 317.
133. Loo P. Neuroses and neurotic states // *Ann Med Psychol (Paris)*. 1956 Jul;114(2):227-53.
134. Luthra A., Wessely S Unloading the trunk: neurasthenia, CFS and race // *Soc Sci Med* 2004 Jun;58(11):2363-9 (ISSN: 0277-9536)
135. Macmillan MB. Beard's concept of neurasthenia and Freud's concept of the actual neuroses // *J Hist Behav Sci*. 1976 Oct;12(4):376-90.
136. Micale M.S. Charcot and les nevroses traumatiques: scientific and historical reflections // *J Hist Neurosci*. 1995 Jun;4(2):101-19.
137. Miner GD. The evidence for genetic components in the neuroses // A review. *Arch Gen Psychiatry*. 1973 Jul;29(1):111-8.
138. Nissen G. The future of child and adolescent psychiatry // *Nervenarzt*. 1989 Aug;60(8):496-500.
139. Oppenheim J., «Shattered Nerves»: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England // (New York & Oxford: Oxford University Press, 1991), 92–3.
140. Pelcovitz D, Septimus A, Friedman SB, et al: Psychosocial correlates of chronic fatigue syndrome in adolescent girls // *J Dev Behav Pediatr* 1995 Oct; 16(5): 333-8.
141. Pichot P. Neurasthenia, yesterday and today // *Encephale*. 1994 Nov;20 Spec No3 :545-9.
142. Radkau J., *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler* // (Munich: Hanser, 1998).
143. Richter H.E. The young and the psychotherapists // *Psyche (Stuttg)*. 1983 Jan;37(1):1-15.
144. Schultz J.H. The significance of Will's research on non-covering in stud bulls for the study of human neuroses // *Nervenarzt*. 1951 Feb 20;22(2):56-7.
145. Shorter E., *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* // New York, etc.: John Wiley & Sons, 1997.
146. Smith MS, Mitchell J, Corey L, Gold D, McCauley EA, Glover D, Tenover FC. Chronic fatigue in adolescents // *Pediatrics*. 1991 Aug; 88(2):195-202.
147. Stewart JM, Gewitz MH, Weldon A. Orthostatic intolerance in adoles-

cent chronic fatigue syndrome // Pediatrics 1999 Jan; 103(1): 116-21.

148. Straus SE. History of chronic fatigue syndrome // Rev Infect Dis 1991 Jan-Feb; 13 Suppl 1: P.2-7.

149. Taylor R.E. Death of neurasthenia and its psychological reincarnation: a study of neurasthenia at the National Hospital for the Relief and Cure of the Paralyzed and Epileptic // Queen Square, London, 1870-1932.. Br J Psychiatry - 2001-179:550-7.

150. Tomoda A, Mori K, Kimura M, Takahashi T, Kitamura T. One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: a preliminary study // Psychiatry Clin Neurosci. 2000 Oct;54(5):583-8.

151. Trinidad EE, Ramirez-Ronda C. Chronic fatigue syndrome // Bol Asoc Med P R. 1994 Jul-Sep;86(7-9):56-61.

152. Waldman RD. A theory and practice of humanistic psychotherapy // J Individ Psychol. 1969 May;25(1):19-31.

153. Walford GA, Nelson WM, McCluskey DR. Fatigue, depression, and social adjustment in chronic fatigue syndrome // Arch Dis Child. 1993 Mar; 68(3):384-8.

154. Ware N.C., Kleinman A. Culture and somatic experience: the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome // Psychosomatic Medicine, 1992, Vol 54, Issue 5: 546-560.

155. Wessely S. Chronic fatigue syndrome: a 20th century illness? // Scand J Work Environ Health. 1997;23 Suppl 3:17-34.

156. White P. D. What causes chronic fatigue syndrome? // BMJ, 2004; 329(7472): 928 – 929.

157. Young D. Neurasthenia and related problems // Cult Med Psychiatry, June 1, 1989; 13(2): 131-8.

ПАМЯТИ В.В. ЛЕБЕДИНСКОГО (1927-2008)

Отечественная психология понесла тяжелую утрату. 25 августа 2008 года на 82 году жизни скончался доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, лауреат Ломоносовской премии, заслуженный деятель науки, ветеран труда, замечательный человек Виктор Васильевич Лебединский.

В.В. Лебединский родился в Москве в 1927 году. Вся его жизнь была связана с Московским Государственным Университетом им. М.В. Ломоносова. В 1951 г. он закончил исторический факультет МГУ, а затем более 45 лет, с 1962 года, Виктор Васильевич работал на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского университета, он был учеником и коллегой выдающихся советских психологов – А.Р. Лурии и Б.В. Зейгарник. Вместе с факультетом психологии он прошел трудный и интересный профессиональный путь. В.В. Лебединский навсегда вошел в историю факультета психологии МГУ как преподаватель первого выпуска студентов-психологов.

Виктор Васильевич Лебединский - автор более 75 статей и книг, выпущенных в отечественных и зарубежных изданиях, в том числе учебного пособия «Нарушения психического развития в детском возрасте» (1985, 2003), он был редактором-составителем «Хрестоматии по психологии аномального развития ребенка» (в 2-х тт.) (2002). Практически во всех трудах В.В. Лебединского детально обсуждаются различные проблемы психического дизонтогенеза. В историю психологии Виктор Васильевич войдет как основоположник нового направления психологической науки - психологии аномального развития и как создатель оригинальной классификации нарушений психиче-

ского развития. В течение более чем 30 лет В.В. Лебединский неизменно знал студентов факультета психологии со своим взглядом на «Психологию аномального развития ребенка» в рамках читаемого им курса. В.В. Лебединский был требовательным и заботливым научным руководителем для многих студентов, помогая им и направляя их при написании курсовых и дипломных работ. У В.В. Лебединского много учеников, под его руководством выполняли и защищали свои диссертации лучшие представители отечественной психологии аномального развития (О.В. Баженова, О.С. Никольская, Л.С. Печникова и многие другие). В.В. Лебединский – вдумчивый критик и яркий участник многих научных дискуссий. Оригинальность и научная значимость исследований Виктора Васильевича внесли неоценимый вклад в развитие отечественной клинической психологии.

В.В. Лебединский - человек высокой эрудиции, прекрасный, внимательный собеседник, интересный неординарный Учитель. Во всех жизненных ситуациях Виктор Васильевич был подлинным интеллигентом, скромным, взыскательным к себе человеком.

Потеря – невосполнима. Остается память.

Подписано в печать 26.12.2008. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Гаймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2009 (9), № 1.

Отпечатано в ООО «Агентство Желтый Кайман»

г. Москва, т. 662-5377. Зак. № 025