

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2010 (10), № 1

Москва. 2010

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. Игуинов, Н.К. Кириллина,
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. 2010

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).**

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

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

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

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

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

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛЛИНА - сертифицированный психиатр и психотерапевт, кандидат медицинских наук, директор ООО «Институт гармоничного развития и адаптации» («ИГРА»), член Правления АДПП, руководитель курса профессиональной переподготовки «Детско-подростковая и семейная психотерапия». Имеет несколько печатных работ, 2 монографии по теме элективного мутизма. Основные сферы интересов: элективный мутизм, игровая и семейная психотерапия.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Автор более 80 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии». Сфера науч-

ных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

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

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

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

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образования РФ, президент АДПП. Автор более 200 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

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

детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

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

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ **IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА** **«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:** **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ** **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»** **(22-24 СЕНТЯБРЯ 2009 г., Киров)**

В.Д. Менделевич

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА НАРКОТИКИ
И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ
И ШКОЛЬНИКОВ..... 8

Н.К. Сухотина

ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКО-
ПОДРОСТКОВЫХ ИНТЕРНАТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ..... 13

Ю.С. Шевченко

КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (НА МОДЕЛИ ПСИХОГЕННЫХ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)..... 19

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Д.Н. Исаев

ПОЛОРОЛЕВОЕ (ГЕНДЕРНОЕ) РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ
С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ..... 30

С.Ю. Бенилова, Т.С. Резниченко

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ И ДЕТСКОГО
АУТИЗМА..... 38

Т.В. Ковалева

ИЗ ОПЫТА ИЗУЧЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
СТРОИТЕЛЬНОГО КОЛЛЕДЖА С ОБЩИМ ПСИХОФИЗИЧЕСКИМ
НЕДОРАЗВИТИЕМ..... 51

Е.О. Смирнова, М.В. Соколова

ВЛИЯНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ПОСЛЕДНЕГО
ДЕСЯТИЛЕТИЯ НА ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ-
ДОШКОЛЬНИКУ..... 59

Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев

МЕТОДИКА РАТ: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ СРЕЗОВ
(1988, 1997, 2009 гг.)..... 69

А.Г. Головина

ФОБИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ПОДРОСТКОВ
С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА..... 78

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

L. Kanner. AUTISTIC DISTURBANCES OF AFFECTIVE CONTACT.....	85
Лео Каннер. АУТИСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА (Перевод В.Е. Кагана)	
В.Е. Каган. ОТ ПЕРЕВОДЧИКА.....	98

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М.Е. Калашникова ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ СМЕРТЬ ИЛИ ТЯЖЕЛУЮ БОЛЕЗНЬ ЧЛЕНА СЕМЬИ.....	99
С.А. Шевцов ПСИХОТЕРАПИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	102
А.Л. Битова, Л.А. Островская ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ «КОШАЧЬЕГО КРИКА».....	106
Л.А. Попова ИНФАНТИЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	108
Т.В. Ковалева ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (VIII ВИДА) В КОЛЛЕДЖЕ.....	112
Ю.Ю. Терюшкова ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ.....	114
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	117

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

К ЮБИЛЕЮ ДМИТРИЯ НИКОЛАЕВИЧА ИСАЕВА.....	137
О ПРАВАХ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН (Пресс-релиз Конституционного суда Российской Федерации).....	140
БОРИС ЕМЕЛЬЯНОВИЧ МИКИРТУМОВ	142
ИСПРАВЛЕНИЕ.....	144

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

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

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

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(22-24 СЕНТЯБРЯ 2009 Г., КИРОВ)

В.Д. Менделевич

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА НАРКОТИКИ
И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ
СРЕДИ СТУДЕНТОВ И ШКОЛЬНИКОВ**

Казанский государственный медицинский университет (Казань).

Как показывают официальные статистические данные ННЦ наркологии в 2009 г., ситуация с частотой употребления молодежью наркотических средств в Российской Федерации остается стабильно негативной. Показатель учтенной распространенности наркологических расстройств среди подростков характеризуется устойчиво высоким уровнем. Распространенность синдрома зависимости от наркотиков мало изменилась за последние четыре года – от 28,5 на 100 тыс. подростков в 2004 г. до 25,7 в 2008 г. Те же закономерности отмечаются при сравнении динамики распространенности употребления наркотиков с вредными последствиями – от 151,3 до 151,6 на 100 тыс. подростков. Эти данные могут указывать в том числе и на то, что проводимые в стране профилактические мероприятия, к сожалению, не оказались результативными.

В связи с этим в течение последних лет отмечается тенденция поиска новых способов профилактики наркотизации среди детей и подростков, в первую очередь учащейся молодежи. В частности, стали предприниматься попытки проводить профилактику наркотизации с помощью внедрения на муниципальном или региональном уровнях процедуры обязательного (принудительного) масштабного тестирования на предмет употребления психоактивных веществ (ПАВ). Декларируется, что основной целью обязательного тестирования является улучшение выявляемости наркомании, оценка распространенности потребления и/или «профилактика наркомании». Предполагается, что, обязав школьника или студента пройти тестирование на наличие признаков употребления наркотиков, удастся получить достоверные данные не только о частоте употребления молодежью наркотических веществ, но и, сформировав «группы риска» по наркозависимости, проводить эффективное профилактическое наблюдение за подростком в течение года в условиях наркологического учреждения и достичь снижения первичной заболеваемости наркоманией. Выбранный алгоритм с отказом от добровольности рассматривается в этом ракурсе как целесообразный и единственно верный вариант профилактической работы.

Т. о., весь процесс тестирования подростков на предмет употребления

ими наркотических веществ разбивается на следующие этапы и включает следующие процедуры:

1) сплошное массовое безвыборочное обязательное *обследование (экспертиза)*, причем индивидуальное и добровольное тестирование не рассматриваются разработчиками как адекватные профилактические мероприятия,

2) постановка лиц, у которых выявлены признаки употребления наркотиков, на *профилактический учет (диспансерное наблюдение)* – считается, что учет способен дисциплинировать подростка, создать для него ситуацию потенциальной опасности в связи с возможным поражением в правах и тем самым снизить риск вовлечения в наркотизацию;

3) последующая прицельная профилактика – подразумевается, что участие подростка в регулярных психопрофилактических мероприятиях способно изменить его психологические установки, ценностные ориентации.

Учитывая медицинский характер предлагаемых мероприятий, ответственность за их проведение приписывается наркологическим службам (врачам). Следовательно, *процедура тестирования обретает экспертно-медицинской характер* с вытекающими из этого этико-правовыми последствиями, что диктует необходимость оценки ее обоснованности, целесообразности и эффективности не только с позиции общественной полезности, но и с позиции медицинской этики, деонтологии и права.

Основными этико-правовыми проблемами тестирования при этом становятся: недобровольный характер, возможность нарушения конфиденциальности, а также достижимость декларируемых целей.

С точки зрения права, недобровольное тестирование является нарушением неотъемлемых прав личности на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ), на неприкосновенность частной жизни, личную тайну (ст. 23 Конституции РФ). При этом известно, что ограничения прав и свобод возможны, в соответствии со ст. 55 Конституции, только на основании федерального закона (но не закона субъекта Российской Федерации).

Действующее федеральное законодательство не допускает принудительного освидетельствования несовершеннолетних. Согласно ст. 24 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, *несовершеннолетние имеют право на диспансерное наблюдение, но не обременены обязанностью проходить диспансеризацию*. Лица в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (каковым и является тестирование, т. е. экспертиза) или на отказ от него. До 15 лет правом согласиться на тестирование ребенка или отказаться от него обладают родители (законные представители), при этом сведения о результатах экспертизы могут быть сообщены исключительно им. По закону любой школьник или студент старше 15 лет вправе отказаться от прохождения тестирования на наркотики.

Ст. 34 Основ законодательства РФ устанавливает случаи, когда проведение медицинского освидетельствования возможно без согласия граждан или их законных представителей: в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; лиц, страдающих тяжелыми

психическими расстройствами; лиц, совершивших общественно опасные деяния. В сфере психического здоровья подобные процедуры регламентирует «Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992), действие которого распространяется и на процедуры оказания наркологической помощи. К показаниям для недобровольного освидетельствования (в соответствии с этим Законом, ст. 23) относятся «... имеющиеся данные о том, что обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которые обуславливают: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи». Комментарии к Закону не позволяют относить наркологические заболевания без наличия признаков психотических расстройств к подпадающим под действие ст. 23. Следовательно, предположение о том, что «подросток склонен к употреблению наркотических веществ» не может являться основанием для его недобровольного освидетельствования (тестирования) на предмет употребления наркотиков. Кроме того, неправомерно считать, что употребление наркотиков с правовой точки зрения является «действием, ... обуславливающим... непосредственную опасность для себя или окружающих, или ... его беспомощность, или... существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния...». Перечисленные критерии распространяются исключительно на тяжелые психопатологические состояния, к которым в психиатрии относят такие синдромы, как бредовый, галлюцинаторный, расстройств сознания, деменции и некоторые другие.

В случае внедрения недобровольного тестирования полученные экспертами данные не подлежат огласке, поскольку на них распространяется действие понятия «конфиденциальности и врачебной тайны» (ст. 9 «Закона о психиатрической помощи...»). Ст. 8 того же Закона гарантирует обследуемому (подэкспертному) врачебную тайну. Т. о., получается, что *обязательное тестирование на употребление наркотиков не способно достичь поставленных целей*. Никто, кроме самого подростка, в случае проведения подобного тестирования и выявления факта употребления не имеет права на получение информации о результатах обследования.

Помимо перечисленных парадоксов целей и возможности их достижения следует учесть и следующий: однократное (а не системное) обязательное тестирование не способно достичь декларируемых целей – выявления склонности к наркопотреблению или наркозависимости - еще и вследствие особенностей ПАВ. Известно, что возможность обнаружить ПАВ в биологических средах варьирует в зависимости от времени их употребления. Продолжительность периода, в течение которого наркотические вещества могут быть обнаружены в организме, зависит от исследуемого материала. Анализ слюны или крови способен достичь результативности, если будет проведен в течение 24 часов после употребления препаратов (наркотиков). В случае, когда образцы

крови или слюны для анализа берутся по прошествии большого срока, наркотические вещества, а так же продукты их метаболизма практически невозможно обнаружить. Анализ мочи позволяет обнаружить однократное употребление наркотических препаратов в течение 1-4 дней после их приема. Анализ слюны, крови или мочи используется в тех случаях, когда надо установить, находится ли человек под воздействием наркотических препаратов, однако определить, принимал ли человек наркотические вещества ранее, чем в течение последних 4 дней, при помощи этих анализов невозможно, т. к. подавляющее большинство этих веществ, а так же продукты их метаболизма выводятся из организма в течение 72-96 часов.

Т. о., с помощью процедуры тестирования можно обнаружить лишь то, находится ли обследуемый в момент процедуры в состоянии наркотического опьянения или нет, употреблял ли он в предшествующие часы ПАВ или нет. И невозможно получить сведения о его склонности к наркотизму и тем более определить признаки проблемного (систематического) употребления или зависимости (болезни). Выявление факта наличия у школьника или студента по данным тестирования в организме ПАВ не позволяет утверждать, что он является потребителем наркотиков или больным наркоманией. Следовательно, тестирование не способно достичь своих целей в части оценки распространенности наркотизации или наркозависимости. Уместна аналогия с экспертизой алкогольного опьянения, которая не может и не применяется для диагностики алкоголизма или склонности к алкоголизации.

Все вышеперечисленные доводы позволяют придти к выводу о том, что внедрение обязательного тестирования на употребление наркотиков (в случае соответствующего законодательного оформления) требует формулирования ясной и достижимой цели (каковая имеется при экспертизе состояния наркотического опьянения). Предполагается, что подобная процедура может способствовать повышению выявляемости частоты наркопотребления и профилактики наркотизма. Однако, поскольку врач-эксперт не имеет права оглашать полученные данные обследования (ст. 9 «Закона РФ о психиатрической помощи...»), цель профилактики наркотизма данным способом недостижима. Если допустить, что обследуемый окажется больным наркоманией, то на него распространяется действие «Закона РФ о психиатрической помощи...», ст. 23 которого гласит, что «...психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя...». При этом в соответствие со ст. 6 того же Закона «...сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняются законом». В исключительных случаях допускается сообщение сведений, содержащих врачебную тайну, государственным органам и должностным лицам, непосредственно не участвующим в оказании медицинской помощи. К ним относятся органы здравоохранения (сообщается в случаях,

когда этого требуют интересы охраны здоровья населения), следственные и судебные органы (сообщается по их требованию).

Региональный опыт внедрения процедуры тестирования, с нашей точки зрения, подтвердил опасения, связанные с представлениями о неэффективности данной процедуры в качестве профилактической и позволил отметить ошибочность выводов, формулируемых на основании получаемых данных. Так, в Республике Татарстан в 2008 г. было предпринято сплошное обязательное обследование на наличие признаков употребления наркотических веществ всех 299 000 учащихся средних, средних специальных и высших учебных заведений. Оказалось, что признаки употребления наркотиков обнаруживались у 415 чел. (т. е. у 0,14% от числа обследованных). Из них у 195 чел. обнаружилось употребление конопли (0,06%), у 17 чел. героина и кустарно приготовленных опиатов (0,005%). Как показали результаты тестирования, преобладающее число обследованных употребляло кодеинсодержащие вещества (53% от выявленных). По мнению специалистов-экспертов, полученные данные демонстрируют искаженную картину наркотизации подростков. Этот вывод основывается на данных сопоставления с результатами социологических исследований, показывающих, что в молодежной среде российских регионов «хотя бы один раз в жизни пробовали» препараты конопли 18,6% опрошенных, а героин (опиаты) – 0,4%. Получается, что результаты тестирования являются ошибочными и на их основе могут быть предложены ошибочные пути решения проблемы наркотизации молодежи. Исходя из полученных при тестировании подростков Республики Татарстан данных, основной проблемой следует признать т. н. «аптечную наркоманию» - употребление кодеинсодержащих препаратов, используемых в медицине для лечения заболеваний. В действительности же данный вид наркотизации относительно редок по сравнению с употреблением препаратов конопли, амфетаминов и опиатов. Ошибка в оценке распространенности составила до 310 раз (!).

Следующим спорным моментом опыта внедрения обязательного тестирования студентов и школьников следует признать экономическую составляющую проекта. Из бюджета Республики Татарстан в 2008 г. на проведение тестирования 299 000 учащихся было выделено 30 млн. рублей (по 100 руб. на 1 обследование). Исходя из полученных результатов, на выявление одного случая употребления наркотических веществ (но не заболевания) было потрачено 72 289 руб. При этом следует учесть тот факт, что дальнейший профилактический учет не может служить гарантией того, что подросток не станет наркозависимым. Условная «эффективность» могла бы быть достигнута исключительно в случае еженедельного (1 раз в 4 дня) принудительного проведения тестирования всех подростков региона, на что потребовалось бы 27 млн. 375 тыс. руб. в год (на примере одного российского региона).

Следовательно, анализ ситуации с предложениями внедрения и узаконивания обязательного (недобровольного) тестирования студентов и школьников на предмет употребления наркотических веществ, а также оценка эффективности регионального опыта позволяет констатировать, что в настоящее время не имеется правовых (законодательных) оснований для его внедрения.

Обязательное тестирование неэффективно, нецелесообразно, неэтично и неэкономично. Кроме того, подобная процедура нарушает принципы медицинской этики и медицинского права, методологически некорректна и не способна достичь поставленной цели. Внедрение подобной процедуры способно лишь углубить «кризис мотивации» (отрицательное отношение к добровольному обращению за антинаркотической помощью), дистанцировать область практической наркологии от пациентов и привести к ухудшению ситуации с употреблением ПАВ в стране.

Н.К. Сухотина

**ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫХ ИНТЕРНАТОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва).**

О неэффективности и негативных последствиях институционального воспитания различных категорий сирот, в том числе сирот с ограниченными возможностями, имеющих статус инвалида, известно давно. По данным И.А. Коробейникова [1], «...наиболее значительные нарушения и искажения психосоциального развития отмечаются у детей..., лишенных родительской опеки и интернированных в детские учреждения закрытого типа, где под влиянием тотальной и жесткой психической депривации формируются специфические механизмы адаптивного поведения, не согласующиеся с нормами адаптации, сложившимися в обществе».

В наиболее тяжелом положении находятся дети-инвалиды, воспитывающиеся в психоневрологических интернатах (ПНИ). И хотя данные учреждения принято рассматривать в качестве стационарных учреждений с преимущественно реабилитационной направленностью, мероприятия в них по социально-трудовой и психологической реабилитации, за исключением отдельных учреждений данного типа, не проводятся. И это не случайно, поскольку ПНИ не укомплектованы в большинстве психологами и социальными работниками, воспитатели имеют низкую психолого-педагогическую подготовку. В связи с этим взаимоотношения взрослых с детьми строятся без учета индивидуальных психологических и психопатологических особенностей, лишены доверительности, носят эмоционально уплощенный характер. Все это в сочетании с отсутствием занятости, нецеленаправленностью и непродуктивностью использования свободного времени способствуют замедлению психического развития воспитанников ПНИ, их эмоционально-личностной деформации, формированию вторичных психопатологических расстройств, в том числе разнообразных невротических проявлений, депрессивных реакций, расстройств поведения.

Несмотря на то что проблемы интернатного воспитания неоднократно становились темой для обсуждения на разных уровнях нашего общества, альтернативные формы решения проблемы так и не были доведены до конца. Конечно, имеются образцы решения проблем, связанных с различными ас-

пектами сиротства. Однако этот опыт фрагментарен и его масштаб, как правило, ограничивается отдельным сиротским учреждением, в лучшем случае районом, городом, но нет решения ни одной проблемы даже в масштабах региона.

Возможно ли это осуществить теперь? Тем более что решение проблемы, наконец, декларируется российскими властями. Ими готовится грандиозный социальный проект: в течение ближайших 10 лет закрыть все детские дома. Останутся учреждения только для необучаемых и тяжелобольных детей. Т. е. ПНИ, в которых находятся сироты, признанные ПМПК необучаемыми в связи с наличием умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталости, будут сохранены. Остальных детей, по замыслу авторов проекта деинституционализации, россияне заберут в семьи.

Число детей в детских домах действительно сокращается, число приемных семей выросло с 2005 по 2007 гг. в пять раз. Ежегодно в России устраивают в семьи 120 тыс. детей, в то время как усыновляют лишь около 8000 детей. Такое расхождение определяется существующими в нашей стране формами устройства детей в семьи. Их всего 4.

1. Усыновление, при котором ребенок становится полноправным членом семьи со всеми правами на ее имущество. Но при этом он теряет свои сиротские льготы, в том числе на выделение без очереди государственного жилья.

2. Опекунство или одна из ее форм, попечительство, обычно оформляется родственниками детей. Из устроенных в семьи детей под опекой почти 80%.

3. Приемная семья отличается от опеки тем, что опекуна не назначают, а оформляют через договор, и чаще всего не родственника, а постороннего человека. Приемным родителям государство выплачивает пособие, а сироте полагается отдельная жилплощадь.

Главная проблема опекунов и приемных семей в том, что никакой службы сопровождения и поддержки органами опеки не предусматривается, также как и не ведется работа с семьей. В то время как психологическая совместимость между детьми и родителями – очень важная проблема. Роль органов опеки сводится к надзору за соблюдением существующих положений, касающихся пребывания ребенка в приемной семье. Этим определяются статистические показатели: по данным Минобрнауки РФ, в России обратно в детский дом отдают каждого десятого ребенка из приемной семьи.

4. Как альтернатива опеке и интернатам был придуман патронат. В отличие от приемных семей ответственность за ребенка несут и патронатные родители, и детский дом. Дети при этом живут в семьях, патронатные родители проходят курсы патронатных воспитателей и получают за содержание ребенка зарплату. С семьей работают психологи, к ним можно обратиться в случаях нарушения межличностных взаимоотношений в семье, возникновения нестандартных психологических ситуаций.

Патронатная служба оказывает помощь не только приемным родителям, но и биологическим. Как правило, разыскиваются биологические родители, с которыми проводят беседы, тренинги, устанавливаются причины, по которым родители не могут воспитывать ребенка. И если представляется целесо-

образным, стараются вернуть ребенка в семью

Сроки устройства ребенка на патронат могут быть различными:

- до полугода, периодически на несколько дней, на выходные (патронат выходного дня), каникулы,
- от полугода и далее (индивидуально с учетом потребности ребенка).

При неблагоприятно складывающихся взаимоотношениях между ребенком и патронатным родителем или членами его семьи он относительно безболезненно может быть возвращен в интернат. Тем более что во многих случаях длительному пребыванию в патронатной семье предшествуют короткие «гостевые» встречи.

В сентябре 2008 г. вступил в силу закон об опеке и попечительстве, направленный на то, чтобы облегчить устройство детей в семьи. Однако в новом законе патронатная форма семейного устройства сирот, в том числе сирот-инвалидов, не прописана. Т. е. она и не запрещена, но и не утверждена как одна из форм деинституционализации. Решение о продолжении или прекращении патронатной службы отдано на откуп регионов. Поскольку патронатная форма достаточная дорогостоящая форма семейного устройства сирот, от нее стали постепенно отказываться. Дети при этом возвращаются в детские дома, в том числе в ПНИ.

Другой альтернативной формой решения проблемы сиротства является социальное устройство сирот (сирот старше 18 лет):

- различные варианты проживания по типу коммун под патронатом педагогов-воспитателей;
- самостоятельное проживание после установления дееспособности (для детей-инвалидов) и получения жилья.

Одной из форм социального устройства воспитанников ПНИ является «Социальная гостиница», предусматривающая проживание по типу небольших коммун с общим ведением хозяйства и самообслуживанием под постоянным патронатом сменного воспитателя.

Могут возникнуть сомнения в том, что умственно отсталые (УО) юноши и девушки с умеренной и более тяжелой формой УО могут быть интегрированы в общество, поскольку их судьба – жить от рождения до смерти в интернатных учреждениях, т. к. самостоятельно, без поддержки и помощи других людей они не смогут жить никогда. А как известно, по закону в ПНИ направляются дети с умеренной, тяжелой и глубокой формами УО, признанные ПМПК необучаемыми.

В то же время, проведенное нами клинико-психологическое обследование воспитанников детско-подростковых ПНИ, показало, что у 15,9% из них уровень психического развития соответствует пограничной и легкой УО, то есть тот уровень, при котором возможно приспособление к практической деятельности и самостоятельному проживанию в условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере деятельности. Причины ошибочного перевода детей в ПНИ изложены в специальной публикации [2]. Это и послужило основанием для создания проекта действующей модели социализации в общество детей и подростков с легкой и пограничной УО,

включавшей несколько этапов.

I этап – «Интернатный» - включал в себя занятия по единой программе, рассчитанной на восстановление в необходимом объеме школьных знаний, расширение представлений об окружающем социуме и приобретении навыков, необходимых для самостоятельного проживания.

II этап – «Контактная семья», или патронат выходного дня - был направлен на знакомство и вовлечение во все аспекты семейной жизни, в том числе практические навыки домоводства, растениеводства на приусадебном участке, ухода за домашними животными. Этот этап был рассчитан и на обучение детей и подростков установлению необходимых в обществе контактов с людьми различного возраста в различных ситуациях.

III этап – «Социальная гостиница» - предусматривал проживание вне стен ПНИ по типу небольших коммун с общим ведением хозяйства и самообслуживанием под постоянным патронатом сменного воспитателя. Все воспитанники трудоустраивались в зависимости от физического и психического состояния, склонностей к определенным видам трудовой деятельности, характерологических особенностей. В сельской местности и малых городах, как правило, имелось подворье, где содержались домашние животные (коровы, свиньи, домашняя птица), также земельный участок для обеспечения воспитанников овощами на целый год.

Продолжались занятия с преподавателем на дому по дальнейшему развитию школьных навыков, ознакомление с более сложными формами самообслуживания (снятие пенсии с карточки, оплата коммунальных услуг и др.).

Этот этап занимал несколько лет (два и более года), требовал большого терпения от воспитателей, психолога и самих воспитанников.

Завершающим звеном реабилитации умственно отсталых сирот было установление дееспособности, получения жилья (в основном за счет спонсорской поддержки частных лиц) и трудоустройство на постоянной основе.

В дальнейшем проект был дополнен программами по реабилитации лиц с умеренной УО, в задачи которых входило развитие у них навыков самообслуживания, обучение элементарной грамотности и приспособление к сильному труду с последующей передачей в патронатные семьи. Как правило, подписанию договора о патронатной семье предшествовал этап «контактная семья», позволявший установить наличие психологической совместимости между ребенком и потенциальным родителем.

Следует отметить, что это случалось не всегда. Дети с сопутствующими расстройствами поведения и особенностями аффективно-личностного реагирования (тревожные, сенситивные, эмоционально возбудимые, с нарушением влечений) в семьях приживались с трудом, часто на этапе «гостевого» патроната отторгались потенциальными родителями, реже отказывались сами.

Продолжительность каждого из указанных этапов варьировала в зависимости от исходных показателей интеллектуального развития, особенностей осложняющей психопатологической симптоматики, динамики психического развития воспитанника в процессе проведения реабилитационных мероприятий, в среднем составляя 2-4 года. За этот период достаточно отчетливо про-

являлся реабилитационный потенциал каждого воспитанника, в связи с чем принималось решение о выведении его из ПНИ, т. е. целесообразности участия в III-м этапе реабилитации или продолжении реабилитационных мероприятий в условиях ПНИ.

Накопленный за 6 лет опыт работы свидетельствует о достаточно эффективной реабилитации в обществе лиц с пограничной УО и необходимости сохранения патронатного наблюдения с оказанием помощи при решении возникающих социальных вопросов для большинства воспитанников ПНИ с легкой УО.

Наиболее успешно данная форма деинституционализации используется в малых городах и сельских районах.

Основной причиной несостоявшейся реабилитации с возвращением воспитанника в ПНИ было систематическое злоупотребление алкоголем, проявлявшееся на этапе проживания в социальной гостинице. Как правило, речь шла о социальных сиротах, имевших родителей-алкоголиков. Также возвращение детей и подростков, оформленных на патронат, в большинстве случаев было связано с наличием сопутствующих расстройств в виде нарушений поведения (аффективная возбудимость, воровство, уходы из дома и др.)

Таким образом, даже наш небольшой опыт деинституционализации свидетельствует о том, что не всех детей удастся вывести из сиротского учреждения. Поэтому полностью заменить интернатную систему воспитания на современном этапе, несмотря на заявленную заинтересованность в этом руководящих органов страны, а также наличие работающих в данном направлении российских общественных организаций, поддержку международных организаций пока вряд ли удастся.

Во-первых, необходимы достаточно большие финансовые затраты на переустройство всей системы воспитания сирот.

Во-вторых, это предполагает выработку активной деятельной позиции по отношению к проблеме сиротства не только внутри ведомств, но и среди разнообразных общественных сил, населения в страны в целом.

К примеру, в 132 странах мира существуют детские деревни SOS, строящиеся практически на народные деньги. Несколько деревень существует и в нашей стране. Если во всем мире миллионы людей добровольными взносами помогают строить и содержать Детские деревни, то в нашей стране они преимущественно содержатся на спонсорские деньги зарубежных друзей детских деревень SOS. Детские деревни SOS – новая для России форма детского дома с семейным типом воспитания, пока никак не поддержанная ни государственными ведомствами, ни российским обществом.

Самая опасная стратегия, как известно, неоднократно доказавшая свою несостоятельность, – это попытка решение проблемы «сверху», предписывая регионам конкретные формы и инвестируя под них средства.

В-третьих, должны быть разработаны современные модели деинституционализации, учитывающие реалии современного общества с его значительным расслоением по материальному, образовательному и даже интеллектуальным уровням с образованием анклавов, отличающихся социально-

экономическими показателями, менталитетом проживающих в нем людей. Достаточно ознакомиться с отдельными регионами России, чтобы понять, что Москва и другие крупные города существенно отличаются по всем показателям от так называемых малых городов России и российских сел. Имеются существенные различия по отдельным (благополучным и неблагополучным) регионам России.

В связи с этим модели социального, семейного устройства детей, в том числе детей-инвалидов из ПНИ, должны быть дифференцированы в зависимости от контингента сирот, социально-психологических особенностей населения региона и его экономических возможностей. Единая модель деинституционализации, проводимая по единому стандарту без апробации на практике в конкретных регионах, обречена на провал. Чтобы этого не случилось, необходимы предварительные научные разработки, касающиеся различных аспектов деинституционализации (социально-психологических, экономических, социологических и др.).

Совместный партнерский поиск путей решения проблемы сиротства учеными и практиками представляется чрезвычайно важным. Без нового знания невозможна выработка новых методов работы, освоение новых форм деятельности. С другой стороны, эмпирически найденные и практикой проверенные методы работы должны направлять поиски ученых. Между тем, не наблюдается большой заинтересованности исследователей в кооперации усилий по поиску решений проблем сиротства.

4. Пересмотр законодательных актов не должен ущемлять интересы ни сирот, ни лиц, принимающих участие в деинституционализации. Создание службы сопровождения принимающих семей (что является необходимым) не должно сопровождаться бюрократизацией процесса, тенденция к которой уже начинает просматриваться.

5. Замещающая семья сталкивается с крайне сложной задачей компенсации последствий депривации и травматического опыта у детей-сирот. Поэтому она нуждается в организации профессионального сопровождения семейными психологами, психотерапевтами и социальными работниками при консультативной роли психиатра.

Закономерно встает вопрос, имеется ли в достаточном количестве указанных специалистов для того, чтобы обеспечить сопровождение каждой семье, если процесс деинституционализации будет слишком быстрым и масштабным? Думается, что нет. А ведь именно отсутствие профессионального сопровождения в большинстве было причиной неэффективного семейного устройства сирот.

Для детей с особыми потребностями из ПНИ необходимо расширение уровня образовательных услуг, медицинского обслуживания и опять же психосоциального сопровождения.

Т. о., в настоящее время существуют 2 основные альтернативные интернатному формы решения проблемы сиротства: семейное устройство и менее распространенная форма - социальное устройство сирот. При широкой деинституционализации, намеченной правительством на ближайшие годы, необ-

ходимо бережное отношение к накопленному в России позитивному опыту решения проблемы сиротства с последующие его развитием, распространением, расширением за счет новых форм. Только при этих условиях возможно надеяться на то, что проблема деинституционализации в нашей стране будет в конце концов решена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. - М.: Per Se, 2002. – 191 с.
2. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Петрова М.А. Реабилитация умственно отсталых сирот в условиях специализированного детского дома-интерната // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2004(4). - № 2. – С.95-101.

Ю.С. Шевченко

КОНЦЕПЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (НА МОДЕЛИ ПСИХОГЕННЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва).

Реферат. Концепция рассматривает этиопатогенез психогенных психосоматических расстройств как цепь взаимосвязанных факторов, основными звеньями которой являются: стрессорирующие обстоятельства – личность – психотип – соматотип - системно-органный дефицитарность. Механизмы устойчивого патологического состояния замыкают эту цепь в «порочный круг» психосоматоза. На основе онтогенетического подхода предлагается пятиуровневая система комплексной (психосоматотропной) терапии данных состояний. Она интегрирует медикаментозное лечение, нейропсихологическую коррекцию, синдромальную психологическую коррекцию алекситимии и эмоциональной сферы, модификацию поведения и личностно ориентированную психотерапию.

Современные концепции психосоматических расстройств, понимаемых как болезненные нарушения с психологическими (эмоционально-аффективными) и соматическими (вегетососудистыми) проявлениями, которые возникают в функционально перегруженных или поврежденных висцеральных системах и занимают в клинической картине ведущее место, предполагают комплексный подход к их терапии с участием, прежде всего, психиатра и интерниста. При этом, чем раньше оказывается воздействие на психопатологическую (прежде всего, депрессивную) основу страдания, тем больше шансов предупредить переход функциональных соматоформных расстройств в психосоматоз, т. е. в саморазвивающуюся болезнь с необратимыми органическими изменениями в телесной сфере [1, 2, 5,].

В случае психогенной природы психосоматического расстройства комплексность лечебных мероприятий расширяется за счет психотерапевтического и психокоррекционного подходов. Последний на доболезненном этапе психогении может играть роль первичной профилактики не только соматоформных, но и собственно невротических расстройств [7, 16]. Если же речь идет о детско-подростковом возрасте, комплекс лечебно-профилактической работы в обязательном порядке должен включать также онтогенетически ориентированный воспитательно-социализирующий аспект [8, 23, 24].

Анализ и учет индивидуально-личностных особенностей при изучении психогенных психосоматических заболеваний, также как и других психогений, позволят ответить на ряд вопросов:

*«Почему конфликт, вызвавший стресс, оказался неразрешимым для данного человека?»;

*«Почему стресс перешел в дистресс?»;

*«Почему стресс стал реализовываться именно как психосоматическая патология, а не невротическая или патохарактерологическая?»;

*«Почему психосоматическое «русло» психогении вывело на конкретную органную систему?»;

*«Почему внешние и внутренние саногенные факторы (компенсаторные силы организма, жизненный опыт, семейный микроклимат, проводимая терапия и др.) не обеспечили выздоровление от изначально функциональных психогенных расстройств?».

Психогенно-конституциональная обусловленность большинства психосоматических расстройств может быть схематически представлена как этиопатогенетическая цепь, состоящая из звеньев-факторов, ориентирующих специалистов в их стремлении воздействовать на основные компоненты патологической динамической системы и лечить конкретную болезнь у конкретного человека. Этиологическое «звено» данной цепи представлено стрессирующими факторами, которые, как известно, могут быть острыми или хроническими, единичными или множественными, универсально-объективно или избирательно-субъективно значимыми, иметь макро-, микросоциальную или психодинамическую природу, осознаваться или не осознаваться как таковые и т. д. Как показывает опыт, в большинстве случаев психические травмы, обусловившие психосоматические расстройства, не являются ни шокowymi, ни субшокowymi, а носят характер индивидуально значимого межличностного или внутриличностного конфликта. Для большинства людей такой конфликт не выходит за рамки естественного жизненного испытания или возрастного психологического криза, переживаемого на психологическом уровне и не только не приводящего к дистрессу, но даже «закаляющего» человека, делающего его более мудрым и жизнестойким. Т. о., работая над этим звеном этиопатогенеза и решая вопросы, связанные с безусловно психотравмирующими влияниями (например, отсутствие личной территории, разлука с близким человеком, пребывание в ситуации физической и/или психологической незащищенности, резкая смена жизненного стереотипа, неправильное воспитание, постоянная психологическая перегрузка и т. п.), проводя «терапию

среды» и «терапию средой», следует основное внимание уделять тому «интрапсихическому» звену, которое отвечает за восприятие стрессорирующих воздействий и реагирование на них.

Таким звеном является личность, которая может быть зрелой или незрелой, гармоничной, дисгармоничной или патологической, социализированной, гиперсоциальной или асоциальной, реалистичной или идеалистичной, рефлексорирующей или примитивной, ранимой или стрессоустойчивой, иметь гуманистическое, эгоцентрическое или мизантропическое мировоззрение, руководствоваться позитивными или негативными установками и т. д. Личностная диагностика и интегративная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия [9-11], направленная на психологические защитные механизмы, копинг-стратегии, осознание и отреагирование вытесненных аффективно заряженных конфликтов, коррекцию самооценки, решение экзистенциальных проблем и проч. в данном случае имеет много общего с психотерапией неврозов и других психогенных заболеваний.

В то же время телесная реализация психогенной депрессии, обратная зависимость между выраженностью депрессивных и соматических расстройств определяются не социально-психическим уровнем человека (личностью в узком смысле слова). Она детерминируется конституциональными особенностями онтогенетически более ранних, а именно - природно-психического и индивидуально-психического уровней личности (нервно-рефлекторная возбудимость, инстинкты, влечения, низшая аффективность, темперамент, характер). Степень выраженности этих особенностей может оставаться в рамках нормы (акцентуации) или патологии (невропатия, пограничная аномальная личность - ПАЛ, психопатия). Вероятность психогенных декомпенсаций тем выше, чем дисгармоничнее характер человека, а направление этой декомпенсации по пути психосоматического (а не невротического или поведенческого) расстройства детерминируется его структурой.

Понятие «психосоматической структуры личности» раскрывается в рамках следующего звена этиопатогенетической цепи, которое обобщенно можно назвать психотипом. Предрасполагающими к психосоматическим ответам у взрослых считаются такие типы акцентуации личности (по К. Леонгарду), как эмотивная, демонстративная, дистимическая, гипертимическая, возбудимая, педантичная [4]. Наиболее значимыми психологическими свойствами, влияющими на адаптацию в детско-подростковом и юношеском возрасте, являются особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования (эмоциональная устойчивость, уровень тревожности) и определяемые ими личностно-характерологические качества - сенситивность, стеснительность, робость, педантизм, застремаемость. Прогностически наиболее значимыми ориентирами являются показатели уровня тревожности - как личностной, так и ситуационной [7]. Высокий риск развития психосоматической патологии у детей коррелирует с циклоидной и истероидной структурами конституциональных психотипов, отличающихся выраженностью астенического, тревожного, депрессивно-невротического и истерического реагирования [19]. По сути, речь идет о характерологических радикалах, предрасполагающих к повы-

шенной ранимости, затрудненности отреагирования вовне отрицательных эмоций (за счет робости и стеснительности), их застреванию и переводу на телесный уровень. Иными словами, циклоидность определяет готовность к возникновению аффективных (в частности, депрессивных) расстройств, а истероидность направляет их в инфантильно-архаическое русло клинической реализации.

Чем младше психологический возраст ребенка, т. е. чем более он сохраняет качества, характерные для соматовегетативного уровня нервно-психического реагирования (по В.В. Ковалеву), тем легче происходит соматизация психогенных ответов. С парциальным инфантилизмом на уровне характера, выраженным тем более, чем выше характерологический дрейф в сторону патологии [6], коррелируют дизонтогенетические проявления на уровне базальной аффективности [13,15], антиципации [14], а также «ядерный» для психосоматических расстройств патопсихологический синдром – алекситимия. Работа на уровне этого звена предполагает гармонизацию природно- и индивидуально-психических компонентов личности в процессе интегративной онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции [24].

Пониженная стрессоустойчивость, снижающаяся в континууме: гармоничная личность - акцентуация /норма/ – ПАЛ - психопатия /патология/ реализуется в уменьшающейся избирательности реагирования на экзогенные воздействия, с одной стороны, и в сужении диапазона сознательно-поведенческого репертуара, с другой, что повышает прогностическую вероятность трансформации тревожно-депрессивного аффекта в психосоматические феномены, локализация которых определяется как типичным конституциональным соматотипом (в соответствие с известным двуединством «тела и характера»), так и индивидуально-наследственной и приобретенной predisposition.

Т. о., следующим звеном психосоматической цепи является соматотип. Последний включает не только единый с предыдущим звеном тип наследственной конституции по Э. Кречмеру (циклоид – пикник; эпилептоид – атлетоид; шизоид – лептосом; истероид – инфантильно-грацильный), но и преимущественный тип реагирования из репертуара, отработанного в процессе филогенеза, соответственно: биоритмический; пароксизмальный; парадоксальный; регрессивный. Предрасположенность к тому или иному кругу психических заболеваний определяется соответствующим «диатезом» - депрессивным (точнее, циклотимическим), эпитипическим, шизотипическим, невропатическим (обозначаемым также как психосоматический или соматовегетативный).

Единство физической детскости, регрессивной реактивности и невропатического диатеза объясняет наибольшую подверженность психосоматическим расстройствам лиц с истероидным психотипом. В то же время и общие для всех людей «чисто соматические» заболевания (в том числе инфекционные) протекают по-разному в зависимости от соматотипической реактивности – у одних с выраженными колебаниями физического тонуса и темпера-

турной кривой, у других – с пароксизмальным подъемом температуры и критическим выходом их острого состояния, порой сопровождающегося нарушением сознания с «бредом» и фебрильными судорогами, у третьих – с «парадоксальным» отсутствием температурной реакции и нетипичным реагированием на препараты, у четвертых – с обилием невропатоподобных (вегето-сосудистых) проявлений и метеочувствительностью. Аналогичные корреляции можно обнаружить и в индивидуальных реакциях людей на алкоголь, физическое переутомление и проч.

Понятно, что у каждого человека в потенциале имеются все филогенетические типы реагирования, и чем гармоничнее конституциональное соматопсихотипологическое единство, тем шире онтогенетический репертуар адаптивного реагирования, тем лучше прогноз уже развившегося заболевания. Отсюда становятся понятными задачи лечебно-профилактической работы на уровне соматотипа.

Помимо конституционально-типологической predisposition к тому или иному кругу заболеваний (желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых, эндокринных, бронхо-легочных и т. д.) и предпочтительности к тому или иному типу течения общих для всех болезней, конкретная реализация психосоматического процесса заканчивается «выбором органа». Последний определяется взаимосвязью рассмотренного звена этиопатогенетической цепи со следующим, который имеет наследственно-приобретенную природу и ситуационно-возрастную зависимость (наглядную на примере «забытых травм») и может быть обозначен как системно-органная дефицитарность. «Место наименьшего сопротивления» в условиях дополнительных функциональных нагрузок в силу онтогенетической незрелости, а также в результате предыдущего повреждения проявляется на субклиническом и/или клиническом уровне недостаточностью конкретных органов и/или систем организма.

При этом сохраняется зависимость конкретной реализации указанной соматической дефицитарности от психических факторов. В частности, в исследовании [4] сердечно-сосудистые соматизированные нарушения в рамках «соматизированной депрессии» реализовывались в виде кардиалгического симптомокомплекса, спаянные с «тревно-депрессивным расстройством» проявлялись сосудистой дистонией, а при «тревно-фобическом расстройстве» с паническими атаками обнаруживали тропность к кардиодизритмическому синдрому. Соответственно, выбор конкретных фармакологических средств должен определяться в первую очередь структурой аффективного компонента психосоматического расстройства и лишь затем характером ведущей вегетосоматической симптоматики.

То же можно сказать о психотерапевтической направленности лечебной тактики, поскольку при общей напряженности механизма психологических защит у всех пациентов в группе соматизированной депрессии преобладали «подавление», «компенсация» и «реактивное образование», у больных с тревожно-депрессивным расстройством – «регрессия», а в группе тревожно-фобических расстройств – «замещение».

Итак, рассмотренная этиопатогенетическая цепь психогенного психосо-

матического расстройства в общем виде выглядит следующим образом: стрессирующие факторы – личность – психотип – соматотип – системно-органичная дефицитарность.

В случае затяжного течения, как и при любом хроническом процессе, к данной цепи присоединяется шестое звено – механизмы устойчивого патологического состояния (по Н.П. Бехтеревой), замыкающее ее в «порочный круг» инертной самоподдерживающей системы психосоматоза со вторичными и третичными компенсаторно-патологическими образованиями на уровне каждого звена. Это требует специальных мероприятий, направленных на разрыв указанных механизмов приобретенного патологического гомеостаза. Показана эмоционально-стрессовая психотерапия (по В.Е. Рожнову), в том числе направленная на внутреннюю картину болезни (эмоционально-стрессовый гипноз, психодрама) и образ жизни пациента (программирование жизненных сценариев), а также соматотропное лечение, нацеленное на разрыв инертных условно-рефлекторных связей (рефлексотерапия, кинезитерапия).

Нами предлагается пятиуровневый подход к комплексной терапии психосоматических расстройств. Каждый уровень включает как специфический, так и общеоздоровительный эффект психотропного и соматотропного воздействия.

Первый уровень – метаболический. Его двойная психосоматическая сущность отражается в сочетании собственно психофармакологического лечения, направленного как на «базисную» для всего расстройства невротическую депрессию в соответствии с ее конкретным вариантом (тревожным, астеническим, тоскливым, дисфорическим), так и на сопутствующие и коморбидные невротические и поведенческие расстройства, а также на нередкие у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности с неспецифическим общеукрепляющим медикаментозным (включая фитотерапию), физиотерапевтическим и прочим воздействием в комплексе с симптоматической терапией, направленной на вегетососудистые, алгические, астматические и прочие проявления системного соматоформного расстройства [3]. Переходными к следующему уровню можно считать ароматерапию, магнитотерапию и проч.

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией [12, 17, 18], направленной на исправление дизнейро-онтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок - «функции активации, энергоснабжения и статокINETического баланса психических процессов»), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок - «функции операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром»), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок - «функции произвольной регуляции и смыслообразования психомоторных процессов»). Ее неспецифическое воздействие на те или иные психосоматические расстройства реализуется за счет оптимизации це-

ребральных процессов, повышение их экономичности, улучшение «материального» обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа». Специфический эффект нейропсихологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины алекситимии и антиципационной недостаточности, в частности, за счет расширения и развития связей между «речевым» и «эмоциональным» полушариями, совершенствования функциональных механизмов пространственно-временного и ситуационно-личностного предвосхищения и вероятностного прогнозирования. Соматотропный компонент данного уровня обеспечивается общей и дыхательной гимнастикой, общим и точечным массажем, психомышечной тренировкой, плаванием, прыжками на батуте.

Переходом к следующему уровню можно считать приемы парадоксальной интенции в виде упражнений, вызывающих статодинамическое перенапряжение в мышцах, связанных с болью и дисфункцией заинтересованных органов, произвольного провоцирования неприятных ощущений и вегетативных эффектов, описания их эмоционального содержания.

Третий уровень - синдромальный. Работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облигатный для всех психосоматических расстройств патопсихологический синдром – алекситимию и дизонтогенетически-конституциональную дефицитарность эмоциональной сферы в целом. Используются различные коррекционно-психологические приемы, развивающие способность: воспринимать эмоции окружающих (общение на «режиме молчания», игры на невербальное взаимодействие, пантомима и проч.); дифференцировать и вербализировать собственные эмоции (с помощью их обозначения в других анализаторных системах – через вкус, цвет, ощущения, температуру, громкость, яркость, форму, движение); моделировать собственное эмоциональное состояние как на уровне базальной аффективности [13,15], так и на уровне высших (творческих, эстетических) эмоций [20]; понимать и компенсировать компоненты собственной «психосоматической структуры личности» (развитие психологической независимости и творческой самостоятельности, способности фантазировать, пользоваться символами, художественными метафорами, учитывать «субъективные факторы» в принятии решений). Более общие задачи этого уровня – повышение эмоциональной устойчивости, снижение тревожности и аффективной застреваемости. Интегрируются различные психологические и психотерапевтические техники: арт-терапия (в частности, в виде реактивной и регулятивной музыкотерапии), гипноз (в т. ч. «материнский»), семейная и групповая психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, приемы из онтогенетически ориентированной методики ИНТЭКС [21, 22] (чтение мыслей, говорящая пантомима, «винегрет», эмоциональные «приправы», Я-высказывания, три «Да», неоконченные рассказы, лечебная драматизация со сменой ролей, приемы НЛП, библиотерапии и проч.).

Соматический аспект данного уровня представлен необходимой помощью соответствующего специалиста (кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, дерматолога и т. д.) в отношении психосоматического

синдрома, находящегося на втором или третьем этапе динамики. Осуществляется вегетативный тренинг, проводится дыхательная гимнастика, бальнеотерапия, массаж, мышечная релаксация и прочие формы тренировки функций.

Переход к следующему уровню представлен психотехническими приемами на основе принципа «слово-движение», а также соматической саморегуляцией с использованием приемов биологической обратной связи (БОС).

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной и других видов психотерапии. Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т. е. преодолев эти первые ступени индивидуальной «лестницы поведенческих проблем» пациента, можно приступать к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

Этапы поведенческого диагностико-терапевтического процесса:

1. Проблемный анализ актуального поведения пациента в фокусе Настоящего.
2. Формулирование цели - определение состояния Должного.
3. Формулирование терапевтического плана - последовательности работы с поведенческими «мишенями».
4. Проведение терапии – модификация поведения с помощью системы поощряющих, наказывающих, принуждающих и вдохновляющих воздействий.
5. Контрольные измерения.
6. Сравнение первоначального гипотетического представления с результатами терапии и коррекция терапевтической тактики.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (аутогенная тренировка, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки.

Примером интеграции разноуровневого подхода может быть расширенная аутогенная тренировка с вызыванием классических соматовегетативных эффектов (тяжести и тепла в конечностях, свободного и ровного дыхания,

спокойного и устойчивого сердечного ритма, тепла в области солнечного сплетения, приятной прохлады лба), дополненная образным воображением сюжетов, включающим механизмы аффективной саморегуляции (полевой, ритмической, экспансивной, социально-контролирующей), созданием визуализированных, музыкальных, обонятельных «якорей» и использованием их в процессе функциональных тренировок, а также в ситуациях, провоцирующих панические состояния. Указанные приемы соматопсихической саморегуляции в сочетании с когнитивной коррекцией внутренней картины болезни соединяют данный уровень комплексной терапии со следующим.

Пятый уровень – личностный. Его цель – разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Примером преодоления родительско-детского перфекционизма может служить беседа, объективизирующая (по часам) школьную перегрузку, нарушающую положения «гигиены труда», исправляющая нереалистическое отношение к оценкам (пять – это «хорошо», три — это «плохо»), завышенный уровень притязаний («чемпионство во всех видах многоборья») и подводящая к выводу о том, что главный учебный «предмет» – это ПРИЛЕЖАНИЕ. Соответственно, родителям следует оценивать в первую очередь отношение ребенка к труду (которое будет определять его успешность всю последующую жизнь) и хвалить прежде всего за старание, а не за конечный результат (который зависит от многих объективных и субъективных факторов) и уж тем более не за поставленную учителем отметку. Моделируя на этой основе ситуации успеха можно формировать у ребенка «комплекс полноценности» без угрозы надорвать его силы еще до того, как он сам выберет себе работу «по душе» и «по способностям».

Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем [21,22] на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [21, 24]. Особенности проведения методики ИНТЭКС – восемь дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

Представленный пятиуровневый подход, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных психотерапевтических приемов, позволяет воздействовать на все «слои» телесно-душевно-духовной организации человека, на все звенья патогенетической цепи психосоматического расстройства в психогенетиче-

ском, индивидуально-личностном и симптоматическом направлении и осуществлять комплексную лечебно-коррекционную и воспитательно-социализирующую помощь пациентам с психогенными психосоматическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
3. Антропов Ю.Ф., Фитотерапия психических расстройств. – М.: Де Ли принт, 2009. – 468 с.
4. Барышева Н.М. Клинико-психологические характеристики больных с сердечно-сосудистыми соматизированными нарушениями. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
5. Боброва Н.А. Психосоматические расстройства у детей и подростков. Диагностика и лечение в условиях детской поликлиники (на модели гастроэнтерологической патологии). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
6. Боев И.В. Пограничная аномальная личность.- Ставрополь: Изд-во СГУ, 1999. – 362 с.
7. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. – М., 2008. – 44с.
8. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. Пособие / Под ред. В.Т. Кондрашенко. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001. – 176 с.
9. Исурина Г.Л. Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития / Психотерапия: от теории к практике. – СПб.: 1995. – С. 81-87.
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304с.
11. Карвасарский Б.Д. (Общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
12. 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. – С. 462-483.
13. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд. МГУ, 1990. –197 с.
14. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
15. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 363 с.

16. Пыркова К.В. Структура психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. - М., 2009. - 23 с.
17. Семенович А.В., Архипов Б.А. и др. Комплексная методика психомоторной коррекции. - М.; МГПУ, 1998. - 76 с.
18. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 232с.
19. Теммеева Л.А. Теоретическое и методологическое обоснование антропоцентрических принципов в диагностике и лечении психосоматических заболеваний у детей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. - М. 2009. - 44 с.
20. Шевченко Ю.С., Корнеева В.А. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей с эмоциональными нарушениями / Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. Проф. Ю.С.Шевченко. - СПб.: Речь, 2003. - с.266-288.
21. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС). Практ. пособие. - М.: Росс. психол. об-во, 1998. - 157 с.
22. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). - СПб.: Речь, 2004. - 202 с.
23. Шевченко Ю.С., Современные направления психотерапии детей раннего возраста / Психотерапия сегодня: Материалы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. - с. 104-106.
24. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). - 2008 (8), № 2. - с. 29-41.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Д.Н. Исаев

ПОЛОРОЛЕВОЕ (ГЕНДЕРНОЕ) РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга
(Санкт-Петербург).

Изучение психосексуального развития умственно отсталых лиц определяется необходимостью учета половых особенностей формирующейся личности в процессе воспитания, при коррекции возникающих отклонений в психологическом развитии. Половое развитие умственно отсталого человека имеет принципиальное значение для личности и межличностных отношений [6].

Возникающую дружбу между умственно отсталыми подростками следует рассматривать, прежде всего, как личное обогащение, а не как имеющую только генитальную ориентацию. Одни авторы утверждают, что в вопросах сексуальных потребностей, желания и способов его выражения мы отличаемся друг от друга, независимо от уровня нашего психического развития [2]. Другие – настаивают на том, что половое созревание у людей с умственной отсталостью неравномерно, замедленно и часто не достигает полной зрелости. Хотя половой фактор играет в жизни человека с умственной отсталостью меньшую роль, чем у нормально развитых людей, задачи воспитания из-за этого не становятся проще. Это тем более важно, что окружающие недостаточно принимают во внимание особенность жизненной ситуации умственно отсталого подростка, а они сами оказываются не в состоянии принять новые мотивации, образ поведения и управлять ими [9]. Особенно также важно и то, что необходимо предупреждать злоупотребления и насилия над умственно отсталыми подростками, которые чаще, чем интеллектуально полноценные, подвергаются этой опасности.

О психосексуальном развитии умственно отсталых подростков можно судить по их осведомленности в вопросах пола, сексуальному поведению, психологической дифференциации в соответствии с полом (в том числе, по идентичности и полоролевому, гендерному, поведению).

Информированность в вопросах пола. Степень осведомленности о различиях в строении мужского и женского организмов, об отношениях между полами у умственно отсталых подростков намного меньше, чем у нормально развитых подростков. Их представления бедны и искажены. Однако информированность о своем поле, например, у девушек всегда значительно выше, чем о представителях противоположного пола, независимо от их уровня интеллектуального развития. Основную информацию об этом они черпают из телевидения и от случайных людей [1]. Т. к., как правило, знания о половом развитии подростки получают из некомпетентных источников (сверстники, старшие ребята), то они носят частичный, искаженный характер. Обнаруже-

но, что осведомленность в вопросах пола о своем и противоположном поле у подростков-девочек с умственной отсталостью хотя и примитивна, но лучше, чем у мальчиков. Отличия в основном устанавливаются только по внешним, поверхностным признакам (по одежде, причёске и т. п.).

Недостаточный уровень информированности и некачественная информация напрямую зависят от того, в каких условиях воспитывается подросток. В социально нормативных семьях вследствие сложившихся стереотипов общественного мнения родители склонны ограничивать информированность своих детей о половом развитии. В асоциальных семьях более высокая осведомленность о физиологических различиях между полами. Семья, оказывая большое влияние на информированность подростков в вопросах пола, может препятствовать дальнейшей адекватности выполнения социальных ролей.

Умственно отсталые подростки не могут связно объяснить, в чем заключаются различия между полами, хотя и знают об их существовании; не знают о поллюциях; только треть информирована о менструациях; не могут объяснить роли отца в происхождении детей; лишь пятая часть пытается объяснить, что такое роды. В их языке практически отсутствуют литературные выражения для соответствующих полу обозначений. При этом они недостаточно осознают, что их волнует, запаздывают в своих интересах и плохо вербализуют свои вопросы.

Изучение умственно отсталых девушек, показало, что их половое созревание протекает медленнее, чем у подростков с нормальным умственным развитием. Половина из них физически инфантильна. Они отстают в росте и массе тела, у меньшего числа замедлено развитие окружности груди. Примерно четверть – опережает в своем развитии норму. Также четверть подростков соответствует физической норме. Половое же развитие завершили по (критериям Таннера) подавляющее большинство подростков. Однако почти у половины из них – имело место отставание появления менархе и еще у нескольких – пубархе (оволосения лобка).

Наряду с этим, выяснилось, что девушки плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, плохо распознают эмоции других людей по моторной экспрессии (например, угрозу). В общении они больше ориентируются на вербальное содержание сообщений, в то же время, часто ошибаясь в смысле полученных сообщений и истинных намерениях собеседника, т. к. не могут оценить невербальную информацию. Вербальные же сообщения они не способны сопоставить с предшествующими и настоящими взаимоотношениями и актуальной ситуацией. Они не по возрасту наивны и доверчивы. Плохо адаптируются к различным системам взаимоотношений людей. Не понимают связи между поведением и его последствием. Они испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей. Т. о., в связи со сниженным общим и тем более социальным интеллектом они оказываются весьма уязвимыми для сексуальных злоупотреблений.

Сексуальное поведение. Умственно отсталым подросткам свойственна неспособность сексуальной интерпретации телесных ощущений. У них реже возникают словесные оформления сексуальных устремлений. Из сексуальных

проявлений наиболее част онанизм, который более чем у половины больных сочетается с раскачиванием, сосанием пальцев и т. д. Отмечается и интерес к противоположному полу, попытки установления телесного контакта. Чрезмерные сексуальные проявления встречаются чаще у умственно отсталых подростков при психопатоподобных изменениях личности. Их гиперсексуальность преимущественно элементарна, проявляется, как правило, без грубых истязаний и мучительств. Подростков в этой активности могут привлекать половые органы сверстников и взрослых своего и противоположного пола. В связи с их высокой внушаемостью нередко отмечаются групповой онанизм, гомосексуальные эпизоды, орально-генитальные контакты, сексуальные игры, обнажение. Это поведение, как правило, может быть обусловлено не только расторможенностью влечений, но и развращающим влиянием среды.

Сексуальные проявления девочек характеризуются тем, что они задают вопросы по темам, касающимся пола, в 2 раза, чаще, чем здоровые. Поведение, служащее выражением сексуальных проявлений, и употребление слов, относящихся к полу, отмечается во много раз чаще, чем у здоровых сверстниц. Они в 4 раза чаще здоровых девушек подчеркивают свои половые особенности. Гетеросексуальная влюбленность отмечается несколько чаще, чем гомосексуальная влюбленность, которая более свойственна младшим девочкам-подросткам. Их сексуальное поведение более откровенно, чем у психически здоровых девушек [8].

Активное, не соответствующее возрасту сексуальное поведение наблюдается у девушек в полтора раза чаще, чем у мальчиков. Сексуальная активность у девушек начинается раньше, чем у мальчиков. Они при этом обнаруживают неумеренное, неловкое и примитивное кокетство. Девочек младшего школьного возраста с сексуально распушенным поведением поступает в психиатрическую больницу в 3 раза больше, чем мальчиков. Эти девочки мастурбируют, обнажаются, набрасываются на лиц противоположного пола в состоянии сексуального возбуждения. Они рассказывают о своем прошлом сексуальном опыте или уже в отделении забираются в постели к другим девочкам. В подавляющем большинстве случаев они сами в прошлом подвергались соращению или изнасилованию. Наряду со сверстниками или старшими мальчиками умственно отсталых девочек нередко развращают взрослые, в том числе и в собственной семье. Среди младших подростков чаще отмечается раннее начало половой жизни, промискуитет (беспорядочные половые связи). Как правило, их половая жизнь начинается после изнасилования. Позднее начало полового созревания, недоразвитие половых органов и незавершенное формирование женской фигуры на характер описываемого поведения серьезным образом не влияет.

Госпитализация мальчиков нередко также бывает связана с чрезмерной сексуальной активностью, проявляемой в отношении представителей того же пола. Преходящий подростковый гомосексуализм обычно обуславливается ситуацией и нередко обнаруживается в закрытых учебных заведениях. У младших подростков эта девиация может быть связана с соращением, развращением, подражанием и принуждением и чаще обнаруживается у подростков муж-

ского пола, чем у девушек. Возможность возникновения преходящего гомосексуализма объясняется недостаточной зрелостью полового влечения. Однако чаще это следствие совращения старшими подростками и даже взрослыми. Истинный сексуальный интерес этих подростков, как правило, сосредоточивается на лицах противоположного пола. В отличие от девочек, мальчики меньше ведут разговоры на сексуальные темы. Они предпочитают действия: раздевают других, рисуют картинки порнографического содержания. За исключением ситуации, вызывающей обиду подростка, уровень агрессии подростков с умственной отсталостью не отличается от такового же у подростков с нормальным интеллектуальным развитием. У умственно отсталых подростков перед сексуальными отношениями может возрастать страх, что, как правило, увеличивает уровень физической агрессии. В противоположность этому у подростков с нормальным развитием интеллекта констатируется противоположная зависимость. Подростки с умственной отсталостью, оценивая свою недостаточную сексуальность глазами окружающих, испытывают обиду. Несмотря на то, что только 4% умственно отсталых в США имели половые контакты, большая часть (85%) подростков стремится вступить в брак [3].

Половое созревание умственно отсталых подростков может влиять на их поведение. Выявлены некоторые взаимосвязи между показателями агрессии и психосексуальным развитием. При преждевременном половом развитии в одних случаях возникают аффективные расстройства, в других – нарушения поведения (претенциозность, вспыльчивость, агрессивность), расстройство влечений, в особенности сексуального. При задержанном половом развитии могут появиться медлительность, несобранность, неуверенность, неуклюжесть, вялость, импульсивность и трудности приспособления к новой ситуации. В связи с нередко появляющимися трудностями в усвоении учебного материала и требованиями педагогов могут возникнуть отказы от учебы, протесты, агрессия.

Гендерная (половая) идентичность. О гендерной идентичности умственно отсталых подростков обоего пола судим по их осведомленности о своем и о противоположном поле. У девочек информированность недостаточна, но все же выше, чем у мальчиков того же уровня развития. Рисунки у девочек примитивные, но более зрелые, половые различия изображались детальнее. Как уже было сказано, осведомленность об особенностях своего пола у всех подростков очень ограничена, однако она лучше, чем – о характеристиках противоположного. В этом кратком перечне отличий были почти только внешние признаки: одежда, прическа. Половые же признаки отображались только в рисунках подростков с более развитым интеллектом.

Умственно отсталые подростки более или менее идентифицировали себя по полу и возрасту. Более устойчивые, хотя и примитивные представления о жизненном пути человека были у более развитых подростков. Они различали внешность и поведение человека, описания и самоописания людей. В силу своей относительно более успешной социализации девочки лучше, чем мальчики, определяли свой пол и возраст. Общей особенностью была склонность выбирать в качестве наиболее привлекательного образа – образ представите-

ля следующей возрастной группы. Мотивировки такого выбора у части подростков были более осознанны, но различны в зависимости от пола. Девочки объясняли свой выбор тем, что хотят «стать взрослой, красивой, ходить в магазины». Мальчики – «стать взрослым, ходить на работу, получать деньги». У менее развитых подростков – выбор привлекательного образа мотивировался тем, что на картинке нарисована красивая одежда и другие привлекательные вещи. Нередко свой выбор они не могли объяснить вовсе.

Т. о., оказалось, что формирование половой идентичности умственно отсталых подростков обоего пола находится в зависимости от уровня интеллектуального развития и от их личностных особенностей. Часть подростков обоего пола способна идентифицировать свой пол по картинкам и выстроить последовательность своего жизненного пути и пути подростков противоположного пола, а также выбрать привлекательный образ, идентифицируя себя с ним по внешнему облику. При этом им иногда удавалось оценить социальный статус.

Гендерная идентичность умственно отсталых подростков находится в прямой зависимости от уровня интеллектуального развития; чем он выше, тем по большему числу признаков идентифицирует подросток свой и противоположный пол. У умственно отсталых подростков поздно завершается половая идентификация. В половой идентификации у них обнаруживается доминирование фемининности над маскулинностью. Это доминирование сочетается с большой значимостью мужского пола и с противоречивым отношением к мужчинам разного возраста. В то же время у подростков с умственной отсталостью отмечены инфантильные тенденции и замедление половозрелой идентификации.

Легко умственно отсталые девушки-подростки идентифицируют себя с женским полом только в 70% случаев, тогда как здоровые сверстницы в 90%. Первые не представляют себе, какими они станут в будущем, и не могут рассказать, какими они были в прошлом [4]. В то же время они выбирают игры, занятия, стиль поведения, свойственные женскому полу, независимо от уровня интеллектуального развития. Полороловое поведение девочек не зависит от уровня интеллектуального развития. Примерно в двух третях случаях оно является фемининным, в одной трети – с признаками маскулинного поведения, небольшой процент (6-7%) девочек не демонстрирует выраженного полоролового поведения. Полороловое поведение мальчиков в большинстве случаев является маскулинным. Однако у мальчиков с более низким интеллектом высок процент (42%) фемининного поведения, и в 8% оно является неопределенным. Это подтверждает представление о том, что полороловое поведение формируется под влиянием реакций взрослых [7].

Легко умственно отсталые подростки идентифицируют других людей чаще всего по внешнему виду (одежде, причёске), первичные половые признаки появляются в рисунках детей с более развитым интеллектом. Попытки изобразить на рисунках представителей противоположного пола оказываются менее информативными, чем изображения лиц своего пола. У умственно отсталых мальчиков показатели сексуального самосознания ниже, чем у дево-

чек. У всех подростков высокий уровень притязаний и высокая самооценка. Осведомленность подростков о своем и противоположном поле у девочек выше, чем у мальчиков с аналогичным уровнем интеллекта.

Подростки с умственной отсталостью воспринимают воспитание родителей как незаинтересованное, отстраненное, директивное с враждебным отношением к ним и непоследовательное. Отцы им представляются более директивными и непоследовательными, чем матери. У подростков с умственной отсталостью минимальная дистанция наблюдается в общении с родителями и максимальная – с незнакомыми людьми. У девушек с умственной отсталостью больше дистанция в общении с матерью, с незнакомыми юношами и девушками. У них меньше выражены социальная активность, конфликтность, склонность к риску и больше проявляются социальная нормативность, исполнительность, преобладание конкретных форм мышления. Девушки менее доминантны, но более тревожны и зависимы [5]. Для них характерно наличие представлений о развитии человека своего и противоположного пола; принятие своего возраста; проявление интереса к противоположному полу. Но в актуальной возрастной ситуации и представлении о себе в будущем у детей данной группы нет понимания процесса роста и развития себя и других людей. У всех подростков есть стремление соответствовать сформировавшемуся у них образу, необходимым качеством которого является женственность. Социальные понятия воспринимаются и усваиваются только методом подражания, усвоение внешних признаков происходит без понимания внутреннего содержания. Однако они плохо оценивают поведение других людей и в первую очередь представителей другого пола. Подростки искренно верят обращенным к ним словам, т. к. не способны оценить невербальное поведение собеседника. В результате они могут оказаться беззащитными перед лицом совратителей. В связи с этим у них легко возникают отклонения в сексуальном поведении.

Полороловое поведение умеренно умственно отсталых оценивается также по ролевым предпочтениям в играх, по выбору игр и занятий, по интересу к противоположному полу, по наличию или отсутствию стремления изменить свой пол, по стилю поведения, интересу к обнаженному телу своего и противоположного пола, по отношению к своей телесной женственности или мужественности.

К 5-6 летнему возрасту полороловое поведение умственно отсталых детей выражено недостаточно – оно еще не соответствует осознаваемому полу. Дети не проявляют инициативу в формировании однополых компаний и выборе игр, не всегда обнаруживают разные стили поведения и интересы.

Полороловое поведение умственно отсталых девочек-подростков в большинстве своем (2/3) является соответствующим женскому полу и не зависит от большей или меньшей сохранности интеллекта. Они стремятся выбирать игры, занятия и стиль поведения соответствующие своему полу. Чем менее уровень отсталости, тем явственнее стеснительность, заметнее положительное восприятие своей женственности и становится заметнее интерес к противоположному полу. У мальчиков же более низкого уровня развития несколько чаще, чем у

девочек, встречаются женственные черты, или их полоролевое поведение оказывается недостаточно дифференцированным. В некоторых случаях интерес мальчиков был направлен на подростков своего же пола.

Т. к. чаще всего формирование гормонального пола у лиц, отстающих в развитии, нарушается, то и половой метаморфоз замедляется. В связи с этим половое самосознание, которое должно было обогащаться восприятием нового телесного образа и новыми физиологическими процессами (менструациями, эякуляциями), а также эротическими переживаниями, не способно сформировать взрослую половую идентичность без серьезных отклонений. Возникают препятствия к установлению гетеросексуальной ориентации. Все это сказывается на формировании взрослого полоролевого и сексуального поведения. Отставание в развитии, а в ряде случаев и физические дефекты становятся помехой для выбора и поиска подростками объекта сексуального интереса, а затем и ухода. Поведенческие и психологические различия между полами, а также и сексуальная ориентация, отражающие внешние проявления полового диморфизма, у умственно отсталых лиц оказываются нарушенными. Т. о., по своим физическим данным (внешней привлекательности) они попадают в группу риска по подверженности сексуальным злоупотреблениям.

Сексуальные девиации. Умственно отсталые подростки могут стать объектом совращения своими старшими товарищами. Сексуальные девиации умственно отсталых подростков зависят от сложившейся ситуации и окружающих лиц. Среди этих девиаций, которые не являются истинными, могут быть подглядывание за обнаженными, демонстрация своей наготы, манипуляции с половыми органами младших детей или животных. По мере взросления и в случае перехода к нормальной половой жизни эти девиации исчезают полностью. При неблагоприятных обстоятельствах они становятся дурной привычкой и сохраняются наряду с нормальным сексуальным поведением или возобновляются при отсутствии нормальной половой жизни, совращающем влиянии. Если мастурбация умственно отсталых детей появляется до полового созревания, достигает большой частоты, не поддается коррекции, ее следует рассматривать как девиацию. Раннее начало половой жизни еще до полного физического созревания также может рассматриваться как девиация. К сексуальным девиациям относят и подростковый промискуитет (неоднократную смену партнеров и частые половые сношения).

Психосексуальное развитие осложняется социальными требованиями и социальной привлекательностью. Представляется ошибочным приобретение опыта сексуальности в пределах группы своих сверстников; следует медленно добиваться приобретения ими сексуальной идентичности и относиться с пониманием к их активности. Беспомощные в своем поведении, они с трудом устанавливают сексуальные связи с половыми партнерами своего уровня и проходят через фазу мастурбации и примитивных реакций. Необходимо разъяснять умственно отсталым сексуальные процессы понятным для них образом, чтобы уменьшить их беспокойство. Вместе с тем порой необходимо и медикаментозное торможение полового влечения.

Половое воспитание умственно отсталым необходимо больше, чем кому бы то ни было, т. к. они ничего не могут узнать о вопросах секса из книг, от друзей, или наблюдая поведение окружающих, и неспособны отличить истинное от ложного.

Половое воспитание должно закладываться в детстве, а не начинаться в возрасте полового созревания в виде способности управлять сексуальными побуждениями. Через половое воспитание отстающие в развитии мальчики и девочки должны учиться понимать друг друга. Признание сексуального самоудовлетворения должно быть связано с приучением к приватному пространству или избеганию присутствия других. Умственно отсталые люди нуждаются в пожизненном сопровождении в том, что касается встречи полов. Никто не имеет права побуждать их к половым контактам. Отклонения в психосексуальном развитии и сексуальном поведении умственно отсталых лиц встречаются чаще, чем в норме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В. Александрова Н.В. и др. Психосоциальное развитие при олигофрении и органических поражениях головного мозга / Психика и пол детей и подростков в норме и патологии / Ред. Д.Н. Исаев. – Л.: ЛПМИ, 1986. – С. 73-77.
2. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития / Пер. со шведского. – СПб., 2001.
3. Дейвид Г., Линднер М. Служба планирования семьи для психически неполноценных лиц. – США: Международный институт по изучению проблем пола. – 1978.
4. Иванова Ю.В. Особенности психосексуального развития подростков с легкой степенью умственной отсталости, воспитывающихся в детском доме – СПб.: ИСПИП, 2003.
5. Кокоренко В.Л. Полоролевая, возрастная идентификация и система самооценок у подростков с отдельными вариантами нарушений психического развития. / Дисс. канд. психол. н. – СПб., 2006.
6. Сандре Е. Раут Х. Умственно отсталый ребенок. Сексуальность и ее осознание в процессе развития. – Цюрих, Кельн, 1972.
7. Сорокина Е.В. Половая идентификация глубоко умственно отсталых подростков. – СПб.: ИСПИП, 1998.
8. Цыганова Ю.О. Возрастные особенности психосексуального развития подростков с легкой умственной отсталостью. – СПб.: ИСПИП, 2006.
9. Шпек О. Люди с умственной отсталостью. Обучение и воспитание. / Пер. с немецкого. – М.: Академия, 2003.

С.Ю. Бенилова, Т.С. Резниченко
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ
РЕЧИ И ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва).

В последнее десятилетие, как в нашей стране, так и за рубежом отчетливо прослеживается тенденция к увеличению выявления числа детей с детским аутизмом (ДА) и системными нарушениями развития экспрессивно-рецептивной речи. Все существующие основные диагностические системы (DSM-III-R, DSM-IV и Международная классификация болезней – МКБ-10) сходятся в том, что для постановки диагноза ДА должны присутствовать 3 основные нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения. Согласно принятой в России МКБ-10 [24], ДА (F84.0) – это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения, деятельности, интересов, игр и активности. Выражены также нарушения эмоционального развития, когнитивных процессов и речевого развития. По современным международным клиническим классификациям, аутизм включен в группу первазивных расстройств (от англ. *pervasive* – проникающий, распространяющийся повсюду), т. е. охватывающих все области психики. В связи с неоднозначными подходами к диагностической оценке аутистических расстройств показатели их распространенности у детей в разных странах колеблются от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения [27, 35].

Начиная с 2005 г., уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай ДА. По данным Центра по контролю заболеваемости (США), частота встречаемости расстройств аутистического спектра составляет 1 случай на 161 новорожденного, что аналогично данным Всемирной Организации Аутизма: в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей. Согласно данным Американского Общества Аутизма, приблизительно 1 из 500 детей рождается больным ДА. Т. о., за последние 10 лет количество диагностированных детей с ДА выросло в 10 раз. В нашей стране статистика показывает, что за последнее время количество страдающих ДА детей увеличилось более чем в 3 раза. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем [5].

У большинства детей, имеющих диагноз классического аутизма, выражено значительное снижение интеллектуального развития и отмечается диссоциированная задержка интеллектуального развития в широком диапазоне – на 1–5 возрастных порядков и более. Из них около 80% имеют уровень IQ менее 70. Только у 15% детей с ДА интеллект не нарушен. Имеются существенные межполовые различия в распространенности детского аутизма. Большинство исследователей указывает, что аутизм в 2,5–4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, тогда как нарушения у девочек носят более деструктивный

характер [2, 33]. Многие исследователи в клинической картине ДА выделяют наиболее характерные и постоянно присутствующие симптомы, но считают, что *не все из них нозологически специфичны* [1, 2, 34, 37, 39, 40, 41].

Согласно МКБ-10, выделяются следующие диагностические критерии ДА:

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

- неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;
- неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;
- отсутствие социозэмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствием модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;
- отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

- задержка или полное отсутствие спонтанной речи без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствию коммуникативного гуления);
- относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);
- повторяющаяся и стереотипная речь;
- отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

- поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;
- внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;
- стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;
- повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому им шуму или вибрации).

Нарушения речи при ДА нередко являются первым проявлением заболевания и носят очень стойкий характер. Особенно это проявляется в раннем дошкольном возрасте, когда речевая деятельность у этих детей не формируется и отсутствует вербальное общение.

Для детей с аутистическими проявлениями характерны следующие особенности развития речи в раннем периоде: недифференцированный плач, вызывающий трудности в интерпретации, малоактивное или необычное гуление, напоминающее визг или крик, отсутствие звуковой имитации, выраженное нарушение понимания обращенной к ребенку устной речи и осознания смысла сказанного [4, 15]. Речевые расстройства весьма разнообразны, наи-

более отчетливо заметны после 3 лет [38, 42]. Современные авторы [5] выделяют следующий спектр речевых расстройств при ДА:

- первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует);
- формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим глубоким (до мутизма) распадом;
- формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим регрессом (в 2,5–6 лет) и регредиентно-искаженной динамикой после 5-7 лет;
- нарушение слухового внимания;
- задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития;
- нарушение понимания обращенной речи;
- искаженное развитие речи;
- разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью.

Типичным также является присутствие эхолалий [4].

Системные нарушения развития речи (СНРР) по типу афазии развития (моторные и сенсомоторные алалии), классифицируемые в МКБ-10 в рубриках нарушения психологического развития F80.1 и, соответственно, F80.2, отличаются значительной распространенностью у детей – от 15% до 83%, [7, 8 10, 14, 23, 25, 26, 29, 31, 36]. Различия по частоте встречаемости в зависимости от пола такие же, как и при ДА: у мальчиков в 2,5–3 раза чаще.

Для клинической картины СНРР, как отмечают многие исследователи [7, 8, 18, 19 и др.], характерно:

- снижение внимания, памяти и интеллектуальной деятельности;
- инертность психических процессов, особенно интеллектуальных;
- повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках;
- трудность переключения активного внимания и его узорь;
- разнообразные аффективные нарушения: лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями, – в других, апатия и безразличие – в третьих;
- расстройства волевой сферы: слабость побуждений, вялость или, наоборот, расторможенность поведения, болтливость, усиление примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость;
- социальная дизадаптация.

Отличительной особенностью СНРР, особенно рецептивной речи, является отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций, бедность и невыразительность звукопроизношения и рудиментарность предречевых этапов [20]. На фоне измененного развития речевых навыков в первые два года жизни могут наблюдаться эхолалии, речевые стереотипии. Эти проявления

отличаются частотой, не имеют игровой окраски, не направлены на общение, однообразны, вне связи с окружающим повторяются одни и те же слова.

Основные клинические характеристики речевых расстройств при СНРР по типу экспрессивно-рецептивной афазии развития [7, 28]:

- отсутствие и слабо выраженный лепет;
- запаздывание речевых реакций в раннем детском возрасте;
- появление первых слов с 2–3 лет, а иногда и позднее;
- формирование фразовой речи не возникает самостоятельно или появляется к 5–6 годам и состоит из упрощенных предложений, включающих 2–3 слова;
- грубые расстройства всех сторон речи: фонематические, фонетические, лексические, грамматические;
- затруднение понимания обращенной речи при сохранности слуха;
- нарушение слухового внимания;
- выраженный разрыв между импрессивной и экспрессивной сторонами речи: при бытовом понимании обиходных фраз ребенок почти не владеет самостоятельной речью
- дети часто называют, но не понимают на слух слова, обозначающие любимые или знакомые ребенком предметы.

Из выше сказанного со всей очевидностью мы можем говорить о вероятной гипердиагностике ДА, связанной с тем, что имеется ряд общих клинических проявлений при ДА и СНРР с выраженным сенсорным компонентом [12, 13].

Общие клинические проявления:

- *широкий спектр расстройств аутистического круга* –
 - эхолалии,
 - стереотипии: «манежное поведение» (бесцельное бегание по кругу); однообразные действия: моторные (раскачивание, прыжки, постукивания и т.д.), речевые (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз),
 - бесконечные манипуляции каким-либо предметом,
 - однообразные монотонные игры.
- *специфические нарушения формирования речи* –
 - отсутствие вербальной речи,
 - полное или недостаточное понимание обращенной речи,
 - отсутствие или непостоянство отклика на обращение, на собственное имя,
 - заметная реакция на слабые звуки и ее отсутствие в ответ на звуки более громкие
 - неинтонированные вокализации
 - факты однократного произнесения некоторых слов без дальнейшего их употребления;
- *нарушения коммуникативной сферы* –
 - отсутствие потребности в общении,
 - избирательные контакты,

- интровертные реакции;
- нарушения эмоционально-поведенческой сферы –
 - эмоциональная неустойчивость,
 - раздражительность,
 - неустойчивость эмоциональных реакций от аффективных до безучастных,
 - психомоторное возбуждение,
 - слабость побуждений,
 - вялость или, наоборот, расторможенность поведения,
 - усиление примитивных влечений;
- нарушение формирования высших психических функций (ВПФ) и интеллектуальной деятельности –
 - снижение уровня активного внимания и его ограниченность,
 - низкий уровень объема краткосрочной памяти,
 - повышенная инертность психических процессов,
 - повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при психических нагрузках;
- проблемы социальной адаптации.

Такое положение приводит к тому, что нередко нарушения развития в нервно-психической сфере у детей раннего и дошкольного возраста расценивают как ДА. Как следствие, неправильный диагноз; сложности дифференциальной диагностики, особенно ранней; отсутствие рекомендаций по оптимальному сочетанию психофармакотерапии, психологической, педагогической, логопедической коррекции и работы с родителями - в дальнейшем приводят к снижению социального статуса ребенка, ухудшению качества жизни, а иногда к инвалидности. В связи с этим встала задача выявления специфических методов, которые могут помочь дифференцировать эти заболевания.

Поэтому в детском отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы (далее – Центр) осуществляется разработка системы фиксации диагностически значимых показателей у детей с отсутствием вербального общения.

Необходимость такой разработки обусловлена, в первую очередь, увеличением количества не говорящих, детей поступающих на первичную консультацию в Центр с диагнозом «умственная отсталость» (УО), поставленным в итоге весьма кратковременного обследования по месту жительства. В последние годы, когда возрос интерес к проблеме ДА, в Центр стали в огромном количестве обращаться родители, напуганные этим тяжелым диагнозом, поставленным без углубленного анализа состояния ребенка.

На сегодняшний день имеется достаточное количество диагностического материала, разработанного как отечественными, так и зарубежными авторами. Предложены схемы для обследования ВПФ детей и перечни нормативных показателей развития [17, 21, 22, 30, 32 и др.] Принимая во внимание материал этих исследований, мы предлагаем собственную **систему фиксации**

диагностически значимых показателей.

Диагностически значимые показатели *на первичном приеме.*

Если у детей отсутствует экспрессивная речь, но при этом они:

- широко используют невербальные средства коммуникации;
- способны к осмысленной игре;
- участвуют в эмоциональном общении в специально созданных ситуациях;
- проявляют познавательный интерес,

то им ставится диагноз «афазия развития» и они сразу поступают на основной курс, цель которого – подготовка к обучению по общеобразовательным программам.

Дети, в отношении которых на первичном приеме трудно однозначно решить вопрос, обусловлено отсутствие вербального общения патологическим формированием языковой системы, или УО, или ДА, направляются на ориентировочно-диагностический курс (ОДК).

Цель ОДК – проведение дифференциальной диагностики УО, ДА и СНРР. *Продолжительность ОДК варьирует от 6 месяцев до двух лет, т. к. мы категорически отвергаем возможность диагностики без продолжительных наблюдений за характером формирования ВПФ [11].*

Если на основном курсе характер происходящих с ребенком изменений отмечается каждые 10 занятий, то на ОДК диагностически значимые показатели фиксируются после каждого занятия.

Содержание курсового лечения: логопедические занятия; психологические занятия по развитию коммуникативной сферы, игровой деятельности и бытовых навыков; укрепление адаптационных механизмов; фармакотерапия по системе курсовой патогенетической медикаментозной терапии (КПТМ), основанной на одновременном воздействии на все звенья патогенеза и направленной на купирование психопатологических проявлений, неврологических нарушений и стимулирование когнитивных функций [7, 10, 11]; психотерапевтическая поддержка родителей по системе «Особые дети – особое общение» [6, 9, 11, 12]; согласованность действий специалистов; реализация взаимодействия специалистов и родителей.

Роль фармакотерапии в коррекционном процессе заключалась в следующем: содействие оптимальному развитию и созреванию ЦНС, устранение имеющихся на пути развития ребенка препятствий, мешающих адаптивному развитию, повышение чувствительности отклоняющегося в развитии ребенка к другим формам коррекционного воздействия. *Содержание фармакотерапии:* КПТМ; информированное согласие родителей; принцип дифференцированного и строго индивидуального подхода для ребенка. *Направления фармакотерапии:* восстановление нейрометаболизма, устранение нарушений ликворо- и гемодинамики, нормализация вегетативных функций, снятие речедвигательных нарушений, стимуляция психоэмоциональной сферы, устранение психопатологических проявлений.

Этапы психотерапевтической поддержки проводились: в процессе об-

следования; в процессе динамического наблюдения; в процессе непосредственного комплексного коррекционного и опосредованного воздействия; на основе когнитивно-ориентированного подхода. Необходимым условием комплексного медико-психолого-педагогического реабилитационного воздействия была коррекция детско-родительских отношений. Это способствовало налаживанию позитивного эмоционального контакта между родителями и ребенком, подчеркиванию достоинств ребенка, формированию адекватного отношения к трудностям ребенка, созданию позитивной комфортной атмосферы для ребенка и родителей, созданию ситуации успешности для пациента [6, 9, 12].

Вовлечение родителей в оценку состояния детей с отсутствием вербального общения не случайно многими специалистами считается чрезвычайно важным условием. Специалисты принимают во внимание наблюдения родителей над ребенком в разных ситуациях, и т. о. получают представление о том, что происходит с ребенком в тех условиях, которые невозможно создать на приеме.

Материал и методы. Исследование проводилось в течение 2004–2009 гг. в детском отделении Центра. Наблюдение проводилось за 47 не говорящими детьми, обратившихся в Центр с предположительным диагнозом – детский аутизм (36 – мальчиков, 11 – девочек, возраст от 3 до 6 лет). Период наблюдения составлял 6–12 месяцев.

Исследование было открытое и сравнительное. Диагностика нарушений проводилась в рубриках МКБ-10 (F80.1, F80.2, F84.0): специфические расстройства развития экспрессивно-рецептивной речи – экспрессивно-рецептивная афазия развития (сенсомоторная алалия); детский аутизм.

Включение детей в данное исследование проводилось после проведения обследования с участием педиатра, психиатра, невролога, логопеда, нейропсихолога, психолога, специалиста по функциональной диагностике. При проведении данного исследования использовались *методы*: клиническое наблюдение, психологические, нейропсихологические, электрофизиологические, статистические. Клиническое наблюдение включало: общее клинические, психопатологические, неврологические, логопедические методики обследования.

Критерии отбора детей в исследование:

- возраст от 3 до 7 лет,
- информированное согласие родителей,
- отсутствие эндогенного заболевания,
- коррекционные комплексные мероприятия не проводилась последние два месяца.

В детском отделении Центра при постановке клинического диагноза с 2006 г. учитываются данные, получаемые с помощью опросников, верифицированных на кафедре детской речи в РГПУ им. А.И. Герцена г. Санкт-Петербурга [16].

Важным информативным показателем для дифференциальной диагностики оказалась способность к обучению чтению [28] Стимулирование появления речи с помощью обучения чтению является обязательным компонен-

том логопедических занятий как на основном курсе, так и на ОДК. Это направление в дефектологии, использование которого дает многократно более эффективную активизацию речи, включено в нейрореабилитационную программу Центра в дополнение к традиционным методам с 1993 г.

Основные направления динамических наблюдений, положительные изменения

Эмоционально-поведенческие реакции, в том числе коммуникативные:

- привлекает к себе внимание в адекватной форме;
- выражает понятным образом свои намерения, желания;
- прекращает действия по инструкции (например, перестает шуметь);
- адекватно выражает радость, огорчение;
- проявляет симпатию к посторонним;
- способен контактировать со сверстниками, членами семьи, другими взрослыми;
- реагирует на обращение по имени (поворачивает голову в сторону зовущего, подходит и т. д.);
- начинает откликаться на имя;
- способен поздороваться, попрощаться;
- реагирует на протянутую руку.

Понимание:

При выполнении так называемых базовых команд:

- берет вещи по инструкции;
- подает по просьбе знакомые предметы;
- выполняет требования, просьбы, поручения: *возьми, садись, закрой глаза, убери, положи на место.*

Команды на занятиях по логоритмике: *начали, стоп, закройте глаза, постройтесь по росту, встаньте парами, все идут по кругу.*

В настольных играх: *Кто начинает? Чей ход? Кто теперь ходит? Ты выиграл. Твоя очередь.*

Соотносит названия предметов с самими предметами.

Способен не только **идентифицировать одинаковые** изображения при игре в лото, но и успешно выполняет задания на **установление соответствий** (например, малышу – соска, зайцу – морковка; космонавту – ракета, пожарному – шланг).

Формируется совместная игровая деятельность, в том числе усваивает правила дидактических игр.

Появление коммуникативных жестов:

- владеет указательным жестом;
- пользуется жестом «Дай»;
- умеет адекватно выражать отказ с помощью жеста;
- использует жест прощания;

- использует жест приветствия.

Экспрессивная речь:

- осмысленно повторяет услышанное;
- активно повторяет за взрослым слова и словосочетания, звукоподражания;
- имитирует звуки, слоги, слова, цепочки слов;
- называет себя по имени;
- освоены наименования некоторых предметов и действий;
- осуществляет речевое общение на основе минимального количества необходимых языковых операций.

Способность к произвольной невербальной деятельности. Для ее оценки мы используем музыкальные сценки (авторы фонограмм Е. Железнова и С. Железнов), где много заданий, развивающих как общую и мелкую моторику, так умение выполнять инструкции. Например, загляни под стол (в поисках зайца); пошевели пальцами рук (как краб клешнями).

Чувство юмора: способен лукавить, улыбаться или начинает смеяться над тем, что может вызывать смех; нелепости вызывают улыбку.

Мы фиксируем также: насколько проявляет интерес к занятиям; какие задания вызывают наибольшие трудности; усидчивость и работоспособность; насколько быстро переключается с одного вида деятельности на другой; способность к переносу полученных навыков.

Уровень необходимой помощи: пассивное выполнение; с частичной поддержкой; согласно пошаговой инструкции; полностью самостоятельно.

На групповых занятиях отмечается следующая положительная динамика: ориентируется в ситуации занятия; реагирует действием или репликой; способен вовлекаться в игры; ждет, пока настанет его очередь.

Отмечаем также, не нарушается ли понимание *при убыстрении темпа речи*.

Записываются и анализируются факты речи, позволяющие судить о характере и степени выраженности СНРР.

Проводится анализ, позволяющий судить об эффективности тех или иных ***методических приемов***, оцениваются ***дидактические пособия и стимульные материалы***.

Качественный анализ выполнения заданий при обучении чтению - основной критерий оценки познавательного развития детей. Именно при наблюдении за процессом усвоения дидактических материалов (запоминание карточек, выполнение бланковых заданий) можно было видеть, насколько быстро ребенок понимает инструкцию, включается в задания, насколько устойчиво у него внимание, легко ли переключается с одного на другое, способен ли к переносу полученных знаний, каков оптимальный уровень требующейся ему помощи. Мы также отмечаем адекватность поведения, умение контролировать себя, замечать и исправлять ошибки, особенности мотивации. ***Способность к обучению чтению*** оказывается одним из самых весомых аргументом для дифференциации УО от других нарушений психического

развития.

Положительная динамика в познавательном развитии ребенка **позволяет исключить диагноз «УО».**

Диагноз «ДА» снимается, если:

I. Появляются:

- взгляд в глаза собеседника;
- осмысленность деятельности;
- любопытство;
- элементы исследовательского поведения;
- жесты;
- интонационное оформление лепета;
- коммуникативная окрашенность интонаций;
- сопереживание;
- чувство юмора.

Обобщая приведенные характеристики, можно сказать, что если в какой-то степени ребенок делается собеседником (несмотря на минимальное количество языковых средств), то это объективно свидетельствует о его способности к социальному взаимодействию.

II. Начинают формироваться:

- адекватное эмоциональное реагирование;
- элементы мотивации к познавательной деятельности;
- бытовые навыки;
- концентрация совместного внимания – до 15-20 минут.

III. Дети принимают ситуацию выбора.

IV. Исчезают стереотипии.

Отдельно остановимся на явлении эхолалии. Хотя к концу первого года лечения этот симптом исчезает практически у всех детей, его возврат достаточно часто наблюдается в случаях постинфекционной или сезонной астенизации или переутомления. Эхолалии окончательно пропадают лишь через три-четыре года курсового лечения.

В ходе занятий по обучению чтению детей с **СНРР** мы могли наглядно видеть зарождение речи, процесс ее активизации. Наблюдая, как логопед артикулирует, произнося написанные слова и слоги, дети начинают шевелить губами в процессе чтения, пытаются проговорить читаемое. Приблизительно через полмесяца после появления первых слов все дети начинают использовать новоприобретенные навыки и в других ситуациях речевого общения, а не только во время обучения чтению.

В случаях **подтвержденного диагноза «ДА»** в процессе обучения чтению дети проявляли сверхувлеченность дидактическими материалами, стереотипный интерес к буквам. Даже научившись глобально прочитывать несколько слов, они никогда не использовали их для коммуникации. В то же время надо отметить, что у некоторых детей на занятиях по обучению чте-

нию начали появляться элементы эмоционально-окрашенных реакций (жесты, возгласы) на иллюстративный материал в нашем букваре, положительное отношение к занятиям.

У отдельных детей наблюдалась некоторая положительная динамика. Это дети, которые находились в более благоприятной микросоциальной среде и родители которых стали активными равноправными партнерами в общем комплексном коррекционном воздействии.

Результаты.

1. *Статистически достоверные результаты дифференциальной диагностики детей, поступивших на ориентировочно-диагностический курс в связи с отсутствием вербального общения:* в результате прохождения ОДК у 97% обратившихся детей предварительный диагноз «УО» был снят [11]. Результаты дифференциальной диагностики на ОДК были подтверждены катamnестическими данными. Длительность катamnестического наблюдения составила от 1 года до 5 лет после окончания нейрореабилитации.

2. *Верифицированные данные ОДК по проведению дифференциальной диагностики:* диагноз «ДА» был снят в 90% случаев.

Экспрессивно-рецептивная афазия развития диагностирована: у 32 детей (68,1%) через 6 месяцев; у 10 (21,3%) через 12 мес.

Подтвержден предварительный диагноз ДА у 5 чел. (10,6%).

Результаты динамики появления новообразований и купирования общих клинических проявлений представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Общие клинические проявления	Динамика появления новообразований и купирования общих клинических проявлений							
	СНРР (%)				ДА (абсол. числа)			
	60 дней	120 дней	180 дней	360 дней	60 дней	120 дней	180 дней	360 дней
появление речевых форм	31,9	17	19,2	21,3	0	0	0	1*
появление коммуникативных реакций	25,6	55,3	6,4	2,1	0	0	1**	1***
купирование психомоторного возбуждения	27,7	48,6	19,1	0	0	0	1	1
купирование «манежного поведения»	17	57,9	21,3	0	0	0	1****	1*****
купирование стереотипий	6,4	34	29,8	19,2	0	0	0	1
купирование эхолалий	4,3	8,5	55,3	21,3	0	0	0	1

* – до 10 слов; ** – формальные и кратковременные реакции; *** – реакция на обращение; **** – проявления стали значительно реже; ***** – снизилась интенсивность.

Представленные наблюдения достоверно показали необходимость предложенной системы фиксации диагностически значимых показателей для дифференциальной диагностики УО, ДА и СНРР у детей с отсутствием вербального общения; обязательного отражения в предложенной системе адекватной оценки изменений, происходящих с ребенком в условиях длительного динамического наблюдения.

Очевидно, что эта оценка нужна не только для диагностики, но и для разработки основных направлений коррекционно-развивающего воздействия для конкретного ребенка.

Выводы. Т. о., сопоставление приведенных данных исследования достоверно показало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения предложенной медико-психолого-педагогической коррекционной программы для дифференциальной диагностики ДА, УО и специфического СНРР по типу афазии развития. В дальнейшем, как показали катamnестические данные, 42 ребенка, у которых не подтвердился диагноз ДА, были успешно интегрированы в микро- и макросоциум.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. // Журн. невропатол. психиатр., 1974; 74 (Вып. 10): 1538–42.
2. Башина В. М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 236 с.
3. Башина В.М., Красноперова М.Г. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика // Психиатрия и психотерапия, Т. 6, № 1, 2004.
4. Башина В.М., Симашкова Н.В. Исцеление: Альманах. - М., 1993; вып. 1. - С. 154–60.
5. Белоусова М.В., Прусаков В.Ф., Уткузова М.А. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача / Сб. трудов «Практическая медицина. Неврология», № 6 (09), 2009. - Казань, 2009.
6. Бенилова С.Ю. Самооценка и мотивация активной интеллектуальной деятельности у ребенка / Теория деятельности: фундаментальная деятельная наука и социальная практика (к 100-летию А.Н. Леонтьева). Материалы международной конференции 28–30 мая 2003 г. / Под. общ. ред. А.Н. Леонтьева. - М., 2003. - С. 27–29.
7. Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2004. - 24 с.
8. Бенилова С.Ю. Анализ клинико-анамнестических данных при дисфазии и афазии развития у дошкольников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. -2008 (8), № 2. - С. 42 - 54.
9. Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р., Руднева О.В. Эмоционально-поведенческие нарушения у детей с расстройствами развития речи // Логопедия сегодня. - М., 2009.
10. Бенилова С.Ю., Кузьменко Л.Г. - Новый подход к лечению дисфазии и афазии развития у детей дошкольного возраста / Лечащий врач, № 8, 2006.
11. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С. Ориентировочно-диагностический

курс медико-педагогического воздействия для детей с тяжелыми речевыми нарушениями // Дефектология. – 1999, № 6. – С. 3-8.

12. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С. Дифференциальная диагностика детского аутизма и афазии развития / Сб. Материалов конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии». Киров, 2008.

13. Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш., Горбунова З.Х. и др. Место атипичных нейрорептиков в реабилитации детей с аутизмом в рамках системного подхода // Психиатрия и психофармакотерапия, Том 9. – № 3, 2007.

14. Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Мастюкова Е.М. Логопедия. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – 384 с.

15. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты. – СПб., 1998 (по материалам сайта <http://www.autism.ru/read.asp?id=61&vol=36>).

16. Елисеева М.Б. Родителям малышей о диагностике речевого развития // Дошкольная педагогика, 2007, № 7 (40). – 2008, № 3 (44). – М., 2008. – С. 9-19.

17. Забрамная С. Д. Психолого-диагностическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. – М., 1995. – 112 с.

18. Кириченко Е.И. Недоразвитие речи у детей / Вопросы клиники и дифференциальной диагностики алалии / Учебное пособие. – М., 1977. – 12 с.

19. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

20. Козловская Г.В. Нарушения речи, специфические для раннего онтогенеза / Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 1999. – С.3 50–351.

21. Лубовский В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития // Дефектология. – 1994, № 1. – С. 30-36.

22. Маркова Е.М., Лидерс А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. – Петрозаводск, 1992. – 180 с.

23. Матвеева Н.А., Леонов А.В. Гигиенические вопросы реабилитации детей с нарушениями речи / Гигиена специальных учреждений для детей с отклонениями в состоянии / Сб. науч. тр. – Л., 1990. – С. 6–12.

24. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств / Пер. на русс. яз. под ред.: Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайн, 1994. – 304 с.

25. Ньюкиктъен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 1: концепция и клинические аспекты // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – Т. 93. – № 4. – С. 88–92.

26. Ньюкиктъен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 2: современные представления о нейробиологических механизмах // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – Т. 94. – № 1. – С. 79–84.

27. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро, 1997. – 496 с.

28. Резниченко Т.С. Обучение чтению как средство коррекции системных нарушений речи у дошкольников: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М.,

2007. – 22 с.

29. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / Пер. с чешск. В.В. Язвикова. – М.: Медицина, 1986. – 255 с.

30. Семаго М.М., Ахутина Т.В., Семаго Н.Я. и др. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов / Под общей редакцией М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 1999. – 138с.

31. Сухотина Н.К. Состояние здоровья учащихся начальной школы / Охрана психического здоровья и подростков / Материалы IV съезда педиатров России, Москва, 17–18 нояб. 1998. – М., 1998. – С. 89.

32. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.

33. Campbell M, Schay J. Pervasive Developmental Disorders / Comprehensive Textbook of Psychiatry. – 6th ed. (Eds. H.I.Kaplan, B.J.Sadock. – Baltimore.-Williams and Wilkins, 1995; 2: 2277–93.

34. Eisenmajer R, Prior M, Leekam S, Wing L et al. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1523–31.

35. Gillberg C. Brain disfunction 1990; 3: P. 249–60.

36. Gwerder F. Das Syndrom der leichten fruehkindlichen Hirnschaedigung. - Bern. – 1976. – P. 74–76.

37. Krevelen van Arn D. // Acta Paedopsychiatrica, 1963; 30 (9–10): 303–23.

38. Rutter M. The treatment of autistic children // J.Child Psychol. Psychiat 1985; Vol. 26.

39. Schopler E, Reichler RJ. Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children. Vol.1. Psychoeducational Profile, 1979. Univ. Park Press, Baltimore, 15–108.

40. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. The Children Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services. 1988; 1–6.

41. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R. Dev Med Child Neurology 1989; 31: 709–20.

42. Trevarthen G., Aitken K., Papoudi D., Robarts J. Children with autism. London, 1996.

Т.В. Ковалева

ИЗ ОПЫТА ИЗУЧЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ СТРОИТЕЛЬНОГО КОЛЛЕДЖА С ОБЩИМ ПСИХОФИЗИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Специализированное коррекционное подразделение Строительного колледжа № 26 (Москва).

Одной из актуальных проблем психологии является изучение самосознания детей и подростков с ограниченными возможностями, воспитывающихся в интернатных учреждениях. Исследование этой проблемы дает обширный материал для понимания личности подростков, что необходимо для последующе-

го интегрирования их в общество. На рубеже XX – XXI вв. российское общество столкнулось с серьезной проблемой – ростом количества детей, оставшихся без попечения родителей. По данным средств массовой информации, еще в 2002 г. мы превысили уровень сиротства после Великой Отечественной войны, когда без родителей на весь Советский Союз остались 678 тысяч детей. В настоящее время в России детей без родителей насчитывается больше 800 тысяч. На фоне небывалого демографического кризиса (в 1991 г. в России было 40 152 440 детей, а в 2008 г. их осталось 27 миллионов, убыль (по самым разным причинам) числа несовершеннолетних составляет 13 миллионов) отмечается рост количества детей, оставшихся без попечения родителей. Каждый год в стране выявляется почти 120 000 детей-сирот. Примерно 80% из них относятся к категории социальных сирот, т. е. оставшихся без семьи при живых родителях. Последствия ранней депривации приводят к тому, что данная категория подвержена социальным рискам в большей степени, чем их «домашние» сверстники: 40% детдомовцев во взрослой жизни становятся алкоголиками, наркоманами, совершают преступления. В 2009 г. 15 тысяч детей и подростков оказались втянутыми в преступные сообщества и совершили преступления. При этом предрасположенность к нарушению общественных норм определяется как результат действия целого ряда «факторов риска» – физических и психологических. Среди воспитанников интернатных учреждений немалую часть составляют дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья. По данным Росздрава, у 64% детей, поступающих в дома ребенка, обнаруживаются осложнения внутриутробного развития, у 10% – врожденные или наследственные заболевания. 30–40% детей поступают из семей алкоголиков, 50% – от матерей и 13% – от отцов, больных туберкулезом, сифилисом, диабетом или имевших психические заболевания. Отставание в физическом развитии наблюдается почти у половины сирот.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о своеобразной, качественно иной картине личностного развития ребенка-сироты, о его отличии от ребенка, воспитывающегося в семье. Выпускники специальных (коррекционных) учреждений образования (VIII вида) не только не избегают **трудностей социальной адаптации**, но и испытывают значительные затруднения в установлении социальных контактов, организации независимого жизнеустройства, связанные с **недостаточным развитием самосознания, отсутствием субъектной позиции по отношению к собственной судьбе**. Поэтому вследствие перечисленных причин и психофизических особенностей они нередко становятся легкой добычей криминальных структур, **склонны к суицидам, иным формам отклоняющегося поведения** в большей степени, чем другие категории сирот. Исследования медиков и психологов показали: один месяц пребывания ребенка в сиротском учреждении тормозит его развитие на три месяца. Дальнейшее пребывание лишь увеличивает отставание. Заторможенность в интеллектуальном и психологическом развитии наблюдается даже у тех детей, которые до приюта были совершенно здоровыми и развивались с опережением сверстников.

По данным И.А. Коробейникова [3], отмечается неправомерная поста-

новка диагноза «умственная отсталость» многим детям из сиротских учреждений, т. к. этот диагноз не учитывает роль социальной депривации этих детей и ее влияние на интеллектуальное развитие. Преувеличение роли биологических факторов в формировании умственной недостаточности и недооценка психосоциальных влияний были характерны для отечественной науки на протяжении многих лет. Многие дети, которые переводились во вспомогательные школы прежде всего из-за их психопатоподобного поведения и речевого недоразвития, формирование которых, в свою очередь, связано с неблагоприятными психосоциальными (неблагополучная семья, трудности усвоения школьной программы на фоне педагогической запущенности и т. д.), а не биологическими факторами. Как показывают исследования профессиональных замещающих семей, многие дети из сиротских учреждений, имевшие диагноз «умственной отсталости», после продолжительного пребывания в приемной семье смогли пойти в обычную школу. Данная точка зрения имеет право на существование, хотя и является спорной. Утверждать, что диагноз «умственная отсталость» поставлен неправомерно мы, конечно, не будем, т. к. на протяжении долгих лет пребывания в детских домах дети-сироты проходят комплексное медицинское обследование и находятся под наблюдением различных специалистов. Однако уже давно установлено, что вне зависимости от психосоматического статуса ребенка пребывание в интернатном учреждении оказывает негативное влияние на формирование личности.

Известно, что алкоголизм родителей – одна из основных причин «социального сиротства» и нередко приводит к рождению детей с аномалиями развития, поэтому немалую часть воспитанников интернатных учреждений составляют дети с общим психофизическим недоразвитием, имеющие особые образовательные потребности (их помещают в специализированные (коррекционные) детские дома и школы-интернаты VIII вида).

По данным различных исследований, основными причинами, приводящими к возникновению интеллектуальных нарушений являются:

- алкогольная, наркотическая и лекарственная интоксикация плода на ранних этапах онтогенеза;
- наследственность (до 75% всех случаев умственной отсталости);
- инфекционные заболевания матери в период беременности (краснуха, эпидемический паротит, грипп в первом триместре беременности и т. д.);
- профессиональные химические или физические воздействия на будущих мам;
- длительная гипоксия во внутриутробном периоде или асфиксия во время родового акта;
- нейроинфекции в первые годы жизни (менингиты, энцефалиты и т. д.).

Благодаря комплексному сопровождению специалистами, своевременному корригирующему обучению и воспитанию после окончания специализированных (коррекционных) учреждений воспитанники успешно справляются с бытом, могут заниматься профессиональной деятельностью, продолжать обучение в учреждениях начального профессионального образования.

В последние годы все большую значимость в происхождении патоло-

гии детей-сирот с нарушением интеллектуального развития приобретают алкогольная, наркотическая и лекарственная интоксикация плода на ранних этапах онтогенеза. Злоупотребление психоактивными и химическими веществами уже во внутриутробном периоде приводит к патологической зависимости ребенка от этих препаратов, и, как следствие, к интеллектуальной неполноценности в постнатальном периоде. Появлению на свет таких детей нередко предшествует вынашивание нежелательной беременности, которое может приводить не только к попыткам избавиться от плода, отказом от новорожденного, но и появлению «скрытого сиротства» в семье, где с момента появления ребенка игнорируются его потребности, отмечается нежелание заботиться о ребенке, проявляется насилие по отношению к ребенку в самых различных формах (физическое, сексуальное, моральное подавление либо игнорирование, эмоциональное безразличие), которые в конечном итоге являются причинами изъятия ребенка из семьи и помещения в интернатное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Негативное отношение к ребенку в семье, игнорирование его жизненно важных потребностей, жесткость и пренебрежение оказывают колоссальное влияние на его самоотношение и самосознание. Е.Т. Соколова [2] показала, что при личностных расстройствах *грубые нарушения самосознания* выступают в виде неустойчивого, диффузного образа Я, деструктивного внутреннего диалога и являются *последствием травматического опыта и нарушенных отношений со взрослым на ранних этапах развития*.

Воспитание в условиях интернатного учреждения приводит к деформации образа «Я». Микросоциум интернатного учреждения имеет свою специфику, к которой воспитанники вынуждены адаптироваться после изъятия из семьи, однако развитие личности должно осуществляться не в условиях приспособления ребенка к требованиям окружающей среды, а **в условиях его постоянной творческой активности, направленной на перестройку и окружающей его среды, и самого себя**. Социальные условия в детском доме отличаются от семейных, они иначе влияют на формирование личности ребенка, у которого ниже уровень интеллектуального развития, беднее эмоциональная сфера, воображение, значительно позднее и хуже формируются навыки самоконтроля.

Недоразвитие внутренних механизмов опосредования воспитанников школы-интерната компенсируется формированием различного рода защитных образований, когда вместо творческого мышления развивается классификационное, вместо становления произвольности поведения - ориентация на внешний контроль, вместо умения самому справиться с трудной ситуацией – тенденция к аффективному реагированию, обиде, перекладыванию ответственности на других. Наблюдение за воспитанниками, беседы с ними выявили, что для них часто важнее, даже более ценным бывает умение не проявлять себя, свою личность, а «спрятать» ее, стать незаметным, таким «как все». Все эти личностные деформации указывают на то, что самосознание подростков-сирот искажается в процессе институционального воспитания либо претерпевает грубые деформации, что, несомненно, сказывается на формировании

всей личности в целом.

Когнитивный компонент самосознания подростков-сирот отличают трудности в описании себя, что выражено в меньшем количестве даваемых определений, а также негативном и противоречивом их характере: с одной стороны, они оценивают себя как самоуверенных, эгоистичных, ориентированных на себя с выраженным чувством превосходства, а с другой – как уступчивых, подчиняемых, несамостоятельных, зависимых от окружающих людей и социальных норм. На поведенческом уровне это проявляется в соперничестве, стремлении к доминированию, совершении поступков только ради собственной выгоды и в тоже время в следовании за лидером, склонности перекладывать ответственность, ориентации в совершении действий на мнение окружающих, поиск одобрения, поддержки и опеки. Эмоциональный компонент самосознания подростков, лишенных родительского попечительства, отличается дизадаптивными переживаниями неуверенности в себе, вины, стыда, эмоционального дискомфорта, нестабильностью эмоционального состояния, а также неоднозначностью по отношению к себе как к будущему отцу/матери. Большинство подростков, лишенных родительского попечения, по сравнению с подростками из полных семей, имеет более низкий уровень самооценки. Они ощущают слабость своего Я, переживают сомнение в возможности вызывать уважение и симпатию со стороны окружающих, неуверенны в собственных силах. Для них характерна вера в подвластность своего Я внешним обстоятельствам. Подростки из детских домов склонны переносить ответственность за происходящее с ними на обстоятельства и на других лиц. Собственная личность воспринимается ими как нечто не особо ценное, глубокое, духовное, нечто не заслуживающее внимания. Они не испытывают интереса к своему внутреннему миру. К тому же наблюдаются сниженное чувство симпатии к себе, неприятие себя со своими недостатками, а также отмечается отсутствие тенденции к изменению себя в будущем.

Мы провели в 2007–2008 гг. исследование самосознания подростков-сирот с нарушением интеллекта в условиях специализированного коррекционного подразделения Строительного колледжа № 26. В исследовании приняли участие 24 обучающихся 2 курса в возрасте 18–20 лет. До поступления в колледж все они воспитывались в условиях специализированных (коррекционных) школ-интернатов и детских домов VIII вида.

Для изучения самосознания нами были использованы методики личностного дифференциала (ЛД), методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, опросник Розенберга. Результаты исследования по методике (ЛД) представлены в табл. 1.

Анализ данных, представленных в таблице, показывает, что обучающиеся в колледже подростки-сироты с нарушением интеллекта при самооценивании своих индивидуальных особенностей выделяют у себя в качестве наиболее выраженных такие качества, как открытость, отзывчивость, дружелюбие, самостоятельность, общительность. Именно эти качества, возможно, представляются наиболее значимыми, наиболее важными в представлении подростков о своих индивидуальных особенностях.

Таблица 1.

Раздражительный	0,6
Самостоятельный	2,2
Честный	1,0
Общительный	2,0
Уверенный	1,6
Дружелюбный	2,1
Суетливый	1,9
Напряженный	0,6
Справедливый	1,5
Энергичный	2,0
Решительный	1,8
Отзывчивый	2,2
Деятельный	1,5
Независимый	1,2
Добрый	1,7
Открытый	2,1
Упрямый	0,8
Добросовестный	1,7
Разговорчивый	1,2
Сильный	1,5
Обаятельный	1,2

Возможно, здесь ярко выражена специфика социальной ситуации развития – множественность контактов, очень интенсивное общение со сверстниками и сотрудниками учреждений интернатного типа. Умение общаться становится одной из наиболее важных личностных характеристик, позволяющих успешно приспособляться в социуме. Однако, в сознании выпускников интернатных учреждений отмечается некоторая двойственность – уверенно они общаются только со «своими», т. е. с подростками, имеющими сходный социальный статус, и сотрудниками учреждений, которых хорошо знают. Четкая градация «свои-домашние» присутствует в высказываниях и оценках. Развитые коммуникативные качества подростка, проявляющиеся в условиях интернатного учреждения, дают уверенность при самооценивании, однако не позволяют избежать проблем в общении с окружающими вне стен сиротских учреждений – недоверие, напряженность и враждебность становятся отличительными чертами выпускников.

Средние значения факторов оценки (11,1), силы (8,1) и активности (7,4) показывают, что в наибольшей степени у данной категории обучающихся выражен фактор оценки, в меньшей – фактор активности. Это означает, что испытуемые при оценке своей экстравертированности, волевых качеств и привлекательности в наибольшей степени выделяют привлекательность. Для них представляются очень важными черты привлекательности и симпатии. 73% подростков-сирот высоко оценили свою привлекательность, т. е. принимают себя как личность, на фоне недостаточной критичности. Среднее (79%) и низкое (21%) значение фактора активности показывает, что черты энергичности и деятельности у подростков-сирот выражены недостаточно. Возможно, данный фактор указывает на определенный социальный инфантилизм, который проявляется в пассивности и отсутствии мотивации к деятельности. С другой стороны, мы знаем, что стойкое нарушение познавательной деятельности накладывает отпечаток на всю личность и проявляется в том числе как нарушение эмоционально-волевой сферы. Подростки с нарушением интеллекта чрезмерно подвержены чужому влиянию, внушаемы, а социальные условия интернатного учреждения формируют «привычку жить по указке», соответствовать четко отлаженному механизму внутреннего распорядка и

проявлять активность в минимальной степени и в строго очерченных рамках.

Для изучения самооценки нами использовалась методика Дембо-Рубинштейн, которая основана на непосредственном оценивании (шкалировании) ряда личностных качеств, таких как здоровье, способности, характер и т. д. Обследуемым предлагалось на вертикальных линиях отметить уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний.

Таблица 2.

Средние значения самооценки по шкалам.

	Здоровье	Ум	Характер	Авторитет	Терпимость	Внешность	Уверенность в себе	Общая самооценка
Значение по шкалам	78,4	71,2	67,3	71,2	78,3	80,7	85,0	76,4

Как мы видим, не выявлена заниженная самооценка ни по одному из параметров. Адекватный уровень самооценки выявлен по параметрам «ум», «характер», «авторитет». Завышенная самооценка по шкалам «здоровье», «терпимость», «внешность», «уверенность в себе» и завышенный уровень общей самооценки и переоценка собственных возможностей характерны для старшеклассников специальных (коррекционных) школ VIII вида. Большинство испытуемых (71%) имеет завышенную самооценку, остальные (29%) адекватно оценивают себя.

Как следует из табл. 3, наибольший уровень притязаний испытуемые проявляют в отношении таких качеств, как уверенность в себе и внешность. Очевидно, именно эти качества представляются наиболее важными для подростков-сирот с нарушением интеллекта. Внешняя привлекательность представляется более важным качеством, чем, например, формирование характера или завоевание авторитета. Однако можно предположить, что такие абстрактные понятия, как «авторитет», «характер» менее доступны восприятию наших испытуемых, имеющих конкретное мышление.

Завышенный уровень притязаний указывает на низкий уровень критичности к себе, что может являться как следствием умственной отсталости, так и условиями интернатного воспитания. Очень интересным представляется факт наибольшего расхождения между самооценкой и уровнем притязаний по шкале «ум». Возможно, именно на этапе перехода из закрытого интернатного учреждения в колледж и на втором году обучения (перед выходом в самостоятельную жизнь) происходит осознание определенной ограниченности собственных интеллектуальных возможностей («ум»). Желание исправления этого дефекта указывает на высокую значимость и высокий уровень притязаний данного фактора.

Таблица 3.

Средние значения уровня притязаний подростков-сирот с нарушением интеллекта.

	Здоровье	Ум	Характер	Авторитет	Терпимость	Внешность	Уверенность в себе	Общая самооценка
Значение по шкалам	95,0	91,2	83,3	82,9	87,7	95,0	97,1	90,5

По уровню эмоционального отношения к себе 21% испытуемых обнаруживает высокий уровень самоуважения, граничащий с эгоцентричностью, зазнайством, и гипертрофированное чувство собственного достоинства. 50% подростков имеют достаточно высокое самоуважение, развитое чувство собственного достоинства и принимают себя как ценность. Низкий и средний уровень имеют 14% испытуемых. Подавляющее большинство испытуемых имеет низкий уровень самоунижения, то есть отсутствие или минимальное самоунижение, у них практически не возникает чувства недовольства собой.

Все перечисленные особенности самосознания являются следствием как биологического дефекта, так и интернатного воспитания. Множественность сменяющих друг друга взрослых (которые на фоне нарушения либо отсутствия базового чувства доверия не являются источниками первичной информации о своем «Я» у воспитанников), окружение сверстников со сходным психофизическим и социальным статусом накладывают отпечаток на всю личность подростка и, в частности, на его представление о собственных возможностях. Лишенные опыта семейной жизни и семейной поддержки на ранних этапах онтогенеза, они вследствие ранней депривации испытывают значительные трудности при последующей адаптации к широкому социуму, что ведет к повышенному уровню безработицы и большому числу самоубийств среди выпускников интернатов. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. Более половины выпускников детских домов и школ-интернатов ведут асоциальный образ жизни или попадают в криминальную среду.

Поэтому изучение особенностей самосознания подростков-сирот является актуальным и практически значимым в связи с задачами разработки дифференцированных психокоррекционных программ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. И.А. Коробейников. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: Автореф. докт. дис. - М., 1995.
2. Соколова Е.Т. Общая психотерапия. - М.: Тонволо, 2001.

Е.О. Смирнова, М.В. Соколова

**ВЛИЯНИЕ ЦЕННОСТНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ
ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ НА ОТНОШЕНИЕ
РОДИТЕЛЕЙ К РЕБЕНКУ-ДОШКОЛЬНИКУ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Отношения родителей к своим детям всегда существуют в определенном социокультурном контексте, который во многом задает ценности и приоритеты воспитания детей. За последние десятилетия в нашей стране произошли существенные изменения экономического, политического и социокультурного характера. В частности, изменилось отношение государства к дошкольному детству (ликвидация дошкольного управления Минобрнауки РФ, передача дошкольного воспитания на муниципальный уровень, изменения в сроках начального обучения в школе, введение предшкольной подготовки детей с 5 лет и пр.). Отразились ли данные изменения на отношении родителей к детям дошкольного возраста, и если да, то как именно. Ответу на этот вопрос посвящена данная статья.

В 1999 г. было начато исследование, основной задачей которого было изучение динамики родительского отношения в онтогенезе ребенка. В 2008 г. было проведено обследование родителей дошкольников с использованием того же метода. Это дало возможность осуществить сравнительный анализ изменений родительского отношения к детям дошкольного возраста за последнее десятилетие.

Для изучения родительского отношения (РО) к ребенку в нашей работе использовался подход, согласно которому, отношения между людьми основаны на двух противоположных началах – **личностном** и **нормативном** (безусловном и условном). Эти два полюса присущи любым межличностным отношениям. Своеобразие и внутренняя конфликтность родительского отношения заключается в **максимальной выраженности и напряженности обоих полюсов**. В силу изначального единства, глубинной связи родителя и ребенка родительская любовь является высшим проявлением целостного, личностного отношения [1]. Она порождает устойчивую и безусловную любовь, повышенную чувствительность к состояниям и переживаниям ребенка, сильную эмоционально-аффективную связь с ним, обостренное сопереживание и сорадование. Этот аспект РО можно выразить метафорой «я люблю тебя всего, такого, какой ты есть».

Однако, по мере взросления ребенка, родители неизбежно сталкиваются с необходимостью развивать в нем определенные качества, принятые и требуемые в данном обществе. Они испытывают тотальное чувство ответственности за ребенка, за его нормальное развитие и его достижения, чувство долга перед обществом и социальными институтами, с которыми он сталкивается – детский сад, секции, кружки, школа, институт. Все это проявляется в требовательности, направленности в формировании определенных качеств, способностей, их контроле и оценке. Метафора для этого аспекта – «я хочу,

чтобы ты стал таким, как нужно (успешным, сильным, честным, умным и т. д.». Эти два полюса были названы: **нормативное начало** (в первом варианте предметное) и **личностное начало**. Если первый полюс отражает внешнюю нормативно-оценочную позицию родителя, то второй - общность, которая порождает внутреннюю связь родителей и ребенка.

Нормативное (НН) и личностное начало (ЛН) являются необходимыми структурными составляющими РО. По нашим данным (с 1999 г. обследовано около 1000 родителей), в конкретном каждом варианте РО присутствуют оба начала. Вместе с тем, соотношение данных составляющих является динамичным и подвергается частым и разнообразным влияниям, например, как следствие личностных изменений родителя или взросления ребенка.

Характер РО, который определяется преобладанием у родителя нормативного или личностного начала, определяет стиль его поведения с ребенком. Мы понимаем **стиль** не как определенную стратегию воспитания, а как сочетание различных вариантов поведения родителя, которые в разных ситуациях будут проявляться в большей или меньшей степени. Такой подход позволяет построить своеобразный профиль родительского поведения, который отражает наиболее характерный стиль воспитания как в индивидуальном случае для конкретного родителя, так и для группы родителей детей определенного возраста. Специфика родительского отношения заключается также в его постоянном изменении с возрастом ребенка и неизбежном отделении ребенка от родителей.

Характеристика метода исследования

Для изучения динамики родительского отношения была разработана анкета, позволяющая выявить степень выраженности нормативного и личностного начала, т.е. соотношение **нормативного и личностного отношения (НЛО)**. Методика позволяет также выявить преобладающий стиль родительского воспитания ребенка. Анкета построена по типу проективной методики «незаконченные предложения» [4].

Первый блок вопросов направлен на выяснение выраженности и соотношения личностного и нормативного начал РО, а также на выявление родительских ценностей, т.е. какие именно качества являются ценными и нормативными для родителей. В результате предварительного обследования были выделены следующие ценности современных родителей:

- 1) умственное развитие ребенка (любопытность, общая эрудированность, успешность на занятиях, высокий интеллект, общее развитие);
- 2) морально-нравственные качества, (честность, доброта, отзывчивость, порядочность и пр.);
- 3) общительность (положение в группе сверстников, умение общаться);
- 4) волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, способность ставить цели и добиваться своего);
- 5) произвольность (дисциплинированность, организованность, готовность к послушанию и соблюдению норм);
- 6) здоровье.

Второй блок анкеты составили вопросы, направленные на выявление **стиля воспитания** ребенка. Под стилем мы понимали определенное сочета-

ние вариантов поведения родителя с ребенком. Мы предположили, что наиболее предпочтительный и естественный для родителя вариант поведения ярче всего будет проявляться в острых, конфликтных ситуациях. На основании анализа литературных источников, опросов, бесед и тренингов с родителями мы попытались выявить как сами конфликтные ситуации, характерные для детей разных возрастов, так и типичные способы поведения родителей в них. На основе предварительных исследований были выделены семь вариантов родительского поведения (стиля).

1. Строгий – родитель действует в основном силовыми, директивными методами, навязывая свое мнение, систему требований и готовые решения ребенку.

2. Объяснительный – родитель апеллирует к здравому смыслу ребенка, прибегает к словесному объяснению.

3. Автономный – родитель позволяет ребенку самому найти выход из сложившейся ситуации, предоставляет ему максимум свободы в выборе и принятии решения

4. Компромиссный – для решения проблемы родитель предлагает ребенку что-либо привлекательное в обмен на совершение ребенком непривлекательного или необходимого для него действия.

5. Содействующий – родитель стремится помочь ребенку в конфликтной ситуации, разделить с ним его трудности.

6. Потакующий – полная ориентация на потребности и интересы ребенка, которые ставятся выше родительских

7. Ситуативный – родитель принимает соответствующее решение в зависимости от той ситуации, в которой он находится.

В предлагаемой анкете мы попытались поместить родителя в знакомую проблемную ситуацию и предложить ему описать вариант выхода из нее. Выбор конкретного варианта являлся основанием для отнесения каждого ответа к определенному стилю. Однако, характеризуя стиль воспитания в целом, можно говорить лишь об относительной выраженности (т. е. преобладании) того или иного варианта как у конкретного родителя, так и у группы родителей в целом. Такой подход позволяет построить своеобразный профиль родительского поведения, который отражает наиболее характерный стиль воспитания (в индивидуальном случае или для родителей определенной группы детей).

При ответе на вопросы анкеты родитель осуществляет выбор своей стратегии поведения. Этот выбор на основании контент-анализа соотносится с одним из семи выделенных стилей. Каждый вариант стиля «набирает» определенный процент (где за 100% принимается 12 возможных ответов).

С помощью данной методики были обследованы 5 групп родителей детей разных возрастов (младенческого, раннего, дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста). При едином методологическом подходе анкета имеет различные варианты для родителей детей различных возрастов.

Приведем примеры двух проблемных ситуаций и соответствующие ей варианты ответов:

Стили родительского поведения	<i>Что Вы будете делать, если ребенок отказывается выполнить Вашу просьбу, требование?</i>	<i>Что Вы предпримите, если узнаете, что Ваш ребенок взял чужую вещь (игрушку) без спроса?</i>
Строгий	Накажу, заставлю	Накажу, отругаю
Объяснительный	Объясню причины, почему это надо сделать	Объясню, что так нельзя, плохо
Автономный	Ничего	Сам отдаст и извинится. Сам разберется
Компромиссный	В другой раз тоже откажу ему; лишу чего-либо	Отдам (предложу взять) его вещь
Содействующий	Буду искать причину, сделаем вместе	Поговорим, найдем способ отдать и извиниться
Ситуативный	Смотря в какой ситуации	Оценю ситуацию, по-разному
Потакающий	Сделаю сам (а)	Отдам сам(а), извинюсь

Результаты исследования

Корреляционный анализ результатов, полученных в 2000 г., показал, что нормативное и личностное начала находятся в обратной зависимости друг от друга (коэффициент корреляции $-0,92$, $p < 0,01$), т. е. выделенные нами начала являются структурными составляющими родительского отношения, они являются как бы «двумя чашами одних весов»: преобладание одной из них определяет общую модальность родительского отношения [3]. Центральной задачей нашей работы было выявление соотношения предметного и личностного начала во всех возрастных группах (рис. 1).

На графике представлены данные, полученные в 2000 г. Как можно видеть, личностное начало в отношении к ребенку имеет не однонаправленную линейную динамику, а сложный, «волнообразный» путь развития. Наиболее выраженным оно является в родительском отношении к детям младенческого возраста, когда связь с ребенком проявляется максимально, а требования к нему минимальны. Уже в раннем возрасте с появлением автономности ребенка, проявляются требования родителей, и нормативное начало существенно превосходит личностное.

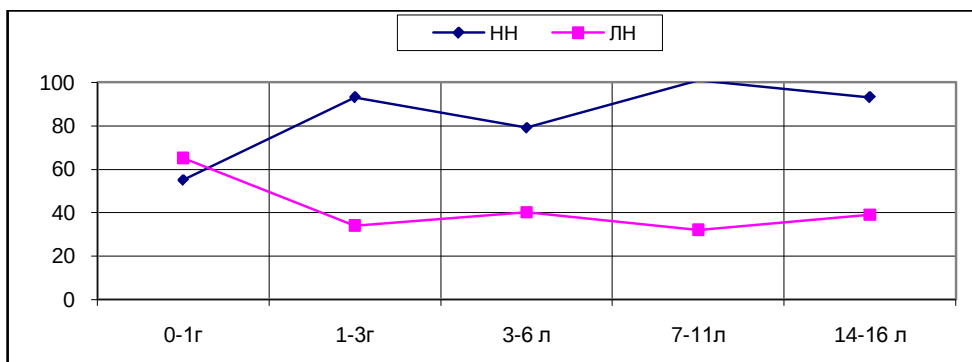


Рис.1. Динамика личностного и нормативного начала в отношении родителя к ребенку в процессе его взросления (2000г).

В контексте настоящей статьи наибольший интерес представляет дошкольный возраст. В этом возрасте личностное и нормативное начала имеют тенденцию к сближению, и в этом смысле он является одним из самых гармоничных для РО.

Серьезная перестройка структуры РО происходит в связи с поступлением ребенка в школу. В группе родителей детей младшего школьного возраста выявлено самое низкое значение личностного начала и самое высокое значение нормативного. Это наиболее проблемный возраст, когда родители видят ребенка «глазами школы». В подростковом возрасте значение личностного начала опять несколько возрастает. Вероятно, это вызвано желанием родителей сохранить ускользающую связь, общность со стремительно взрослеющим ребенком, либо связано с перестройкой детско-родительских межличностных отношений, свойственных специфике подросткового возраста. Выраженность нормативного начала во всех возрастных группах, кроме младенческого, превышает значения личностного начала (68% против 32%, т. е. в два раза). В целом в родительском отношении к ребенку преобладает оценочная позиция с ориентацией на конкретные качества и нормы поведения ребенка, которые они хотели бы видеть. Из диаграммы видно, как растет количество требований к ребенку (НН) и пропорционально уменьшается его самооценочность (ЛН).

Однако можно полагать, что особенности родительского отношения определяются не только возрастом ребенка, но и социальными установками. Как отмечалось выше, в нашей стране за последние годы произошли изменения, которые очень сильно изменили представления родителей о развитии и воспитании детей. В целом эти изменения носят положительный характер – система воспитания стала более гибкой, толерантной, индивидуально ориентированной, созидательной. Растет число родителей, которые ответственно подходят к моменту рождения ребенка – улучшают условия жизни и здоровья, проходят подготовку, в том числе психологическую, к принятию родительской роли. О важности полноценного эмоционального контакта матери и ребенка в младенческом периоде или о необходимости разнообразного сенсорного развития в раннем возрасте сейчас знает практически каждая современная молодая мама.

Однако некоторые прогрессивные новаторские течения имеют свои «подводные камни». В частности, речь идет об идеях **раннего развития детей**. Большинство таких новых методов ориентировано на более раннее освоение детьми различных умений и навыков. Сегодня детский сад (ДОУ) рассматривается как подготовительная ступень к обучению в школе. В некоторых садах наряду с навыками самообслуживания требуется знание счета и алфавита; а умение считать, читать и писать является практически обязательным к моменту поступления в школу. Современные родители (особенно в столице и крупных городах) более активны, они проявляют повышенный интерес к проблемам воспитания и развития ребенка и буквально завалены информационным потоком СМИ о пользе и необходимости раннего и всестороннего развития ребенка. Как все это отражается на отношении родителей к детям дошкольного возраста?

Сравнительный анализ результатов исследования РО в 2000 и 2008 гг.

В нашей работе был проведен сравнительный анализ отношения родителей к старшим дошкольникам в 2000 и 2008 гг. Исследования проводились в детских дошкольных учреждениях г. Москвы. Ранее в обследовании группы родителей дошкольников приняли участие 50 родителей, в 2008 г. в исследовании участвовали 114 родителей. В новом обследовании принимали участие только матери. В обоих случаях использовалась методика НЛО.

По материалам исследования 2000 г., родители 5-летних детей в большей степени отдавали предпочтение их интересам и поддержанию инициативности ребенка. Об этом свидетельствуют ярко выраженное личностное начало в РО (значительно большее, чем в других возрастах), ориентация на развитие воли ребенка и гибкий, ситуативный стиль взаимодействия с ним. Показательно, что здесь наиболее высокие значения имеет ценность волевых качеств ребенка, а преобладающим является содействующий стиль воспитания. На данном этапе родители способствуют проявлению инициативы ребенка и его самостоятельности. Напомним, что согласно периодизации Д.Б. Эльконина, дошкольный возраст – это период интенсивного личностного развития и формирования мотивационно-потребностной сферы [5]. С этой точки зрения, данные характеристики РО являются вполне адекватными для задач возрастного развития.

В сравнении с этими данными, у современных родителей старших дошкольников зафиксировано значительное **усиление нормативного начала в отношении к ребенку и ослабление личностного**. НН превышает ЛН в три раза, тогда как в конце 90-х годы превышало в 2 раза.

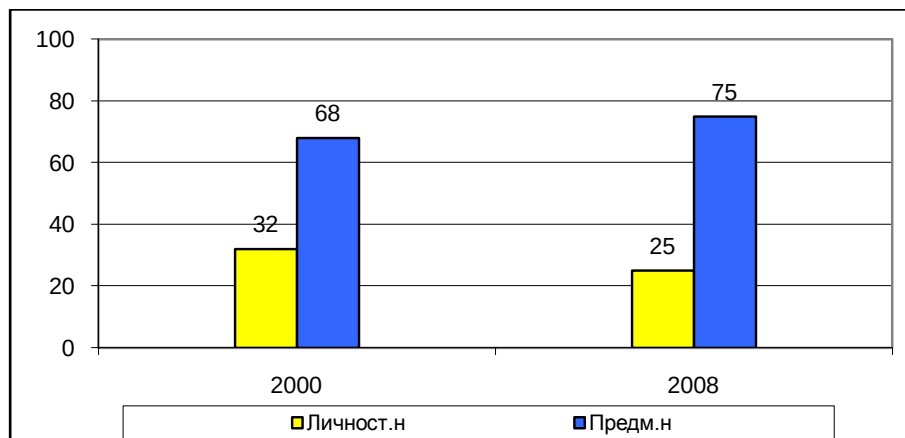


Рисунок 2.

По данным 2000 г., резкое изменение структуры РО происходит при переходе ребенка к младшему школьному возрасту. В родительском отношении к 8-летним детям на первый план выходит соответствие ребенка общепринятым нормативным ценностям, его состоятельности в школе, что воплощается не столько в требовании к интеллектуальным достижениям, сколько в повышенной ценности произвольности (дисциплинированности) и моральных ка-

честв (честность, порядочность). Эти качества особенно высоко представлены именно в группе родителей младших школьников, поскольку именно они отражают нормативную систему требований к «хорошему человеку». У родителей современных пятилеток зафиксированы именно эти особенности в отношении к ребенку. Соотношение ЛН/НН здесь практически то же, что было выявлено у родителей младших школьников 8 лет назад.

Особый интерес представляет сравнение родительских **ценностей и ожиданий**, полученных в исследованиях 2000 и 2008 гг. На рис. 3 представлено процентное соотношение показателей нормативного начала у родителей старших дошкольников в 2008 и 2000 гг. Как видно из рис. 3, сегодня структура родительских ценностей существенно изменилась. Современные родители отдают предпочтение развитию морально – нравственных качеств ребенка (36%). Интересно, что среди этой группы достаточно много формализованных ответов типа «воспитание патриота, гражданина, порядочного человека» и т. п. Достаточно высоким является показатель значимости развития произвольности (30%). Средней выраженностью обладают ценность развития интеллекта (15%) и волевых качеств (12%). Здоровье и общение выражены значительно меньше остальных характеристик (6% и 1%).

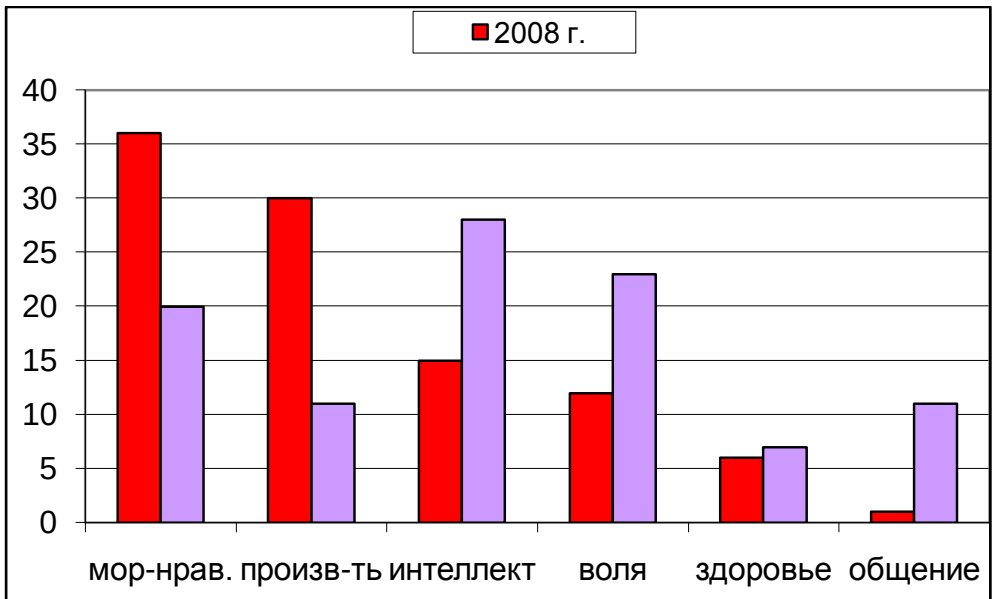


Рисунок 3. Соотношение показателей НН родителей старших дошкольников в 2000 и 2009 г.г. (в %).

Для родителей в 2000 г. основным являлось развитие умственных способностей ребенка (28%), вторыми по значимости были волевые и морально–нравственные качества (23% и 20%). Произвольность и общение имели среднюю выраженность (по 11%).

Т. о., главные изменения в отношении родителей к детям дошкольного возраста заключаются в повышении значимости моральных качеств и произ-

вольности и снижении ценности интеллекта и воли ребенка. Обращает на себя внимание также уход ценности общения со сверстниками из системы родительских представлений.

Главным результатом сравнения данных 2000 и 2008 г.г. является своеобразное смещение общей структуры родительских ценностей с дошкольного на младший школьный возраст.

Структура родительских ценностей современных родителей старших дошкольников и родителей младших школьников 2000 г. практически совпадают. Это совпадение иллюстрирует рис. 4. Как видно из рисунка, выраженность только двух из шести характеристик (общительность и произвольность) предметного начала в обеих группах родителей имеет достаточно существенные отличия. Причем, выраженность ценности произвольности (послушания, дисциплинированности) у родителей современных дошкольников значительно выше, чем у родителей младших школьников 2000 г., а ценность развития общения, столь необходимая в дошкольном возрасте для развития личности и формирования морально-этических качеств, стремится к нулю.

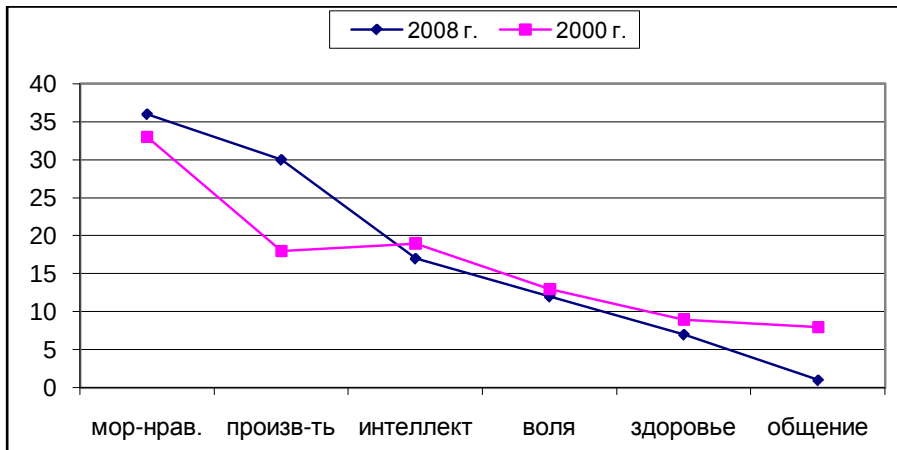


Рисунок 4. Соотношение ценностей семейного воспитания родителей старших дошкольников в 2008г и родителей младших школьников в 2000г. (в %).

Безусловный интерес представляет характеристика **стилей родительского поведения**, т. е. как именно родители достигают поставленных задач и ценностей воспитания. Результаты опроса показали следующую картину распределения стилей родительского поведения, используемых родителями старших дошкольников (рис.5).

На основании проведенного анализа выяснилось, что особенности родительского поведения с детьми также изменились. Положительной тенденцией выглядит увеличение содействующего стиля воспитания. В то же время обращает на себя внимание значительное (более чем в 2 раза) возрастание частоты использования строгого стиля (с 12 до 27%). По своей выраженности этот стиль превышает значения объяснительного и содействующего стилей у родителей в 2000 г. Практически исчезают автономный и ситуативный стили

воспитания, которые отражают гибкость родительского поведения и предоставление ребенку самостоятельности. Восемь лет назад родители прибегали к ситуативному стилю воспитания дошкольника достаточно часто (17%), в настоящее время он практически отсутствует.

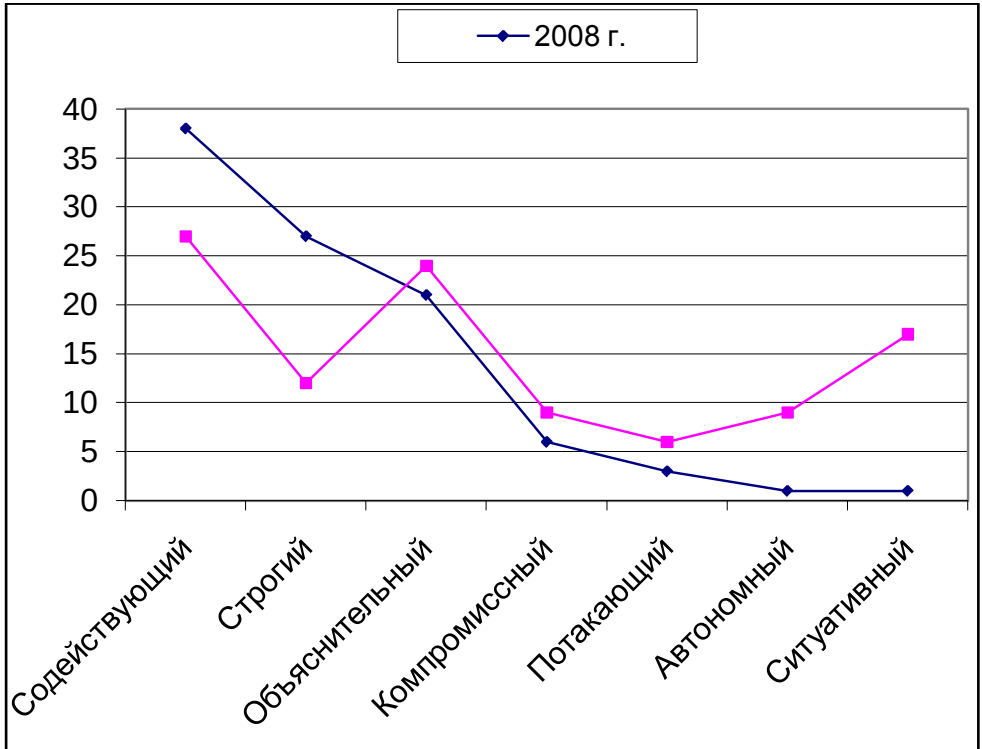


Рисунок. 5. Соотношение показателей стилей поведения родителей со старшими дошкольниками в 2000 и 2008 г.г. (в %).

Обсуждение результатов

Результаты проведенного сравнительного анализа показали, что в настоящее время отношение родителей к детям дошкольного возраста значительно изменилось. Главная тенденция этих изменений заключается в том, что **старший дошкольник** по существу воспринимается близкими взрослыми как **младший школьник**.

Родители прежде всего ориентированы на какие-либо конкретные достижения детей, которые они хотят видеть в них. Матери все чаще видят в ребенке предмет обучения и воспитания. Они фокусируют внимание ребенка на его успехах и неудачах, постоянно оценивают результаты его деятельности, сравнивают его с другими, стремятся подчеркнуть его достоинства или недостатки. Мать имеет четкий конкретный образ идеального ребенка, который становится критерием оценки реального сына или дочери. Этот образ непременно включает с одной стороны положительные моральные характеристики (справедливый, порядочный, добрый), а с другой – подчинение нормам и

правилам (послушание, уважение к старшим). У большинства родителей на первом месте стоит послушание как главное желательное качество ребенка. Характерно, что одним из ведущих стилей воспитания данных качеств является строгий (наказания, запреты, принуждения).

При такой родительской позиции дошкольник начинает переживать себя как предмет воспитания, которого в любой момент могут наказать или поощрить. Стремясь быть послушным и хорошим, он ориентируется главным образом на социальную норму, которую присваивает через оценку матери.

Т. о., на протяжении большего периода детства современные родители относятся к ребенку как к ученику, которому нужно передать огромный багаж знаний, умений, навыков. Это позволяет высказать гипотезу о смещении возрастных норм развития ребенка в родительском сознании. Система родительских требований к ребенку, адресованная раньше младшему школьнику, предъявляется сегодня к ребенку дошкольного возраста. Отсюда в динамике отношения родителя к взрослому ребенку «выпадает» дошкольный возраст – период интенсивного освоения мотивов, смыслов и задач человеческой деятельности (Д. Б. Эльконин), становления личностных механизмов поведения (А.Н. Леонтьев), развития инициативности (Э. Эриксон) и творческих способностей. Из раннего возраста (периода освоения бытовых навыков и способов действия с предметами) ребенок переходит в младший школьный (возраст освоения знаковых систем и учебных действий). Здесь налицо смыкание двух «предметных», нормативных возрастов (раннего и младшего школьного), т. е. ребенок переходит из одной «учебы» в другую. Период дошкольного детства, который, согласно исследованиям психологов, является решающим этапом формирования личности, зарождения этических инстанций, общения со сверстниками, - в родительском сознании редуцируется и вытесняется требованиями подготовки к школе.

Подобные социальные «вторжения» в жизнь семьи смещают приоритеты родителей: от нужд ребенка - к соответствию новым и новым требованиям общества. Есть и другой аспект этой проблемы. Родитель не живет с ребенком общей жизнью, не получает удовольствия от общения с ним, а постоянно и напряженно готовит его к будущим испытаниям - к поступлению в группы раннего развития, в детский сад, в школу, в ВУЗ. Дети не просто лепят из пластилина или делают аппликацию, а развивают мелкую моторику руки, не сопереживают героям сказки, а учатся читать и видеть положительные характеристики героев. Родители в большей степени устремлены в будущее ребенка, и в меньшей – живут настоящим. Во-первых, это нарушает общность с ребенком, который в силу психологических особенностей возраста в большей степени живет «здесь и сейчас». Во-вторых, задает некоторую недостижимую планку, которой нужно соответствовать, но которой соответствовать не удастся. Высокие, постоянно меняющиеся, иногда просто необъяснимые требования приема и перехода в социальных институтах детства делают семейную среду чрезвычайно напряженной. Увеличение требований, контроля и оценки в общении с матерью делает невозможным обретение твердой положительной самооценки и создание устойчивой Я-концепции. Невозможность соот-

ветствовать чрезмерным желаниям или амбициям родителей и оставаться в то же время самим собой переживается как дезинтеграция «Я». Изменение возрастных нормативов в социальных институтах детства неизбежно приводит к изменениям в структуре родительских ценностей и характере детско-родительских взаимоотношений. При этом эмоциональный контакт и общность родителей с ребенком нарушаются и зачастую подменяются формальными социальными интеракциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. – 1994, №6.
2. Смирнова Е.О. Соколова М.В. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка // Вопросы психологии. – 2007, № 2.
3. Соколова М.В. (Быкова М.В.) Особенности родительского отношения на разных возрастных этапах развития ребенка. Автореферат дисс. канд. психол. наук. - М., 2003.
4. Соколова М.В. Смирнова Е.О. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка // Психологическая наука и образование. - 2005, № 4.
5. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. – М., 1997.

Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев МЕТОДИКА РАТ: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ МЕТОДОМ СРЕЗОВ (1988, 1997, 2009 гг.)¹

НЦ психического здоровья РАМН, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

ВВЕДЕНИЕ

Изучение личностных особенностей испытуемых часто связано с применением проективных методик [1, 2]. Одной из них является Рисованный апперцептивный тест (РАТ)². Тест начал использоваться в лаборатории патопсихологии ВНИИПЗ АМН СССР в конце 1980-х годов и был включен в работу по изучению личностных особенностей и социализации детей и подростков, страдающих шизофренией. С тех пор, на протяжении 1988-2009 гг., методика РАТ успешно применялась сотрудниками НЦПЗ РАМН, а с 2007 г. и факультета Клинической и специальной психологии МГППУ в диагностических обследованиях здоровых детей и подростков в сопоставлении с ровесниками, страдающими шизофренией и другими психическими расстройствами. Т. о., на протяжении 20 лет методика применялась для разных контингентов испытуемых детско-подросткового возраста. Получен значительный массив дан-

¹ Авторы признательны С.М. Алейниковой, Л.А. Абыденковой, Е.Е. Рухловой за предоставленные материалы, А.И. Хромову – за помощь в математической обработке данных.

² Методика была предоставлена Л.Н. Собчик.

ных по ее использованию, причем в разные историко-культурные периоды российской действительности.

Статья включает анализ материалов выполнения методики РАТ здоровыми детьми и подростками в трех временных культурно-исторических срезах: 1988, 1996-97 и 2009 гг.

Первоначально РАТ предполагалось использовать для оценки личностных особенностей детей и подростков с дизонтогенетическим развитием. Исследования патологии сопровождались изучением нормативной выборки. Так сложилась уникальная возможность сопоставить данные выполнения методики РАТ, полученные методом возрастных срезов, с интервалом около 10 лет. Для нашей страны эти годы оказались настоящей «эпохой перемен», которая, безусловно, сказалась и на психическом состоянии и личностном развитии детей и подростков (независимо от состояния душевного здоровья). Учитывая значение влияния исторических изменений социальной ситуации развития (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин), мы сочли возможным провести общее сравнительное исследование по группам испытуемых, прошедших обследование по методике РАТ в трех временных срезах. Полученные данные имеют существенное значение для применения методики РАТ в клинических и психолого-педагогических исследованиях. Социально-психологическое значение материалы приобретают в контексте сопоставления диагностических материалов, выполненных по одной методике в разные исторические периоды. Основное внимание сосредоточено на подростковой выборке в группе практической нормы.

Анализировались протоколы РАТ, выполненные по одной редакции проведения методики с детьми и подростками разного возраста (от 10 до 15 лет) в разные временные периоды (с интервалом около 10 лет), в группе практической нормы.

Цель работы: анализ методики РАТ в культурно-историческом исследовании личности детей и подростков с нормативным развитием.

Задачи исследования:

- выбор для анализа сопоставляемых выборок культурно-исторических срезов наиболее информативных изображений (1, 4 и 6) и значимых слов для каждого из них;
- разработка системы качественной и количественной оценки полученных в ходе срезового исследования результатов (длина рассказов, состав частотных характеристик тематических слов в рассказах, тематика рассказов);
- частотный анализ длины рассказов по 1, 4 и 6 картинке с учетом года обследования;
- частотный анализ значимых тематических слов в рассказах по 1, 4 и 6 картинке с учетом года обследования;
- тематический анализ.

Выборки: по годам обследования испытуемых были составлены следующие выборки:

1988 г. - 68 испытуемых (36 мальчиков, 32 девочки) со средним возрастом 12,3 лет;

1996-97 гг. – 20 испытуемых (10 мальчиков, 10 девочек) со средним возрастом 13,3 лет;

2009 г. – 31 испытуемый (14 мальчиков, 17 девочек) со средним возрастом 12 лет.

Всего в анализ включены протоколы 119 испытуемых (60 мальчиков и 59 девочек) в возрасте от 10 до 14 лет.

Методы: возрастные поперечные срезы, качественный анализ тематики рассказов, элементы контент-анализа, методы математической статистики.

Методика: РАТ в варианте Л.Н. Собчик (8 картинок, по каждой испытуемые самостоятельно записывают рассказ) [5].

Параметры анализа:

- показатель величины объема рассказов – длина рассказа (количество слов);
- показатель частоты встречаемости тематических слов в рассказах по картинкам 1, 4, 6;
- степень проработанности темы (баллы по частоте встречаемости тематических слов у отдельного испытуемого: мало - 1, средне - до 3, много - свыше 4)

Все испытуемые работали, самостоятельно заполняя карточки. Для более подробного анализа и подсчета выбраны следующие три из восьми картинок.

Картинка № 1



Картинка № 4



Картинка № 6



Выбор пал именно на эти карточки, поскольку в каждой из них очевидна общая тема (или провокация определенной темы): в карточке № 1 – отношения подчинения или просьба; в карточке № 4 – эмоциональный дисбаланс и обида; в карточке № 6 – возможная агрессия [5].

На основе экспертной оценки ответов испытуемых был сформирован набор анализируемых по частоте встречаемости слов (или их фрагментов), наиболее точно отражающих содержание карточки:

- для картинки № 1 – тематические слова «**раб**», «**колени**», «**бога**» (=богач, =богатый);

- для картинки № 4 – тематические слова «**обид**» (=обида), «**ссор**» (=ссориться, ссора), «**руг**» (=ругань, =ругаться);

- для картинки № 6 – тематические слова «**бит/уби**» (=убит, побит и т. п.), «**умер/мерт/скон**» (=смерть, =мертвый и т. п.), «**драк**».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Приведем примеры рассказов 1988 г. Испытуемый мальчик 12,6 лет,

Рассказ по 1-й картинке: «Было это в древних веках. В доме рабовладельца трудились рабы. Хозяин строго следил за ними. Одни рабы хорошо выполняли работу, другие плохо. Мы видим раба, который просит прощения у хозяина. Так текла жизнь в те века». Рассказ по 4-й картинке: «В этот день у руководителей производства намечалось собрание. Все были в сборе. Наконец пришел директор. Началось собрание. Один руководитель цеха предложил новый метод работы. Директор предприятия сидит на своем стуле и обдумывает предложенный план». Рассказ по 6-й картинке: «Несколько человек хотели угнать машину и убить водителя. Действия происходили ночью. Преступники сделали свое дело, угнали машину и убили водителя. Милиция нашла убитого и обследует его. Милиционер осматривает убитого и делает нужные записи».

Приведем примеры рассказов 1996 г. Испытуемый мальчик 13 лет.

Рассказ по 1-й картинке: «Исламский султан принимает своего слугу, который принес плохую весть. Слуга сообщает ее, не смея поднять головы от пола. Он молит бога, чтобы его помиловали. А султан размышляет о поражении своего войска. Гонца скорее всего казнят, а султан может быть победит в другом сражении». Рассказ по 4-й картинке: «Здесь изображен один человек который получил ужасную весть о смерти своего брата и думает о мести за него. Второй уходит огорченным, что принес такую тяжелую весть. Они уже никогда не встретятся». Рассказ по 6-й картинке: «Два средневековых рыцаря дрались на дуэли. Один из них смог одолеть врага и убил его ударом меча. И стоит, торжествуя, над телом своего врага. Победитель думает о том, что он смог защитить свою честь, а второй думать не может, потому что он мертв. Турнир закончился, и победитель получил награду».

Приведем примеры рассказов 2009 г. Испытуемый мальчик 13 лет.

Рассказ по 1-й картинке: «Нищий просит денег у обеспеченного человека на коленях перед ним. Богатый смотрит на него. У нищего прискорбие, а у богатого веселое настроение». Рассказ по 4-й картинке: «Ученик, который сидит на стуле. Он учится средне и переживает за оценки. Он написал работу

и сдал ее учительнице и думает над оценкой. Он очень переживал из-за ответов - правильно ли он ответил на них, а отличник с гордостью пошел дальше». Рассказ по 6-й картинке: «Внизу лежит побитый человек, а на этом человеке, поставив одну ногу на его голову стоит победитель и хвастается всем вокруг».

Формат статьи не позволяет подробно качественно и количественно проанализировать приведенные примеры. Они даны для того, чтобы увидеть общие и особенные черты рассказов для каждого из культурно-исторических срезов.

Сопоставление изучаемых выборок по параметру длины рассказов (среднее количество слов, минимум и максимум) показало черты сходства и различия.

Таблица № 1.

Сопоставление выборок 1988, 1996 и 2009 гг. по количеству слов в рассказах (отдельно для мальчиков и девочек).

Год	Параметры	девочки			мальчики		
		1 картинка	4 картинка	6 картинка	1 картинка	4 картинка	6 картинка
1988	Количество ответов	32	31	29	36	35	34
	Количество слов в рассказах						
	Среднее	54,4	33,6	32,0	43,8	30,3	25,4
	минимум	10	12	12	10	9	2
	максимум	211	79	76	141	80	67
	Количество ответов	10	10	10	10	9	10
1996	Количество слов в рассказах						
	Среднее	50,6	51,8	43,4	48,6	47,2	46,8
	минимум	21	11	26	32	24	18
	максимум	94	81	85	78	87	94
	Количество ответов	17	16	16	14	14	14
	Количество слов в рассказах						
2009	Среднее	21,6	19,2	14,8	26,6	17,6	10,4
	минимум	4	3	4	5	10	2
	максимум	73	52	47	81	40	23
	Количество ответов	17	16	16	14	14	14

Как видно из таблицы, количество слов в рассказах неравномерно как по сопоставляемым карточкам, так и от года к году. Анализ среднего количества слов показывает, что самыми «многословными» во всех выборках являются рассказы к 1-й и 4-й картинкам, самыми короткими – к 6-й картинке. Эта особенность характерна для всех временных срезов. Наиболее «многословными» оказались рассказы, сделанные испытуемыми в 1996 г., а самыми «короткими» оказались рассказы 2009 г. Девочки были «многословнее» мальчи-

ков только в 1988 г., тогда как в 1996 и 2009 гг. они не различались по длине рассказов. Для всех испытуемых во всех срезах, как для мальчиков, так и для девочек, длина рассказов убывала от 1-й к 6-й картинке. Варьировала и величина максимума длины (211 слов в рассказе девочки по 1-й картинке в 1988 г.; 94 слова в рассказе девочки по 1-й картинке и мальчика по 6-й картинке в 1996 г.; 81 слово в рассказе мальчика по 1-й картинке в 2009 г.) Величина минимума длины (2 слова) совпадала для рассказов мальчиков по 6-й картинке в 1988 и 2009 гг., в 1996 г. минимум длины составил 11 слов в рассказе девочки по 4-й картинке.

Анализ частоты встречаемости тематических слов также показал как общие, так и различные характеристики материала в сопоставляемых выборках. На рис. 1-3 представлены частоты встречаемости тематических слов по картинкам 1, 4 и 6.

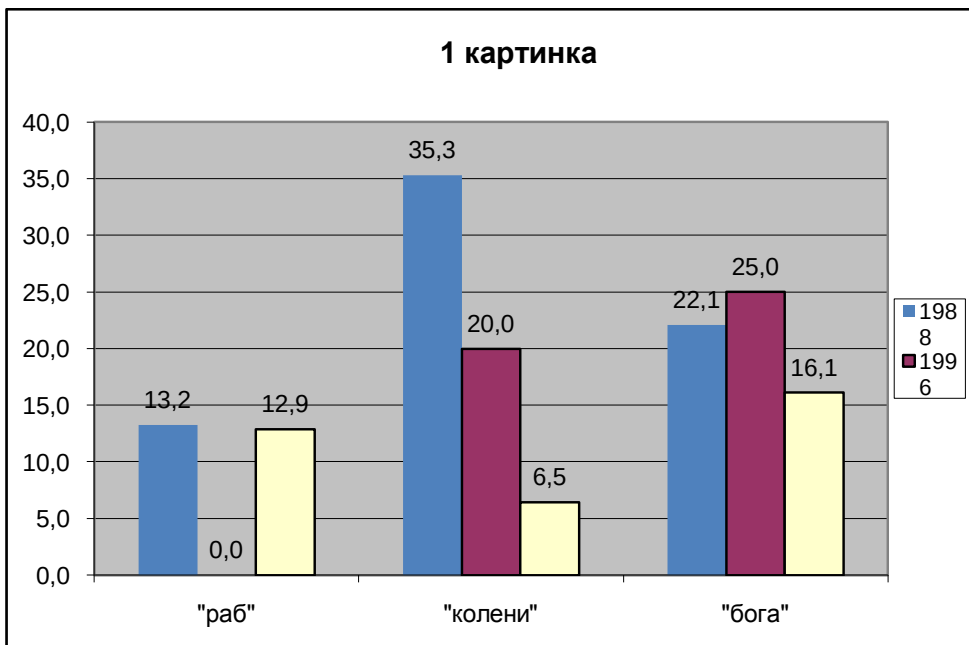


Рисунок 1. Частоты встречаемости тематических слов в рассказах по картинкам (в % от объема выборки).

Как видно из рисунка, самая большая частота употребления слова «колени» при составлении рассказов в 1988 г., далее частота встречаемости слова «колени» устойчиво снижается от 1988 к 2009 г., а частота употребления в рассказах слов с корнем «бога...» остается примерно на одном уровне - в 1988 и 1996 гг., снижаясь к 2009 г. Обращает на себя внимание отсутствие слова «раб» в рассказах детей в 1996 г.

Можно полагать, что такие изменения несут на себе отпечаток культурно-исторической ситуации соответствующих лет.

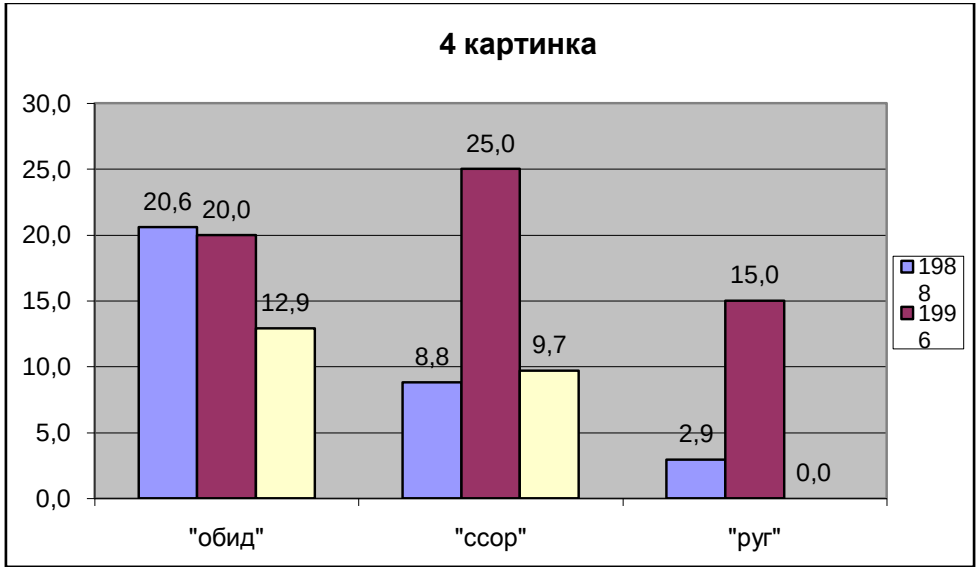


Рисунок 2. Частоты встречаемости тематических слов в рассказах по картинкам (в % от объема выборки).

Как следует из гистограммы, наблюдается снижение частоты употребления в рассказах слова «обид...» от 1988 к 2009 гг. Обращает на себя внимание всплеск частоты встречаемости слов «ссор...» и «руг...» в 1996 г. по сравнению с остальными срезами и исчезновение слова «руг...» в рассказах к 2009 г. Можно полагать, что такая частотная характеристика тематических слов в 1996 г. отражает общий уровень агрессии, который был характерен для 90-х годов.

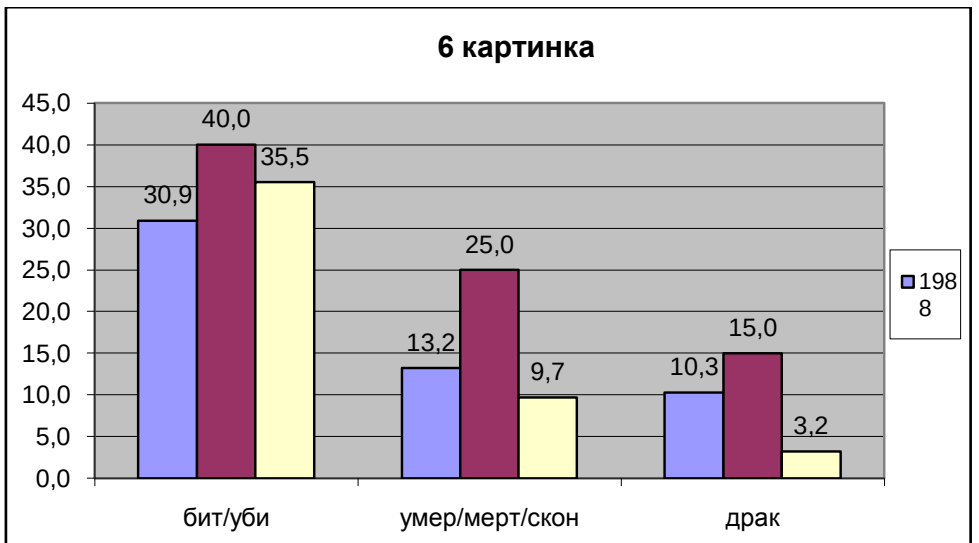


Рисунок 3. Частоты встречаемости тематических слов в рассказах по картинкам (в % от объема выборки).

Как видно из рисунка, в 1996 г. отмечается максимальная по трем срезам частота встречаемости выделенных «агрессивных» тематических слов. Частота слова «бит/уби...» во всех выборках выше, чем других тематических слов, что, по-видимому, связано с основной темой рассказов – убийством. Тематическое слово «драка» минимально представлено в рассказах детей в 2009 г.

Анализ частоты встречаемости собственно тем, а не тематических слов, проводился только по картинке № 6 как наиболее монотематической, по мнению авторов теста [4,5]. Материалы анализа тем в рассказах по 6-й картинке представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Частота встречаемости тем в рассказе по 6-й картинке (в %).

	1988	1996	2009
АЛКОГОЛЬ	2,6	3,8	0
ШУТКА	2,6	0	3
АГРЕССИЯ-БОРЬБА	5,2	3,8	6
БОЛЕЗНЬ	10,5	7,6	6
БОРЬБА-СПОРТ	10,5	7,6	3
ПОМОЩЬ	13	19	26
ДРАКА	15,7	19	17
СМЕРТЬ	15,7	7,6	6
УБИЙСТВО	23,7	27	32
НАРКОТИКИ	0	3,8	0

Как видно из таблицы, есть темы, которые являются сквозными и частотными для всех срезов, это темы «убийство» и «драка». Тема «борьба спортивная» максимально представлена в 1988 г. и снижается к 2009 г. Тема «смерть» встречается в 1988 г. чаще, чем в остальные годы. Примечательно, что тема «помощь» от 1988 г. к 2009 г. начинает встречаться чаще. Тема «болезнь» примерно с равной частотой встречается во всех выборках, немного снижаясь к 2009 г.

Показатель степени проработанности темы является не прямым; чтобы его вычислить, мы разделили всех испытуемых с точки зрения того, как часто используется в одном рассказе одно и то же слово их списка тематических. В соответствие с предложенным алгоритмом испытуемые, употребившие тематическое слово 1-2 раза относятся к категории I (упоминание, обозначение темы), до 3 раз – к категории II (легкая проработка темы), свыше 3 раз – к категории III (углубленная проработка темы). Последняя категория является самой редкой из трех, кроме того, она встречается для каждой из картинок только в 1988 г. Были получены данные по всем испытуемым по всем выборкам, но объем статьи не позволяет привести полные данные. В целом следует

отметить следующее. Предложенный нами показатель проработанности темы, по-видимому, выявляет культуральные различия и сходства: «углубленная проработка темы» встречается только в рассказах детей в 1988 г., «легкое касание темы» - типично для всех срезов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Из всего массива полученных рассказов РАТ мы произвольно выбрали рассказы, составленные по 1, 4 и 6 картинкам. Проведенный анализ рассказов, записанных детьми и подростками, учениками массовых школ Москвы и других городов России по этим картинкам РАТ в 1988, 1996 и 2009 гг., показывает, что имеются различия как по объему рассказов, так и по частоте употребления тематических слов и степени проработанности темы.

Количественный анализ – подспорье качественному. Согласно обоим вариантам анализа, в 1996 г. рассказы были максимально насыщены агрессией (что отражает социальную историческую ситуацию в нашей стране). Различие частоты употребления тематических слов мальчиками и девочками также показывает, что более грубые слова чаще употребляются в рассказах мальчиков.

Во всех временных срезах отмечается колебание объема рассказов, при этом последние срезы, особенно 2009 г., имеют тенденцию к снижению объема рассказов. Тенденция прослеживается при сопоставлении длины рассказов, предложенных одним испытуемым: первые рассказы, как правило, более длинные.

Каждый из срезов тематически отражает актуальные особенности социальной ситуации развития детей и подростков, выполнявших задание в разные годы. Важно отметить, что социальная ситуация развития имела определенную общность для всех испытуемых в одной срезовой выборке.

Беглый анализ рассказов детей и подростков, больных шизофренией, из числа проходивших стационарное лечение в НЦПЗ РАМН, показывает, что есть существенные отличия от нормы в выполнении задания: формальность описания, снижение длины, малая эмоциональная насыщенность, наличие перцептивных искажений, иной частотный тематический ряд [3].

РЕЗЮМЕ

Разработанная система качественной оценки рассказов РАТ с опорой на количественные показатели – объем рассказа, частота тематических слов, степень проработанности темы позволила сопоставить выборки здоровых испытуемых разных временных срезов. Отдельную и важную задачу представляет собой сопоставление выборок, отличающихся не только временем исследования, но и состоянием здоровья. Отобранные для пилотажного анализа картинки (1, 4 и 6) выступили как модель для сравнения уровня выполнения методики в разные периоды времени (разные исторические условия).

Обнаруженные черты своеобразия рассказов, дают основание предполагать их связь как со временем проведения диагностики (80-е, 90-е или 2000-е гг.), так и с признаками пола испытуемых.

Намечены пути дальнейшей работы - обновление математических процедур оценки, анализ всех восьми рассказов по предложенной схеме, уточне-

ние процедур содержательного анализа (способы выделения тематических слов, работа над оценкой общей тематики рассказов, филологический анализ текстов и т. п.).

Проведенное исследование показывает своеобразие и общность выполнения проективной методики РАТ детьми и подростками в разные культурно-исторические периоды и дает основание к продолжению изучения данной темы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. - М., 2001.
2. Лаак Я. Психодиагностика: проблемы содержания и методов. - М., 1996.
3. Рухлова Е.Е., Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В. Диагностические возможности применения рисуночного апперцептивного теста при работе с детьми, больными шизофренией / Материалы IV Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Киров, 22-24 сентября 2009 г. М.: ООО «ЗЕТ-СТИЛ», 2009. - С. 352-353.
4. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое руководство – Боргес, 2007.
5. Собчик Л.Н. Рисованный апперцептивный тест. - СПб.: Речь, 2007.

А.Г. Головина

ФОБИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Фобии – один из ключевых психопатологических синдромов, который может наблюдаться в любом возрасте. Их клиническое оформление и прогностическая значимость заметно различаются в зависимости от этапа развития личности [9, 13, 15]. Подростковый возраст - тот временной интервал, на протяжении которого на смену «физиологическим страхам детского возраста» [5] и патологическим синдромам страха, присущим детству, приходят более сложные фобии. Фрагментарность, полиморфизм, синдромальная незавершенность, нестабильность, изменчивость клинической картины, характерные для психических нарушений в подростковом возрасте, в значительной степени присущи и этим расстройствам. Патопластическое влияние возрастного фактора, особым образом окрашивая симптоматику, нередко дополнительно затрудняет прогностическую оценку нарушений. Несмотря на то что психопатологические феномены круга шизофрении в подростковом возрасте крайне значимы, потенциально способны искажать формирование и социальное функционирование личности, ряд аспектов остается недостаточно освещенным и дискуссионным. Во многих работах, концептуально и подробно исследующих фобические нарушения в структуре эндогенного процесса, предметом изучения оказываются взрослые пациенты, период пубертата у которых описывается ретроспективно [4, 6, 14]. Часть других [2, 8, 10, 11] объединяет данные, полученные

на материале детского и подросткового возраста. Труды же, прицельно освещающие эндогенные расстройства пубертатного периода, сравнительно немногочисленны, некоторые, ставшие классическими, созданы в конце прошлого века [7] и не отражают патоморфоза течения и клинических проявлений эндогенного процесса в последние годы. Будучи не только нозологически, но личностно и социально детерминированными, фобии претерпевают определенные видоизменения и могут наблюдаться изолированно или входить в структуру более сложных психопатологических состояний.

Целью данного исследования явился клинико-динамический анализ фобических образований, обнаруживаемых у подростков с расстройствами круга шизофрении.

Критериями включения больных в исследование были: возраст 15-17 лет, наличие в клинической картине фобических расстройств, диагностированных в соответствии с МКБ-10 (тревоги и страха, связанных с определенным объектом/ситуацией; избегающего поведения), а также наличие полной и достоверной информации о больном. Из исследования исключались пациенты с признаками злокачественного течения психических заболеваний (грубым дефектом эндогенно-процессуальной природы, органической деменцией, выраженной умственной отсталостью), тяжелой соматоневрологической патологией.

С учетом указанных критериев материал исследования составили 330 пациентов (265 юношей, 65 девушек), обращавшихся за лечебно-консультативной помощью в подростковый кабинет психоневрологического диспансера № 21 и Подростковое консультативно-лечебно-реабилитационное отделение ПБ № 15 г. Москвы в 2004-2008 гг. Нозологическое распределение больных в соответствии с категориями МКБ-10 представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение подростков с фобическими расстройствами по диагностическим рубрикам МКБ-10.

Диагноз	Число больных		Юноши	Девушки
	Абс.	%		
Органические непсихотические расстройства	100	30,0	88	12
Аффективные расстройства	41	12,4	28	13
Шизоидное расстройство личности	17	5,2	17	0
Шизотипическое личностное расстройство	48	14,5	43	5
Шизофрения	39	11,8	32	7
Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства:	42	12,7	26	16
в том числе обсессивно-компульсивное расстройство	5	1,5	5	0
Умственная отсталость	9	2,9	6	3
Другие расстройства личности	26	8,0	22	4
Эпилепсия	3	1,0	3	0
Расстройства пищевого поведения (нервная анорексия)	5	1,5	0	5
Итого	330	100	265	65

Пациенты с нарушениями шизофренического спектра, служившие объектом исследования, составили около трети всех подростков с фобиями (104 человека). Больные с манифестными и вялотекущими формами встречались в 37,5% (39 человек) из них, в 46,2% (48 человек) выявлено шизотипическое личностное расстройство, в 16,3% (17 человек) – шизоидное расстройство личности.

Фобические образования, обнаруженные у обследованных подростков, можно было подразделить на проявления шизофренического процесса (как в структуре манифестных состояний, так и вялотекущих форм), нарушения, ассоциированные с конституцией круга шизофрении, и феномены, не связанные с ведущей психической патологией.

I. Остановимся на характеристике нарушений, являющихся симптомами шизофренического процесса.

а) Фобическая симптоматика в структуре очерченных психотических/субпсихотических состояний по времени возникновения и клинко-динамическим параметрам соотносилась с закономерностями шизофренического процесса. Она появлялась в процессе развития психотического эпизода, и момент ее возникновения можно было четко идентифицировать. По мере разрешения острого состояния, параллельно с редукцией других расстройств, фобические симптомы становились менее выраженными, с минованием острого состояния исчезали или сохранялись в резидуальном виде. Фобические фабулы включали страхи зеркал, отражений (таких, как «незнакомец в зеркале»), чужого взгляда, несущего непонятную опасность, смерти, одиночества, темноты, нападения. От рудиментов бреда данные психопатологические феномены разнились наличием у пациентов элементов критического отношения к ним, ощущения эго-дистонности нарушений. Аффект страха отличался выраженностью, «всеобъемлющим» характером, остротой переживаний, напряженностью, был мучителен для больного. Быстро формировалось избегающее поведение, соотносившееся с сюжетом опасений и исчезавшее после завершения приступа.

б) В рамках вялотекущего эндогенного процесса фобии возникали преимущественно аутохтонно, их появление было немотивированным. Фабулы опасений отличались гротескностью, вычурностью, психологической необъяснимостью, несоответствием формально-возрастным критериям. По мере динамики шизофренического процесса фобические нарушения претерпевали изменения (расширялись, усложнялись), колеблясь по интенсивности в периоды эксацербаций и улучшений, на высоте ухудшения почти достигая уровня острого фобического приступа, при улучшении заметно ослабевая. Уныло-тоскливое, тревожно-взвинченное настроение, преобладавшее у подавляющего числа этих подростков на ранних этапах заболевания, довольно быстро сглаживалось, становилось монотонно-ангедоничным, невыразительным. Эмоционально нейтральное отношение к собственным страхам как к неотъемлемой составляющей повседневной жизни со временем начинало диссонировать со стойким избегающим поведением, приобретавшим характер отвлеченных ритуалов («перепроверки», «мытья и очищения») [3]. Нега-

тивные расстройства, наряду с нарастающими аутистической отгороженностью от реального мира и эмоциональным обеднением, включали несвойственные больным ранее ананкастные черты (ригидность, консерватизм, утрированная прямолинейность суждений).

II. Фобии как проявления конституции шизофренического спектра обнаруживались у 62,5% больных (65 человек), развивались как аутохтонно, так и по эндореактивному механизму. В последнем случае обращали на себя внимание несоответствие сюжета стрессора и сформировавшихся фобических нарушений, их усложнение. Фобии существовали в составе сложных полиморфных психопатологических конструкций (декомпенсации личностных девиаций, аффективные фазы). Сюжеты страхов, даже на первый взгляд обыденные, нередко отличались нелепостью, оторванностью от реальности, чрезмерностью, особой логикой. Вектор опасений оказывался направлен на самого подростка, оставался эгоцентрическим даже в случаях «переноса» страхов на ближайшее окружение. В 4 случаях фобии носили нехарактерный для подросткового возраста контрастный характер, когда страх сосуществовал с навязчивым желанием ощутить его «пугающую прелесть». Обсессивное влечение (не сопровождающееся активными действиями) к его реализации сближало подобные феномены с «истинными компульсиями» [12] и особым подтипом контрастных обсессий — «контрастными фобиями с патологическим влечением к реализации» [1].

Временами у этих больных на фоне тревоги, подавленности внезапно возникали агрессивность, импульсивность, излишняя моторная активность, сменявшаяся заторможенностью. По миновании личностной декомпенсации, приходившейся на подростковый период, часть фобических образований самостоятельно или на фоне адекватно подобранной терапии редуцировалась.

Помимо фобической симптоматики, входящей в синдром, определяющий клиническую картину, у 15 больных (14,4%), вне зависимости от их нозологической принадлежности, диагностировались и другие фобии. Возникновение их приходилось преимущественно на ранние этапы развития (средний дошкольный возраст). Эти феномены оказывались автономными, никак не соотносились с событиями внешней жизни, появлением других психических расстройств, этапом заболевания, возрастными кризисами развития, эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами. Данные психопатологические образования длительно сохранялись практически в неизменном виде и чаще всего были представлены простыми фобиями с психологически понятными сюжетами (высоты, глубины, пресмыкающихся, насекомых, явлений природы).

Именно неоднородность фобий у исследованных пациентов определяла дифференцированный подход к их терапии. Стратегия ведения этих подростков основывалась на принципах, общих для оказания помощи лицам данной возрастной категории. К ним относились: выбор психофармакологических препаратов с учетом физиологических особенностей и высокого уровня органической стигматизированности пациентов, предпочтение препаратов с минимальной «поведенческой токсичностью», позволяющих обеспечить опти-

мальный уровень познавательной активности, а также комплексный подход к оказанию помощи.

Психотерапия фобических нарушений, существовавших как симптом шизофренического процесса, определялась тактикой лечения этого заболевания, что диктовало необходимость применения нейролептиков (как традиционных, так и атипичных антипсихотиков). Учитывая высокий удельный вес в общей клинической картине апатоабулических и астенодепрессивных проявлений, а также расстройств с падением продуктивности умственной деятельности, предпочтительным оказался выбор нейролептиков с активизирующим эффектом. Сложность ведения этих пациентов определялась тем, что традиционные нейролептики не вполне соответствовали синдромам «мишеням», что приводило к необходимости дополнительного назначения нормотимиков и ноотропов либо диктовало смену препарата; в единичных же случаях влекло за собой необоснованный обрыв терапии. Кроме того, у части больных, несмотря на прием невысоких доз (от половины до двух третей от среднетерапевтических, рекомендованных для взрослых пациентов) этих средств, быстро развивались симптомы нейролепсии.

Сложные психопатологические конгломераты, включающие наряду с другими позитивными расстройствами как фобическую симптоматику, так и негативные симптомы, лучше поддавались воздействию атипичных антипсихотиков. Выбор препаратов лимитировался тем, что подавляющее большинство этих средств официально не рекомендовано для применения в подростковом возрасте, кроме того, высокая стоимость лекарств и ограниченные финансовые возможности родных больного в части случаев не позволяли их использовать в амбулаторных условиях. Атипичные нейролептики, также как и традиционные, назначавшиеся в невысоких дозах, оказались эффективными при купировании фобических нарушений. Они значительно меньше, по сравнению с традиционными, подавляли активность пациентов и не вызывали экстрапирамидных расстройств. Однако при их применении (особенно длительном) обнаруживались такие редко встречающиеся у взрослых больных нежелательные явления, как общетоксические (панкреатит) и эндокринные (резкое увеличение массы тела, повышение уровня глюкозы в крови, нарушения менструального цикла, гиперпролактинемия, сопровождающаяся галактореей, гинекомастией). Данные особенности, вероятно, определяются комбинацией незрелости nigro-стриато-префронтальной тормозной системы и нестабильности гормонального статуса подростков.

Использовались также нормотимики и антидепрессанты. Предпочтение отдавалось показавшим свою эффективность и безопасность, обеспечивавшим сравнительно быстрое клиническое улучшение препаратам групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН). Прием начинался с минимальных доз с постепенным их титрованием до 50-75% от среднетерапевтических суточных рекомендованных взрослым пациентам.

В некоторых случаях наличие выраженного острого аффекта тревоги, страха требовало дополнительного назначения анксиолитиков. В схему лече-

ния включались ноотропы сбалансированного и мягко стимулирующего действия, позволявшие улучшить когнитивно-мнестические функции, повысить витальный тонус больных.

Если курация подростков с фобиями в структуре очерченных психотических/субпсихотических состояний требовала только психофармакотерапевтических мероприятий, то пациентам с вялым течением шизофренического процесса необходима была и психотерапия. Использувавшиеся психотерапевтические подходы ориентировались на коррекцию имевшихся у больных стойких искаженных когний, предотвращения закрепления неадаптивных паттернов избегающего поведения. Фобические феномены, ассоциированные с шизотипальными личностными свойствами, требовали применения несколько менее активной фармакотерапии, включали как психотерапию, так и психокоррекцию. Психокоррекционные мероприятия были в значительной степени направлены на гармонизацию созревания личности, достижения максимально возможного уровня компенсации, тренинг умений, необходимых для оптимального функционирования в социуме, помощь в профессиональной ориентации.

Автономные фобические образования, существовавшие вне связи с «шизофренической конституцией» или проявлениями развернутого шизофренического процесса, незначительно сказывались на повседневном функционировании пациентов, практически не поддавались курации, часть из них самостоятельно регрессировала по мере взросления. Терапевтическое вмешательство в подобных случаях оказывалось нецелесообразным.

Представленные в работе данные позволяют уточнить представления о психопатологических особенностях фобической симптоматики, выявлявшейся у подростков с расстройствами шизофренического спектра, добиться оптимизации проводимых с ними лечебно-реабилитационных мероприятий, уточнить прогноз эффективности курации и методов профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дороженко И.Ю. Обсессии контрастного содержания (клиника, типология, терапия). Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1999. - 21 с.
2. Ефремова М.Д. Обсессивно-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - № 2. - С. 12-17.
3. Зохар Дж. Новые направления исследований обсессивно-компульсивного расстройства: практические клинические приложения / Тревога и обсессии (под ред. А.Б. Смулевича). - М., 1998. - С. 33-53.
4. Жалюнен Е.В. Ипохондрический синдром в дебюте юношеской шизофрении (Особенности психопатологии и прогноз). Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1990. - 21 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1995. - 559 с.
6. Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра. Автореф. дисс. докт. мед. наук. - М., 2001. - 27 с.

-
7. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. - 216 с.
 8. Масихина С. Н. Шизофрения с обсессивно-компульсивными расстройствами, манифестирующая в детском возрасте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2001. - 21 с.
 9. Ремшмидт Х. Синдромы страхов / Психотерапия детей и подростков / (под ред. Х. Ремшмидта). - М.: Мир. - 2000. - С.260-290.
 10. Савостьянова О.Л. Тревожно-фобические расстройства в детском возрасте (клиника, типология, патогенез). Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2001. - 23 с.
 11. Сергеев И. И., Казанцева Э. Л. Фобические расстройства у детей и подростков. - М.: Аванти, 2005. - 195 с.
 12. Шюркуте А.А. Некоторые психопатологические аспекты импульсивных влечений при аффективных расстройствах / Депрессии и коморбидные расстройства (под ред. А.Б. Смулевича).- М., 1997.- С. 54-62.
 13. Mash E. J., Wolf D. A. Abnormal child psychology. Wadsworth: Thomson Learning. – 2002. – 511 p.
 14. O'Dwyer A., Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions // Brit. J. Psychiatry. – 2000. - № 176. – P. 281-284.
 15. Schneider S. Phobien / Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch. - Beltz: PVU. – 2005. - V. 2. - P. 119-127.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

¹Очень трудно понять и измерить эмоции. Психологи и педагоги годами бьются над этой проблемой, но мы все еще не в состоянии измерить эмоциональные и личностные свойства с той точностью, с какой можем измерить интеллект.

Rose Zelig в «*Glimpses into Child Life*»

АУТИСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО КОНТАКТА²

Лео Каннер

Научный перевод В.Е. Кагана (с) 2010.

С 1938-го года наше внимание приковано к детям, состояние которых отличается от всего до сих пор описанного настолько значительно и особо, что каждый случай заслуживает – и, я надеюсь, в конце концов получит – подробного описания этих интереснейших особенностей. Ограниченный объем статьи диктует необходимость сжатого представления наших наблюдений. По этой же причине опущены и фотографии. Поскольку никто из наблюдавшихся детей пока не достиг 11-летнего возраста, это сообщение следует рассматривать как предварительное с тем, чтобы расширять его по мере роста детей и дальнейшей оценки их развития.

Наблюдение 1.

Дональда Т. мы впервые видели в октябре 1938г. в возрасте пяти лет и одного месяца. Отец Дональда, прежде чем приехать к нам из родного города, прислал машинописную историю на 33-х страницах, давшую, несмотря на навязчивость детализации, прекрасное представление об истории развития мальчика. Дон родился в срочных родах 8 сентября 1933 г. с весом около семи фунтов. До 8-месячного возраста он получал грудное вскармливание с прикормом, состав которого часто менялся. «Еда, - писал отец, - всегда была для него проблемой. Он никогда не выказывал нормального аппетита. Его никогда не соблазнял вид детей, уплетающих конфеты или мороженое». Зубы прорезались в срок. Ходить стал в 13 мес.

К году «он умел мычать или петь правильно много мелодий». До двух лет у него «необычная память на лица и имена, он знал названия множества зданий» в городе. Семья поощряла его в разучивании и декламации коротких стихов и даже 23-го Псалма и 25-ти вопросов и ответов пресвитерианского катехизиса. Родители замечали, что «он не мог научиться задавать вопросы

¹ Редколлегия благодарит Ю. Прус и И. Кирееву за поиски и предоставление для перевода оригинального текста статьи.

² Kanner L. *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *Nerv. Child*, 1943, #2-3, p.p. 217 – 250.

или отвечать на вопросы, пока в них не было рифмы или созвучия, и часто он задавал вопросы, состоящие только из одного слова». Он выговаривал слова очень четко. Он начал интересоваться картинками и очень скоро знал необычайное количество иллюстраций в Комптоновской энциклопедии³, узнавал портреты президентов «и большинства его предков и родственников с обеих сторон». Он быстро выучил алфавит «спереди назад и сзади наперед» и научился считать до 100.

Уже с раннего возраста он был счастливее всего в одиночестве, почти никогда не просился криком к матери, казалось, не замечал возвращения домой отца и был безразличен к приходившим родственникам. Отец особо подчеркнул, что он не обратил ни малейшего внимания даже на Санта Клауса при полном параде.

Ему достаточно самого себя. Он не проявляет чувств, когда его ласкают. Он не замечает, когда кто-то приходит и уходит, и никогда не радуется отцу, матери или товарищам по играм. Кажется, он ушел в раковину и живет сам с собой. Однажды взяли из приюта самого привлекательного его ровесника, чтобы они с Дональдом провели лето вместе, но Дональд никогда не задавал ему вопросов и не отвечал на его вопросы, никогда не играл с ним. Он никогда ни к кому не идет, если его позвать, его приходится принести на руках или привести в нужное место.

На втором году у него появилось «маниакальное стремление крутить в руках кубики, кастрюли и другие круглые вещи». В то же время, он не любит самоходные машинки, как в тэйлоровских наборах⁴, велосипеды и качели. Он очень боится велосипедов и, когда его уговаривают покататься, впадает почти в ужас, цепляясь за помогающего ему взрослого. Этим летом (1937) мы купили ему горку, и, когда в первый вечер другие дети катались с нее, он к ней даже не подошел, а когда мы поставили его наверх, чтобы он съехал с горки, его обуял ужас. Но на следующее утро, когда никого не было, он вышел, забрался по лесенке на горку и съехал; с тех пор он часто катался с горки, но только если не было детей, чтобы кататься с ним ... Он всегда счастлив и занят, развлекая сам себя, но протестует, если его заставляют играть с определенными игрушками.

При попытках помешать ему, он давал вспышки гнева с деструктивным поведением. Он «страшно боялся, когда шлепали или ударяли», но «не мог связать свое поведение с наказанием за него»,

В августе 1937 г. Дональда поместили в туберкулезный профилакторий, чтобы «изменить среду». Там он обнаружил «нежелание играть с детьми и делать то, что дети его возраста обычно любят». Там он прибавил в весе, но у него появилась привычка трясти головой из стороны в сторону. Он продолжал крутить предметы и прыгал в экстазе при виде их вращения.

Его отвлеченность делает его совершенно безразличным к окружающему миру. Кажется, он всегда думает и думает, и чтобы привлечь его внимание, надо пробиться через психический барьер между его внутренним сознанием и окружающим миром.

³ - основанная в 1922 г. иллюстрированная энциклопедия для детей и юношества. (В.К.)

⁴ - Taylor-tots – развивающие игры для детей. (В.К.)

Отец, на которого Дональд похож физически, успешный, педантичный, работающий юрист, переживший два «срыва» под тяжестью работы. Нарушения здоровья он всегда воспринимает серьезно, укладывается в постель и тщательно выполняет рекомендации врачей даже при легчайшей простуде. «Когда он идет по улице, он так поглощен мыслями, что никого и ничего не видит и не может запомнить виденное по пути».

Мать закончила колледж, спокойная, способная женщина, по отношению к которой муж чувствует себя значительно выше. Второй ребенок, мальчик, родился у них 22 мая 1938 г.

Когда Дональда обследовали в Harriet Lane Home в октябре 1938 г., он был в хорошем физическом состоянии. При начальном наблюдении и потом в ходе двухнедельного наблюдения докторами Юджинией С. Камерон (Eugenia S. Cameron) и Джорджем Франклом (George Frankl) в диагностическом центре в Мэриленде наблюдалась следующая картина:

Значительное ограничение спонтанной активности. Он бродил, улыбаясь, стереотипно двигая пальцами, скрещая их в воздухе. Он тряс головой из стороны в сторону, шепча или мыча одну и ту же мелодию из трех нот. Он с большим удовольствием крутил все, что попадало ему в руки и годилось для кручения. Он бросал вещи на пол, казалось, получая удовольствие от издаваемых ими звуков. Он выкладывал бусы, палочки или кубики в группы с разными последовательностями цветов. Закончив какое-то из этих действий, он пронзительно визжал и подпрыгивал. За пределами этого он не проявлял никакой инициативы, требуя постоянных инструкций (его матери) в любых действиях шире поглощавшего его ограниченного репертуара.

Большинство его действий было точными повторениями того, как они выполнялись впервые. Если он крутит кубик, он всегда должен начать с того, чтобы сверху была одна и та же сторона. Он раскладывает пуговицы всегда в определенной последовательности, не имеющей никакой закономерности, но точно воспроизводящей порядок, в котором их выложил отец при первом показе Дональду.

Отмечались бесчисленные вербальные ритуалы, повторяющихся весь день. Когда он хотел встать после дневного сна, он говорил: «Бу (так он называл мать), скажи: 'Дон, ты хочешь встать?'».

Мать выполняла это, и Дон говорил: «Сейчас скажи: 'Хорошо'».

Она говорила, и он вставал. Во время еды, повторяя часто слышанное, он говорил матери: «Скажи: 'Ешь это, а то не дам тебе помидоры, а съешь - дам'» или «Скажи: 'Если выпьешь это, я засмеюсь и улыбнусь'».

Мать должна была подчиняться, или он визжал, кричал и напрягал мышцы шеи. Это повторялось в течение дня по разным поводам. Казалось, он получает огромное удовольствие, произнося слова или фразы типа «Хризантема», «Георгин, георгин, георгин», «Бизнес», «Виноградное вино», «Правая здесь, левая – нет», «Сияние сквозь тучи». Такие неуместные высказывания были обычны для его речи. Его повторение когда-то слышанного выглядело попугайничаньем. Он использовал личные местоимения, повторяя обращение к нему и даже имитируя интонацию. Когда он хотел, чтобы мать сняла с него ботинки, он говорил: «Сними твои ботинки», а когда хотел в туалет: «Ты хочешь в туалет?».

Значение слов для него было буквальным и негибким. Казалось, он не может обобщить, применить выражение к другому похожему предмету или ситуации. Если такое случайно удавалось, это становилось замещением, которое потом заменяло исходное значение. Так, он окрестил банки с акварелью именами пяти близнецов Дионы – Анетта для голубой, Цецилия – для красной и т. д. и, смешивая краски, приговаривал: «Анетта и Цецилия делают фиолетовый».

Его слова «положи это *вниз*» означали для него, что он положил что-то на пол. У него были «молочный стакан» и «стакан для воды», и когда он наливал молоко в «стакан для воды», оно становилось «белой водой».

Слово «Да» долгое время означало его желание, чтобы отец посадил его на плечо. Было понятно, откуда это взялось. Пытаясь научить его говорить *Да* и *Нет*, отец как-то спросил: «Ты хочешь, чтобы я посадил тебя на плечо?». Дон выражал согласие буквальным повторением вопроса, похожим на эхоталию. Отец тогда сказал ему: «Если ты хочешь, чтобы я взял тебя на плечо, скажи *Да*, а если не хочешь, скажи *Нет*». Дон сказал *Да*, и после этого *Да* стало обозначать желание оказаться у отца на плече.

Он не обращал никакого внимания на людей вокруг. Заходя в комнату, он полностью игнорировал людей и немедленно шел к вещам, предпочитая те, которые можно крутить. Команды или действия, которые не удавалось игнорировать, он воспринимал как нежелательное вторжение и впадал в гнев. Но его гнев никогда не адресовался вмешавшемуся *человеку*. Он сердито отталкивал оказавшуюся на его пути *руку* или наступившую на один из его кубиков *ногу*, как-то назвав ногу *зонтиком*. Когда помеха убиралась, он полностью забывал о ней. Не обращая внимания на других детей, он шел к своим любимым игрушкам, уходя от осмелившихся присоединиться к нему. Если кто-то из детей забирает у него игрушку, он не сопротивлялся. Он чирикал поверх картинок в раскрасках, когда другие раскрашивали, прячась или закрывая уши руками, если они сердили его. Мать была единственным человеком, с которым у него был какой-то контакт, но и ей приходилось тратить все свое время, нащупывая способы удерживать его в игре с ней.

После возвращения домой мать периодически писала нам о его развитии. Он быстро научился бегло читать и играть простые мелодии на пианино. Он начал отвечать, когда удавалось привлечь его внимание, на вопросы «которые требуют ответа *да* или *нет*». Хотя он начал иногда называть себя *Я*, а собеседника – *Ты*, инверсия местоимений сохранялась еще долгое время. Когда, например, в феврале 1939 г., споткнувшись и едва не упав, он сказал о себе: «*Ты* не упал».

Его приводило в замешательство непостоянство орфографии: *bite* должно было писаться как *bight*, чтобы соответствовать *light*. Он мог часами писать на доске. В его играх стало больше воображения и разнообразия, хотя они оставались ритуальными.

Он появился у нас снова для осмотра в мае 1939 г. Внимание и концентрация выросли. Он был в лучшем контакте с окружением и обнаруживал некоторые непосредственные реакции на людей и ситуации. Он выражал досаду, когда его настойчиво и требовательно пытались купить на посулы чего-то, и радовался похвале. В клинике мы могли наблюдать постоянные и настойчивые

попытки как-то следовать режиму дня и более или менее правильное обращение с вещами. Но он все еще рисовал пальцем буквы в воздухе, стрелял словами (*Точка с запятой; Двенадцать, двенадцать; Убит, убит; «Я могу поставить маленькую запятую или точку с запятой»*), жевал бумагу, пачкал волосы пищей, бросал книги в унитаз, засовывал ключ в сливное отверстие, залезал на стол и на шкаф, давал вспышки гнева, сам с собой хихикал и шептал что-то. Добравшись до энциклопедии, он выучил около 15-ти слов из указателя и повторял их снова и снова. Мы помогали матери в ее попытках развить его интерес к обычным житейским ситуациям и участвовать в них.

Вот некоторые выдержки из последующих писем матери.

Сентябрь 1939. Он по-прежнему ест, моется и одевается только в моем присутствии и с моей помощью. Он становится изобретательнее, строит из кубиков, разыгрывает истории, пытается мыть машину, поливает из шланга цветы, играет в магазин с домашними бакалейными запасами, пробует вырезать картинки ножницами. Цифры до сих пор очень влекут его. В то время как его игра определенно развивается, он никогда не задает вопросов о людях и не выражает никакого интереса к нашим разговорам ...

Октябрь 1939. (Директор школы – знакомый матери – согласился попробовать взять Дональда в 1-й класс). Первый день стоил мальчику многих усилий, но потом с каждым днем все шло лучше и лучше. Дон намного более самостоятелен, хочет делать многое по самообслуживанию. Он хорошо ходит в строю, отвечает, когда его вызывают, он более послушен и покладист. Он никогда сам не рассказывает о происходящем в школе и никогда не отказывается идти в школу ...

Ноябрь 1939. Я утром зашла в его класс и была удивлена тем, как хорошо он сотрудничал и реагировал. Он был очень тих, спокоен и слушал учителя примерно пол-урока. Он не визжал, не бегал по классу, а сидел за партой, как все дети. Учительница начала писать на доске и это сразу же привлекло его внимание. Она писала:

Бетти может кормить рыбку.

Дон может кормить рыбку.

Джерри может кормить рыбку.

Когда подошла его очередь, он отправился к доске и обвел кружком свое имя, после чего покормил золотую рыбку. Потом детям раздали книгу для чтения, он открыл названную учительницей страницу и, когда его вызвали, читал. Он также ответил на вопросы по картинке. Отвечая, он несколько раз, когда ему было особенно приятно, подпрыгивал и один раз потряс головой ...

Март 1940. Самое большое улучшение, которое я заметила, это его осознание окружающего мира. Он намного больше говорит и задает изрядно больше вопросов. Не часто случается, чтобы он сам рассказал о происходящем в школе, но, если я задаю наводящие вопросы, он отвечает на них правильно. Он по-настоящему включается в игры с другими детьми. Однажды он втянул всю семью в недавно узнанную игру, точно говоря каждому из нас, что делать. Он лучше ест сам и обслуживает себя ...

Март 1941. Он значительно улучшился, но основные трудности все еще налицо ...

Дональд был приглашен на повторный осмотр в апреле 1941 г. Он про-

игнорировал предложение войти в кабинет, но охотно дал ввести его. Войдя, он не обратил внимания на трех присутствовавших врачей (двух из них он хорошо помнил по предыдущим встречам), а немедленно отправился к доске и занялся бумагами и книгами. Сначала он стереотипно отвечал на вопросы: «Я не знаю». Потом взял карандаш и бумагу и стал заполнять страницы и страницы буквами алфавита и несколькими простыми узорами. Он выстроил буквы в две или три линии, читая их чаще по вертикали, чем по горизонтали, и был очень доволен сделанным. Временами он без просьб говорил или спрашивал: «Я собираюсь пробыть в Центре два дня». Позже он сказал: «Где мама?».

«Для чего тебе мама?» - спросили его.

«Я хочу обнять ее за шею».

Он верно пользовался местоимениями, и фразы его были грамматически правильными.

Преобладающая часть его «разговоров» состояла из obsessивных вопросов. Он был неистощим в вариациях: «Сколько дней в неделе, лет в веке, часов в дне, часов в половине дня, недель в веке, веков в половине тысячелетия?» и т. д.; «Сколько пинт в галлоне, сколько нужно галлонов, чтобы наполнить четыре галлона?». Иногда он спрашивал: «Сколько часов в минуте, сколько дней в часе?» и т. д. Он выглядел размышляющим и всегда требовал ответа. Временами он быстро отвечал на вопрос или просьбу и тут же возвращался к прежнему поведению. Многие его ответы были метафоричны или как-то по-иному необычны. В ответ на просьбу вычесть 4 из 10-ти он заявил: «Я нарисую шестиугольник».

Он все еще был крайне аутичен. Его отношения с людьми не простирались дальше обращения к ним в случае надобности или желания узнать что-нибудь. Разговаривая, он никогда не выглядел как личность и не использовал коммуникативные жесты. Даже этот контакт прекращался с момента, когда его желание было удовлетворено.

Письмо от матери, датированное октябрём 1942 г.:

Дон все еще безразличен ко многому вокруг. Его интересы часто сменяются, но он всегда поглощен чем-нибудь странным и посторонним. Его буквальность до сих пор сильна, он хочет писать слова так, как они звучат, и соответственно этому произносить буквы. Мне удалось побудить его сделать кое-что по дому, чтобы получить за это игрушечные деньги. Сейчас он действительно любит смотреть фильмы, но без определенной сюжетной линии. Еще одно новое его увлечение – старые выпуски журнала «Тайм». Он нашел первый номер от 3 марта 1923 г. и пытается составить список дат публикации, начиная с этого времени, добравшись сейчас до апреля 1934 г. Он составляет ряды из номеров выпусков и делает другую подобную чепуху.

Наблюдение 2.

Фредерик В. был направлен к нам 27 мая 1942 г. в возрасте 6 лет с указанием врача на то, что «его адаптивное поведение в социальной ситуации представлено агрессией и изоляцией». Его мать сообщила:

Ребенок всегда сам по себе. Я могла оставить его одного, и он был счастлив развлекать сам себя, ходя по кругу, напевая. Я никогда не видела его кричащим, чтобы привлечь внимание. Он никогда не интересовался игрой в

прятки, но катал мяч взад-вперед, наблюдая за бритьем отца, хватал футляр от бритвы и прятал бритву за спину, клал крышку на мыльницу. Он никогда не чувствовал себя хорошо в требующих кооперации играх. Его не привлекали обычные детские игрушки типа машин. Он боялся моей взбивалки для яиц и каменеет при звуках пылесоса. Лифты повергают его в панику. Он боится волчков.

До последнего года он в основном игнорировал людей. Когда у нас бывали гости, он не обращал на них никакого внимания. Он смотрел с любопытством на маленьких детей и затем уходил от всех. Даже с бабушкой и дедушкой он вел себя так, будто их не было. Лишь около года назад он начал проявлять к ним интерес и даже мог пойти к ним. Но обычно люди ему мешают. Если они подходят слишком близко, он отталкивает их. Он не хочет, чтобы я трогала или обнимала его, но может подойти и дотронуться до меня.

Он в известной мере склонен привязываться к какой-то одной вещи. На одной из книжных полок у нас стоят три вещицы в определенном порядке. Всякий раз, когда этот порядок изменяется, он восстанавливает его. Он определенно не любит пробовать новое. Но после долгого наблюдения, он вдруг делает это. Он хочет быть уверенным, что делает это правильно.

До 2 лет он произнес всего два слова: «Папа» и «Дора» - имя мамы. После этого, между двумя и тремя годами, он мог говорить слова, которые, казалось, приходили неожиданно для него самого. Он произносил их и больше никогда не повторял. Одним из первых его слов было «комбинезон». *Лишь однажды* никогда не ждавшие ответов на свои вопросы были удивлены его ответом: «Да». Около 2,5 лет он начал петь и пел около двадцати или тридцати песен, включая короткую французскую колыбельную. В 4 года я попыталась учить его просить вещи, прежде чем взять. Но он оказался упрямее меня и продержался дольше – вещи он не брал, но и на мои уговоры не поддавался. Сейчас он может считать в пределах ста и читать числа, но не проявляет никакого интереса к тому, чтобы сосчитать предметы. У него большие трудности с освоением личных местоимений. Получив подарок, он может сказать: «Скажи *спасибо*». Он бросает шар и, когда видит падающие кегли, подпрыгивает, ликуя.

Фредерик родился 23 мая 1936 г. в ягодичном предлежании. У матери было «что-то с почками», и за две недели до срока было сделано кесарево сечение. После рождения с ребенком все было хорошо, вскармливание – без проблем. Мать вспоминала, что никогда не наблюдала позы готовности при попытках взять его на руки. Сел в 7, пошел около 18 мес. Он не болел, если не считать случайных простуд. Попытки отдать его в детский сад были безуспешны: «Он либо уединялся и забивался в угол, либо выскакивал на середину и был агрессивен».

Мальчик – единственный ребенок. Отцу 44 года, он закончил университет и занимается болезнями растений, много времени проводя в разъездах. Он терпеливый и уравновешенный человек, слегка обсессивен; в детстве не вступал в разговор, «пока поезд не уйдет», и был шуплым – возможно, «из-за недостатка витаминов в доступной в Африке еде». Матери 40 лет, она закончила колледж, работала секретаршей в офисах врачей, агентом по закупкам, директором секретарских программ в женской школе и одновременно учите-

лем истории, здорова и уравновешена.

Дед по линии отца организовывал медицинские миссии в Африку, изучал тропическую медицину в Англии, стал авторитетом в области марганцевых разработок в Бразилии, будучи в то же время деканом медицинской школы и директором музея искусств в одном из американских городов, и в справочнике «Кто есть кто» фигурировал под двумя разными именами. Он исчез в 1911 г., и местонахождение его 25 лет оставалось неизвестным. Затем выяснилось, что он уехал в Европу и женился там на писательнице-новеллистке, не будучи разведенным с первой женой. Семья считает его «близким к гениальности человеком очень сильного характера, стремившемся делать все так хорошо, как он только мог».

Бабушка по линии отца описывается как «бескомпромиссный миссионер, какого едва ли еще встретишь, очень доминантная и трудная в общении, сейчас занимающая видное место в колледже альпинистов на Юге».

Отец – второй из пяти детей. Старший брат – видный газетчик и автор бестселлера. Замужняя сестра — певица, «легко возбудима и весьма претенциозна». Следом идет брат, пишущий для приключенческих журналов. Самый младший – художник, писатель и радиокomentатор – «до шести лет не говорил, и первым, что он сказал, было: «Хотя лев не умеет говорить, он умеет свистеть».

Мать сказала о своих родственниках, что «они очень обычные люди». Ее семья живет в одном из городов в Висконсине, отец – банкир, мать «умеренно интересуется» церковной работой, а три сестры – все младше нее – средние дамы среднего класса.

Фредерик поступил в Hagriet Lane Home 27 мая 1942 г. Он выглядел довольно упитанным ребенком. Окружность головы была 27 дюймов (68,6 см), груди – 22 дюйма (56 см), живота – 21 дюйм (55,5 см). Значительно выступающие затылочные и лобные зоны. Многочисленные добавочные соски в левой подмышечной области. Рефлексы ослаблены. Все остальное, включая данные лабораторных исследований и рентгенограмму черепа, было нормальным за исключением увеличенных миндалин с неровной поверхностью.

Медсестра привела его в кабинет и сразу же вышла. У него было умное и напряженное, весьма перепуганное выражение лица. Некоторое время он бесцельно бродил, не проявляя никаких признаков осознания присутствия трех взрослых. Затем сел на кушетку, издавая нечленораздельные звуки, потом неожиданно с блуждающей улыбкой улегся на пол. Если он отвечал на вопросы и просьбы, то эхологически повторяя их. Самым ярким в его поведении была разница реакций на людей и на вещи. Вещи легко привлекали его, и он проявлял хорошее внимание и усидчивость в игре с ними. Казалось, что люди вызывают у него ощущение вторжения и он обращает на них как можно меньше внимания. Когда его вынуждали, он коротко отвечал и возвращался к вещам. Если перед ним держали руку так, что он уже не мог ее игнорировать, он недолго играл с ней, как если бы она была отдельной вещью. Он задул спичку с выражением удовлетворения от того, что сумел это сделать, но даже не взглянул на зажегшего спичку человека. Когда в кабинет вошел еще один человек, мальчик на минуту или две спрятался за книжным шкафом, говоря: «Я тебя не хочу» и прогоняя его прочь, а затем вернулся к

игре, не обращая внимания ни на него, ни на остальных.

Результаты тестирования (Grace Arthur performance scale)⁵ было трудно оценить из-за недостаточного сотрудничества мальчика. Лучше всего он справился с досками Сегена (кратчайшее время, 58 сек.). В завершении изображения лошади и жеребенка он, казалось, руководствовался целостной формой, не считаясь с тем, оказываются ли элементы на правильной стороне. Он смог дорисовать треугольник, но не смог – прямоугольник. Он спонтанно и с интересом выполнял вложение фигур, проявляя хорошие усидчивость и концентрацию. Между тестами он бродил по кабинету, исследуя разные предметы или копаясь в мусорной корзине и не обращая внимания на присутствующих. Он издавал частые сосущие звуки и время от времени целовал тыльную поверхность своей руки. Он был заморожен кругом из теста вложения фигур, катая его по столу и с переменным успехом пытаясь поймать, прежде чем тот скатится со стола.

Фредерик поступил в Devereux⁶ школу 26 сентября 1942 г.

Наблюдение 3.

Ричард М. Был направлен в госпиталь Джона Гопкинса 5 февраля 1941 г. в возрасте 3 лет и 3 мес. с жалобами на глухоту, т. к. он не разговаривал и не отвечал на вопросы. Вскоре после поступления один из интернов сделал следующее наблюдение:

Ребенок выглядит достаточно развитым, играя с игрушками в кровати и будучи адекватно любопытным к используемым в обследовании инструментам. В игре он достаточно самостоятелен. Трудно сказать, слышит ли он, но кажется, что слышит. Он выполняет просьбы типа «Сядь» или «Ляг», даже когда не видит говорящего. Он не обращает внимания на разговоры вокруг него и издает звуки, в которых невозможно различить слова.

Его мать захватила с собой копии своих записок, свидетельствующие об одержимой поглощенности деталями и тенденцией интерпретировать все особенности действий ребенка. Она наблюдала и отмечала каждый жест и взгляд, пытаясь отыскать их специфический смысл и в конце концов останавливаясь на каком-то особом, часто очень натянутом объяснении. У нее набралось множество таких материалов, очень детальных и богато иллюстрированных, больше представляющих ее версии происходящего, чем происходящее в действительности.

Отец Ричарда – профессор лесоводства в одном из южных университетов, Он очень погружен в работу, почти полностью исключая социальные контакты. Мать закончила колледж. Дед по матери – врач, и вся остальная родня с обеих сторон представлена интеллектуальными профессионалами. Младший брат Ричарда 31-го мес. описывается как нормальный, хорошо развитый ребенок.

Ричард родился 17 ноября 1937 г. Беременность и роды протекали нормально. Он сел в 8 месяцев и пошел в год. Мать начала с трехнедельного возраста «тренировать» его, используя ректальные свечи, «чтобы стул был по

⁵ - Тест для оценки уровня развития, предложенный G.Arthur в начале 1930-х г.г. (В.К.)

⁶ - Devereux – американская некоммерческая организация, обслуживающая детей и взрослых с расстройствами развития, эмоциональности и обучения. (В.К.)

часам». Сравнивая своих детей, мать вспоминает, что тогда как младший сын активно принимал позу готовности перед взятием на руки, Ричард ни мимически, ни позой такой готовности не проявлял и не приспособливался телесно к держанию на руках ею или медсестрой. Вскармливание и физическое развитие протекали нормально. После противооспенной прививки у него была температура с диареей, прошедшая меньше чем за неделю.

В сентябре 1940 г. мать, комментируя задержку развития речи, писала в дневнике:

Я даже не могу точно сказать, когда он перестал имитировать словесные звуки. Кажется, что последние два года он постепенно возвращался в развитии назад. Мы думали, что все хорошо, и он просто не говорит о том, что у него в голове. Сейчас то, что он издает так много звуков, приводит нас в замешательство, потому что теперь очевидно, что он не умеет говорить. Я думала, что он мог бы, если бы только захотел. *Он производил на меня впечатление молчаливой мудрости ...* Есть одна смущающая и обескураживающая вещь – очень трудно привлечь его внимание.

Физическое обследование не выявило нарушений, кроме увеличенных миндалин и аденоидов, которые были удалены 8 февраля 1941 г. Окружность головы была 54,5 см, электроэнцефалограмма без нарушений.

Он сам вошел в кабинет психиатра и сразу погрузился в активную игру с игрушками, не обращая внимания на людей. Время от времени он бросал взгляд на стены, улыбался и издавал короткие прерывистые громкие звуки – «Ии! Ии! Ии!». Он выполнил словесную и жестовую просьбу матери снять тапочки. Когда за этой просьбой последовала другая, уже без жестов, он повторил первую просьбу и снова снял тапки (которые к тому времени были уже надеты). Он хорошо работал с доской форм, но с повернутой доской ему это не удавалось.

В следующий раз мы видели Ричарда в 4 года и 4 месяца. Он заметно вырос и прибавил в весе. По дороге в кабинет он плакал и наделал много шума, но, успокоившись, вошел сам. Войдя, он тут же принялся включать и выключать свет. Он не проявлял интереса к обследующему или другим людям, но увлекся небольшой коробкой, которую подбрасывал, как будто она была мячом.

В 4 года 11 месяцев, войдя в кабинет (или любую другую комнату), он сразу начинал включать и выключать свет. Он забирался на стул и со стула на стол, чтобы достать до выключателя настенной лампы. Он не сообщал о своих желаниях, но приходил в ярость и не успокаивался до тех пор, пока мать не угадывала и не выполняла его желание. У него не было контакта с людьми, которых он определенно воспринимал как препятствия, когда они заговаривали с ним или пробовали как-то иначе привлечь его внимание.

Мать чувствовала, что больше не может справиться с ним, и он был помещен в приют под Аннаполисом с женщиной, имевшей замечательный талант обращения с трудными детьми. Недавно эта женщина услышала от него первые осмысленные слова, Это было «Спокойной ночи».

Наблюдение 4.

Пол Г. был направлен в марте 1941 г. в возрасте 5 лет для психометрической оценки того, что расценивалось как тяжелый умственный дефект. Он

посещал частный детский сад, где его бессвязная речь, неспособность адаптироваться и вспышки гнева в ответ на любое препятствие создавали впечатление слабоумия.

Пол, единственный ребенок, приехал с матерью из Англии около двух лет назад. Его отец, горный инженер, предположительно находящийся в Австралии, оставил жену незадолго до этого после нескольких лет несчастливо-го брака. Мать, вроде бы закончившая колледж, непоседливая, нестабильная, возбудимая женщина, дает расплывчатые и очень противоречивые сведения о семье и развитии ребенка. Она долго подчеркивает и иллюстрирует ее усилия сделать Пола умным, обучая его запоминать поэмы и песни. К трем годам он знал слова не менее 37 песен и много разных детских стишков.

Он родился нормальными родами. На первом году были частые рвоты, и частые смены формулы вскармливания почти не помогали. Рвоты прекратились с переходом на твердую пищу. Первые зубы прорезались в срок, в срок же начал удерживать головку, сел, пошел и овладел навыками опрятности. Перенес корь, ветрянку и коклюш без осложнений. В три года были удалены миндалины. Единственное отклонение при физическом осмотре – фимоз.

Ниже приводятся данные наблюдений на амбулаторном приеме, в ходе пяти недель пребывания в пансионате и нескольких дней в госпитале.

Пол был стройным, хорошо сложенным и привлекательным ребенком с умным и живым выражением лица. Отмечалась отчетливая праворукость. Он редко отвечал на обращения к нему – даже по имени. Однажды он по просьбе поднял кубик с пола. В другой раз он скопировал круг сразу после того, как его нарисовали. Иногда энергичное «Нет!» заставляло его прервать то, что он в этот момент делал. Но обычно при обращении к нему он продолжал свои занятия, как будто никто ничего не сказал. При этом никогда не было чувства, что он сознательно слушается или не слушается. Он был так отдален, что замечания не достигали его. Он всегда оживленно занимался чем-то и выглядел удовлетворенным, пока кто-нибудь не пытался помешать его действиям. Тогда он сначала нетерпеливо пробовал избавиться от препятствия, а если это не удавалось, исполненный гнева кричал и дрался.

Его отношения к людям и вещам были ярко контрастны. Войдя в комнату, он сразу пошел к вещам и правильно обращался с ними. Он не был деструктивен и обращался с вещами заботливо и даже с любовью. Он взял карандаш и нарисовал каракули на найденном на столе листе бумаги. Он открыл коробку, вынул из нее игрушечный телефон, напевая: «Он хочет телефон», и принялся расхаживать по комнате, держа трубку в правильном положении. Взяв ножницы, он терпеливо и ловко порезал лист бумаги на мелкие кусочки, напевая: «Резать бумагу, резать бумагу ...». Он нашел игрушечную машинку и бегал по комнате, поднимая ее высоко над головой и напевая снова и снова: «Машина летает». Наряду с этими словами, произносившимися всегда с одним и тем же выражением и связанными с его действиями, он выкрикивал и слова, никак не связанные с ситуацией, например: «Люди в гостинице», «Ты ушиб ногу?», «Конфеты кончились, нет конфет», «Ты упал с велосипеда и набил шишку на голове». Однако, некоторые его выкрики были отчетливо связаны с предшествующим опытом. У него была привычка говорить почти ежедневно: «Не бросай собаку с балкона». Мать вспомнила, что она сказала

ему это об игрушечной собаке, еще когда они жили в Англии. При виде кастрюльки он неизменно выкрикивал: «Peten-eater». Мать вспомнила, что это возникло, когда ему было два года и она случайно уронила кастрюлю во время чтения ему детского стишка «Peter, Peter, pumpkin eater»⁷. Большая часть его речевых стереотипов воспроизводила предостережения по поводу телесных повреждений.

Ни одно из таких замечаний не имело коммуникативной ценности. У него не было эмоциональной привязанности к людям. Он вел себя, как если бы люди ничего для него не значили или вовсе не существовали, независимо от того, обращались к нему дружелюбно или резко. Он никогда не смотрел людям в лицо. Когда он все-таки как-то взаимодействовал с людьми, он обращался с ними или даже скорее с частями их, как с вещами. Он мог пользоваться ведущей его рукой. В игре он мог бодаться с матерью точно так же, как он бодался с подушкой. Он позволял рукам воспитательницы одевать его, не обращая ни малейшего внимания на нее. Оказавшись с детьми, он игнорировал их и шел к их игрушкам.

У него было четкое произношение и хороший запас слов. Он правильно строил предложение за исключением того, что никогда не пользовался местоимением первого лица и не называл себя Полом. Все его высказывания о себе делались во втором лице, точно повторяя сказанное ему прежде. Свое желание конфеты он выражал словами: «Ты хочешь конфету». Он мог отдернуть руку от горячей батареи и сказать: «Ты обжегся». Время от времени он, как попугай, повторял сказанное ему.

Формальное тестирование не проводилось, но он, несомненно, не был слабоумен в обычном смысле этого слова. После трехкратного повторения воспитательницей предобеденной молитвы он без ошибок воспроизвел ее и с этих пор запомнил. Он умел считать и называть цвета. Он быстро научился узнавать свои любимые пластинки среди множества других, ставить их на проигрыватель и включать его.

Его воспитательница сообщила о множестве наблюдений, указывающих на компульсивное поведение. Он часто самозабвенно мастурбировал. Он бегал по кругу, экстатически выкрикивая фразы. Брал маленькое одеяло и подолгу тряс его, зачарованно приговаривая: «Ии! Ии!» и впадая в сильное возбуждение при попытках противодействия. Все это и многое другое не просто повторялось, но воспроизводилось день за днем с почти фотографической точностью.

Наблюдение 5.

Барбара К. была направлена к нам в феврале 1942 г., когда ей было 8 лет и 3 мес. Ее отец писал:

Первый, нормально родившийся 30 октября 1933 г. ребенок. Она вяло сосала и в недельном возрасте была переведена на искусственное вскармливание. В 3 месяца перестала принимать какую-либо пищу и до года вскармливалась через зонд по пять раз в день; потом начала есть, но до 18 месяцев с едой было много трудностей. С этого времени она хорошо ест, любит экспериментировать с едой, пробовать новое и сейчас увлечена стряпней.

⁷ - Примерный русский аналог – «Маша ела кашу». (В.К.)

К двум годам у нее был обычный запас слов, но она всегда медленно складывает слова во фразы. У нее феноменальные способности к орфографии и чтению, она хорошо пишет, но вербальная экспрессия до сих пор трудна для нее. Ее письменный язык помогает устному. Арифметика за исключением механического запоминания ей не дается.

В младенчестве склонная к повторениям, сейчас она обсессивна: раскладывает вещи на кучки, берет вещи с собой в кровать, повторяет фразы, застревает на мыслях, фразах и т. д. и упорно повторяет их, а потом переходит к чему-нибудь еще. Себя она называла *Ты*, а мать или меня *Я* – так, как мы это делали, разговаривая с ней.

Очень робка, боится разных и изменяющихся вещей, крупных животных и т. д. Преимущественно пассивна, но временами пассивно упряма. Не удивляется, если слышит (а она слышит) о вещах, удивляющих других. Никакого духа соревновательности и желания понравиться учителю. Даже зная что-то, что другие в классе не знают, никак не показывает этого, а молчит и, может быть, даже слушает.

Минувшим летом в лагере ее любили, она научилась плавать, была ловка в воде (прежде она всегда выглядела неуклюжей), перестала бояться пони, лучше играла с 5-летними детьми. В лагере у нее были авитаминоз и истощение, но она почти не жаловалась.

Отец Барбары – видный психиатр. Мать – хорошо образованная, доброжелательная женщина. Младший брат, родившийся в 1937 году, здоровый, живой и хорошо развитый ребенок.

Барбара по просьбе «пожимает руку» (левой рукой при встрече и правой при прощании) просто протягивая расслабленную ладонь к предпочитаемой руке обследующего; движение лишь отдаленно напоминает приветствие. На протяжении всего обследования не было никаких признаков аффективного контакта. В ответ на укол булавкой она убирала руку, боязливо косясь на булавку (но не на обследующего) и говоря: «Больно!», не обращаясь к кому-то из присутствующих.

К тестированию она не проявила интереса. Идея теста, обсуждение опыта или ситуации казались чуждыми ей. Она высунула язык и играла со своей рукой, как с игрушкой. Ручка на столе привлекла ее внимание, и она сказала: «Ручка, как твоя дома». А потом, глядя на карандаш, спросила: «Можно, я возьму это домой?».

Услышав разрешение, она даже не попробовала взять его, Получив карандаш, она оттолкнула его со словами: «Это не мой карандаш».

То же самое она проделывала и с другими вещами. Несколько раз она сказала: «Поищем маму» (которая была в холле).

Она прекрасно читала, справившись с рассказом Бине о костре для возраста 10 лет за 33 секунды без единой ошибки, но не смогла воспроизвести ничего из прочитанного. На картинках Бине она не видела (по крайней мере, из ее слов не следовало, что видит) действий или связей между отдельными вещами, которые она без труда перечислила. Почерк был разборчив. Рисунки (человек, дом, кот, сидящий на шести лапах, тыква, машина) были невыразительны и стереотипны. Она пользовалась правой рукой для письма и левой для всего остального, ведущей ногой была левая, а ведущим глазом – правый.

Она знала дни недели и начала перечислять их: «Суббота, воскресенье, понедельник», потом сказала: «Ты пойдешь в школу» (подразумевая «в понедельник»), а потом остановилась, как будто перечисление было завершено.

Во время всех этих процедур, которые – часто после нескольких повторений вопроса или просьбы – она выполняла почти автоматически, она небрежно и спонтанно писала слова: «апельсины», «лимоны», «бананы», «виноград». «вишни», «яблоки», «абрикосы», «мандарин», «грейпфруты», «арбузный сок»; слова иногда налезали друг на друга и явно не предназначались для чтения другими.

Она часто прерывала любой «разговор» упоминаниями «грузовиков» и «прицепов» (которыми, по словам отца, была поглощена последнее время). Она, например, сказала: «Я видела грузовики», «Я видела прицеп, когда шла в школу».

Ее мать заметила: «Выступающие детали вроде дымовой трубы или стержня маятника завораживают ее». До этого отец сказал о «свежем интересе к сексуальным вопросам, верчении вокруг во время принятия ванны и навязчивом интересе к уборным».

Барбара была помещена в специальную школу⁸, где она достигла некоторого прогресса в отношениях.⁹

ОТ ПЕРЕВОДЧИКА:

Мне было чрезвычайно интересно снова обратиться к этой статье спустя без малого сорок лет после первого знакомства с ней. Другие отношения с английским и другой опыт позволили уже не только вслушиваться в речь Мэтра, но и сопоставлять услышанное с собственными наблюдениями и мыслями. Безусловно, было интересно окунуться в прошлое и, опять-таки, теперь иными глазами сравнить детскую психиатрию в те годы в двух странах. Но главное – сравнить психиатрию и детскую психиатрию тогда (с весьма скудными лечебными возможностями, но с живой и непосредственной, внимательной, творческой клиничностью подходов) и сегодня (с огромным и быстро увеличивающимся арсеналом средств лечения, но изрядно подрастерявшую живую клиничность на фильтрах стандартизации и унификации). У читателя, видимо, найдутся и другие, свои грани интереса к статье. Так или иначе, я благодарен АДПП и ее президенту – д-ру Анатолию Северному за честь доверия мне перевода этой статьи и за полученное при этом удовольствие.

Виктор Казан

Даллас, США, март 2010.

⁸ - Системы Devereux (см. выше).

⁹ Окончание статьи см. в следующем выпуске журнала.

Калашникова М.Е.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ
СМЕРТЬ ИЛИ ТЯЖЕЛУЮ БОЛЕЗНЬ ЧЛЕНА СЕМЬИ**

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

Цель настоящей работы - изучение эмоциональной сферы и защитного поведения детей, переживших смерть или тяжелую болезнь близких родственников, выявление роли семьи в адаптации ребенка к психотравмирующей ситуации, разработка модели оказания психологической помощи детям и их родственникам [1, 2].

Объект исследования - дети от 7 до 12 лет с расстройством эмоций и поведения, проходящие лечение в третьем диспансерном отделении Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» и их родители. К настоящему времени обследованы 15 семей, в которых дети пережили смерть члена семьи, и 7 семей, где дети переживали тяжелую болезнь близкого родственника.

Родители этих детей обратились за медицинской помощью к психиатру и затем были направлены к психологу. Чаще всего они жаловались на немотивированную агрессию и негативизм детей, трудности в общении, неуспеваемость. Во время беседы с психологом дети производили впечатление пассивных, отстраненных, эмоционально отгороженных. При более подробном расспросе многие давали аффективную реакцию. Сами родители тоже активно предъявляли жалобы на тревогу, проблемы со здоровьем, сниженное настроение.

В ходе психодиагностического обследования получены следующие результаты.

1. Для большинства детей характерны демонстративность, сенситивность, беззащитность, заниженная самооценка, трудности в установлении близких эмоциональных отношений с окружающими, недостаточное развитие коммуникативных навыков (проективные методики «Дом-Дерево-Человек»; тест руки Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой).

2. У всех детей повышен уровень тревожности. Особенно выражены: «тревога в ситуации проверки знаний»; «тревога в ситуациях самовыражения»; «тревога в связи с оценкой окружающих». Дети, пережившие смерть родственника, в школе чувствуют большее эмоциональное напряжение, чем дома, а дети, у которых болеют родственники, - те более тревожны дома, чем в школе (методика «Многомерная оценка детской тревожности» Е.Е. Ромицыной).

3. В ситуации фрустрации дети чаще всего проявляют интропунитивные, а реже всего – импунитивные реакции. Наиболее характерный для них тип реакции - «фиксация на самозащите». Это указывает на низкую самооценку, ранимость и неуверенность в себе (тест фрустрационной толерантности Розенцвейга).

4. С ситуациями стресса детям помогают справляться разнообразные копинг-стратегии. Самые частые из них: «Остаюсь один, сам по себе»; «Мечтаю, представляю себе что-нибудь», «Молюсь», «Обнимаю и прижимаю к себе кого-нибудь близкого, любимую вещь или глажу животное». Эти стратегии свидетельствуют об одиночестве детей, уходе в мечты и фантазии, потребности в физическом, сенсорном и эмоциональном контакте - так называемых отношениях привязанности (опросник копинг-стратегий школьного возраста в адаптации И.М. Никольской, Р.М. Грановской).

5. Почти у всех детей выявлено большое количество страхов. В основе большинства из них лежит страх «агрессии извне». Так, например, дети боятся маньяков, нападения, инопланетян. Многие переживают чувство обиды по отношению к одноклассникам. Дети, пережившие смерть члена семьи, часто волнуются за других родственников, боятся их потерять. Большинство детей, воображая себя волшебниками, желает вернуть то время, когда все члены семьи были живы. Дети, у которых тяжело болеет родственник, в будущем желают его выздоровления. Отметим, что дети, потерявшие близкого родственника, в будущем нередко видят себя одиночками (методика серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской).

6. Воспитание детей чаще всего осуществляется по типам гиперпротекции либо гипопротекции. Гармоничный стиль воспитания выявлен только в двух семьях. Именно в этих семьях дети были лучше адаптированы к социуму, имели менее выраженные эмоциональные нарушения и потому с ними было легче установить рабочий альянс во время психокоррекционных занятий (опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса; методика «Семейная социограмма» в модификации Э.Г. Эйдемиллера, И.М. Никольской).

7. Родители обследованных детей в ситуации стресса чаще используют такие копинг-стратегии, как «поиск социальной поддержки», «положительная переоценка ситуации» (опросник ОСС Р. Лазаруса, С. Фолкман).

Результаты психодиагностики соответствовали данным, полученным в ходе наблюдения и опроса. У детей наблюдались пониженный фон настроения, проблемы со сном, повторяющиеся навязчивые мысли. Они были сенситивны, зависимы от мнения окружающих, имели низкую самооценку и размытость психологических границ. В ряде случаев в семье ребенку уделялось недостаточно внимания, т. к. родители сами переживали потерю близкого человека и находились в процессе горевания. Переживание смерти могло сплотить родственников, в результате чего семья изолировалась от социального окружения, хотя до смерти близкого человека между членами семьи наблюдалась большая дистанция. Создавалось впечатление, что некоторые дети находились как бы «в двух измерениях». Так, например, одна девочка призналась, что одна ее часть живет в настоящем, а другая – в прошлом, когда произошла смерть отца.

С точки зрения психоанализа [3], при смерти утраченный объект долго переживается в качестве интроекта. Полная проработка потери постепенно делает объект излишним. Интроект потерянного объекта в итоге исчезнет в соответствии с его замещением другими формами интернализации и замещающими объектными отношениями.

В дальнейшем с некоторыми из обследованных детей проводились сеансы психотерапии. Они были направлены на стабилизацию и гармонизацию эмоциональной сферы детей, коррекцию внутрисемейных отношений. В основе психотерапии лежал психоаналитический подход. Использовались техники арт-терапии и игровой психотерапии. Дети, с которыми проводилась психотерапия, активно просили помощи в связи с дискомфортным эмоциональным состоянием. Прежде всего им оказывалась эмоциональная поддержка, в которой они так нуждались. В ходе работы было отмечено, что у ребенка часто возникает перенос на психолога чувств по отношению к утраченному объекту. Психологу приходилось временно брать на себя функции утраченного объекта (например, умершего родителя, независимо от его пола) и устанавливать с ребенком доверительные отношения. Затем психолог и ребенок совместно проживали ситуацию потери и проходили стадии горевания (если ребенок не прошел их самостоятельно). Т. о., в ходе психотерапии ребенок получал замену утраченному объекту.

Следует отметить, что в начале работы между ребенком и психологом устанавливаются очень близкие, доверительные отношения, что является для ребенка и подростка крайне необходимым. Это обусловлено тем, что, с точки зрения психоанализа, во время утраты близкого происходит как бы потеря «части себя» (интроецированного объекта). Причем такая особенность характерна как для взрослых, так и для детей независимо от возраста. В связи с этим психолог временно заменяет собой утраченный объект. И ребенок в результате получает необходимые ресурсы, чтобы в первое время совладать со своим эмоциональным состоянием, заменив утраченный объект другим.

Например, девочки, пережившие потерю матери, остро нуждаются в материнском объекте. Как следствие, они часто не могут выстраивать гармоничные отношения с лицами своего пола, т. к. ждут, что эти лица будут выполнять по отношению к ним материнские функции (защищать, опекать, помогать). В дальнейшем девочки нередко попадают в эмоциональную зависимость от лиц своего пола (при потере матери) и от лиц противоположного пола (при потере отца). Они переживают, если эти люди не оказывают им должного внимания, не способны разорвать отношения, даже если испытывают агрессию по отношению к себе со стороны этих людей. Такие особенности взаимоотношений можно объяснить предположительно тем, что лучше терпеть агрессию от объекта и поддерживать отношения, чем утратить объект. Первое можно пережить, второе - практически невозможно.

В процессе психотерапии работы дети, пережившие смерть родственника, могут оказаться в полной эмоциональной зависимости от психолога. В этой ситуации специалисту крайне важно осознавать необходимость сохранения определенной дистанции с ребенком или подростком, а также давать возможность ребенку проявлять достаточную активность, не ставя его в позицию ведомого. Если в ходе психотерапии психологу удастся пройти с ребенком совместно все стадии горевания, то интроект постепенно исчезнет. Тогда ребенок начинает учиться жить без поддержки психолога и перестраивает свои отношения с окружающей действительностью.

Т. о., в основе психологической помощи детям, которые пережили смерть близкого родственника, лежит эмоциональная поддержка и умение

психолога пребывать с ребенком не только в настоящем, но и в субъективном прошлом, когда произошла утрата. Благодаря этому дети не чувствуют себя одинокими, легче прощаются с прошлой ситуацией и устанавливает новые объектные отношения в настоящем времени.

В процессе оказания психологической помощи детям, переживающим болезнь члена семьи, необходимо прорабатывать чувства вины и страха по отношению к болящему родственнику. Родителям таких детей также важна поддержка психолога. В ходе работы обнаружилось, что для них крайне важно осознавать, что психолог им помогает и, в том числе, частично контролирует ситуацию в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашникова М.Е. Эмоциональные нарушения у детей, переживших смерть или тяжелую болезнь близких родственников в семье / Материалы третьей международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи». - Часть 1 (2) / Под общей редакцией Лидерса А.Г. - М., 2007. - С. 413.

2. Никольская И.М., Калашникова М.Е. Психодиагностика и психотерапия детей и членов их семей в ситуации смерти или тяжелой болезни близких / Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход / Материалы конференции.- СПб., 2007. – С. 138-141.

3. Фрейд З. Печаль и меланхолия / Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 203-207.

С.А. Шевцов

ПСИХОТЕРАПИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ММА им. И.М. Сеченова Росздрава (Москва).

Введение. Различные методы нелекарственной и комплексной терапии депрессивных расстройств непсихотического (невротического) уровня в последние годы изучаются очень активно в нашей стране и во всем мире [1, 2, 3, 4, 5].

Депрессии, коморбидные с другими психическими и психосоматическими расстройствами, занимают в последние десятилетия все большее место в заболеваемости детско-подросткового и взрослого населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 0,4–0,7% до 25% [1, 2, 5, 10, 11, 12]. При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что приводит к усложнению и хронизации депрессивных расстройств, проявляющейся соматизацией в виде различных заболеваний терапевтического профиля. Тщательное исследование депрессивных симптомов, особенно у детей и подростков, показало, что многие виды маскировочных типов поведения и психосоматических расстройств явля-

ются достаточно «прозрачными масками» и что наличие депрессивного синдрома может быть констатировано непосредственно с помощью клинического интервью [2, 3, 4, 5]. Это привело к современному представлению о том, что депрессия часто сопровождается другими нарушениями, но они чаще определяются как коморбидные состояния, а не как депрессивные последствия или защитные маски.

Применяемые для лечения так называемых «непсихотических депрессий» высокоэффективные синтетические антидепрессивные средства зачастую приходится отменять или заменять из-за побочных эффектов, которые, в свою очередь, также требуют лечения. Особенно остро эта проблема касается больных с аффективной патологией моложе 18 лет [2, 3, 8, 9, 10, 11]. И поэтому комплементарные нелекарственные методы лечения вследствие их особенностей [3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12] и, в частности, краткосрочная психотерапия и применение лечебной физкультуры при депрессивных расстройствах у детей и подростков привлекает внимание все большего числа как врачей общей и семейной практики, педиатров, так и психотерапевтов, неврологов и психиатров.

Цель исследования: изучение эффективности лечебной физкультуры и психотерапии при депрессивных расстройствах непсихотического уровня у больных детско-подросткового возраста.

Материал и методы исследования.

Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии нами проводилась в формате методов аутогенной тренировки по Лобзину В.С., Решетникову М.М. (1986), суггестивной терапии (Игумнов С.А., 2007, Захаров А.И., 2007) и когнитивно-поведенческой терапии по Шевченко Ю.С. (2003, 2008). Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики по Левченко К.П. (1998, 2007), дыхательной гимнастики Бутейко К.П. (2000) и Стрельниковой А.Н. (2007) [2, 5, 6, 7, 8]. Данные методики были нами выбраны как наиболее эффективные, по данным литературы, при депрессивном синдроме у детей и взрослых [2, 3, 5, 9, 10].

Нами проводилось также клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (Clinical global inventory, CGI), шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAMD-21) и применялся опросник Цунга и Children's depression inventory (CDI).

В исследования были включены 65 пациентов с диагнозами по МКБ-10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F43, расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F43.22 и легкий депрессивный эпизод без соматических симптомов F32.00, с соматическими симптомами F32.01.

Все исследуемые больные были в возрасте от 10 до 18 лет, средний возраст – $12, 2 \pm 1,8$, из них лиц мужского пола – 44 (67,7%), женского – 21 (32,3%). Пациенты и основной (33 человека, 50,8%) и контрольной (32 исследуемых, 49,2%) групп все завершили полный курс лечения в течение 28 дней.

Результаты исследования.

В начале исследования наблюдалась умеренная степень депрессивных

расстройств у исследуемых, которая достоверно не изменилась после первых двух недель проводимого нелекарственного лечения в обеих группах по показателям психометрических шкал.

Однако на 28 день лечения выявились достоверные различия как в динамике симптомов в каждой группе, так и между группами, оцениваемые по шкале HAMD-21 и по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения шкалы CGI.

Эти результаты отражены в таблицах 1-2 и рис. 1.

Таблица 1.

Динамика депрессивных симптомов по шкале оценки депрессии Гамильтона в процессе лечения.

Группы	В начале лечения (баллы, HAMD-21)	14 день терапии (баллы, HAMD-21)	28 день терапии (баллы, HAMD-21)
Основная	13,6	10,3	4,9
Контрольная	13,5	11,7	7,1*

*- достоверные различия ($p < 0,01$).

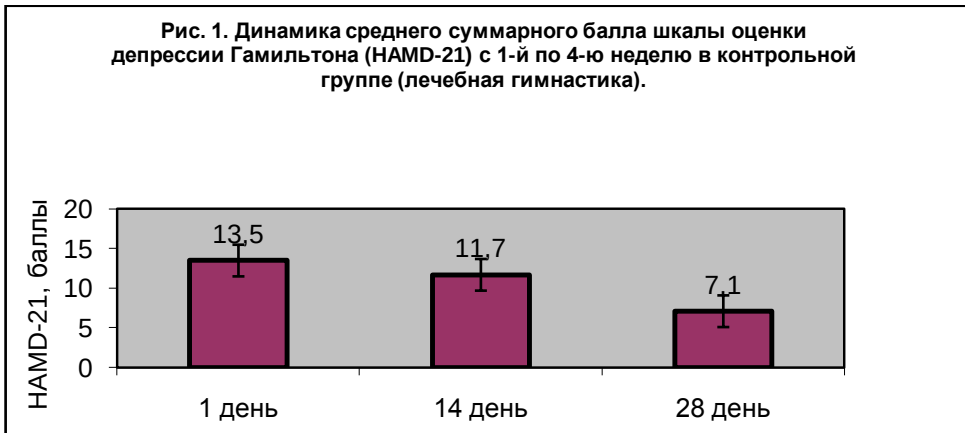


Рисунок 1.

На 28 день лечения выявились явная положительная динамика в основной группе по шкале Гамильтона, что отражено в рис. 2.



Рисунок 2.

Были получены также результаты сравнения двух групп по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения, отраженные в табл. 2 и 3.

Таблица 2.

Результаты лечения к 14 дню, по шкале Clinical Global Inventory (CGI).

Группы	Выраженное улучшение (01, 02, по CGI) к 14 дню лечения (количество пациентов, %)	Умеренное улучшение (05,06, по CGI)	Незначительное улучшение (09,10, по CGI)
Основная	2 (3,1%)	14 (41,2%)	18 (52,9%)
Контрольная	0 (0%)	11 (35,5%)	20 (64,5%)

Ко второй неделе терапии достоверных различий между основной и контрольной группами не было выявлено. Наблюдалось в основном умеренное и незначительное улучшение депрессивной симптоматики. Вследствие легкой степени выраженности тревожной депрессии не наблюдались такие показатели CGI, как: «отсутствие улучшения» и побочные эффекты терапии - «умеренное влияние на деятельность больного», «выраженное влияние на деятельность больного».

Таблица 3.

Результаты лечения к 28 –му дню, по шкале (CGI).

Группы	Выраженное улучшение (01, 02, по CGI) к 28 дню лечения (количество пациентов, %)	Умеренное улучшение (05, 06, по CGI)	Незначительное улучшение (09, 10, по CGI)
Основная	25 (73,5%)*	9 (26,5%)	0 (0%)*
Контрольная	8 (25,8%)*	12 (38,7%)	11 (35,5%)*

*- достоверные различия ($p < 0,001$).

К четвертой неделе терапии были выявлены достоверные различия в эффективности лечения между основной и контрольной группами, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики. «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в основной и только в 25,8% случаев в контрольной группе. Особенно заметны были изменения в пунктах HAMD-21, регистрирующих диссомнические (бессонница, невыспанность) и аффективные (собственно гипотимические) симптомы. И, напротив, «незначительное улучшение» (пункты 09, 10 по CGI) выявилось у 35,5% пациентов в контрольной группе, тогда как в основной группе больные с данной невыраженной динамикой терапии полностью отсутствовали.

Выводы:

1. Лечебная физкультура в выбранном формате специальных техник обладает некоторой, но недостаточной эффективностью при нелекарственной терапии депрессивных расстройств легкой степени.

2. Достаточной и достоверно большей эффективностью обладает применение лечебной гимнастики в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией в основной группе по сравнению с контрольной группой (только лечебная гимнастика) при лечении непсихотической депрессии у детей и

подростков.

3. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный комплекс нелекарственных методов детско-подростковым психиатрам, неврологам, психотерапевтам, психологам и педиатрам для комплементарного и широкого использования при лечении депрессии легкой степени выраженности как в госпитальной, так и в амбулаторной или консультативной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб. Речь, 2000.

2. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. – М. Медпрактика, 2001.

3. Зилов В.Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины // Вестник восстановительной медицины. – 2009. - № 1. - С. 12-16.

4. Зилов В.Г., Шевцов С.А. Клинико-физиологические особенности и комплексная терапия тревожной невротической депрессии с гастроэнтерологическими симптомами у детей и подростков // Вестник новых медицинских технологий. – 2002. – Т. IX, № 3. - С. 76-77.

5. Иовчук Н.М. Детско-подростковые психические расстройства. – М.: НЦ ЭНАС, 2007.

6. Лечебная физическая культура: Учебник / Под ред. С.Н. Попова. – М.: Академия, 2007.

7. Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник. – М.: Советский спорт, 2006.

8. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине. – М.: ВУЗ и школа, 2002.

9. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003.

10. Циркин С.Ю. (общая редакция). Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – СПб.: Питер, 2004.

11. Шевченко Ю.С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003.

12. Mayer L, Lopez-Duran NL, Kovacs M, George CJ, Bajai I, Kapornai K, Kiss E, Vetró A. Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary // Journal of affective disorders, 2009, May;115(1-2):207-14.

А.Л. Битова, Л.А. Островская

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ «КОШАЧЬЕГО КРИКА» РБОО «Центр лечебной педагогики» (Москва).

Синдром «кошачьего крика» (СКК) - врожденный комплекс пороков развития, обусловленный делецией короткого плеча хромосомы 5-й пары. Впервые был описан в 1963 г. французским врачом Ж. Леженом с соавторами. Частота синдрома среди новорожденных колеблется, по сведениям различных исследователей, от 1:30000 до 1:50000.

Наиболее постоянным признаком является специфический плач детей на первом году жизни, похожий на кошачье мяуканье и возникающий вследствие недоразвития хрящей гортани. Дети с СКК обычно рождаются с низкой массой тела (до 2500 г) даже при доношенной беременности. У всех новорожденных наблюдается общая мышечная гипотония, которая обычно сохраняется в течение первых лет жизни. Большинство детей отстает в физическом развитии. Ходьбой дети овладевают обычно к 2-6 годам. С возрастом у лиц с СКК наблюдаются различные нарушения осанки, моторная неловкость сохраняется. Все дети с СКК имеют выраженную степень интеллектуальной недостаточности, наблюдается серьезное снижение способности к концентрации внимания, выполнению произвольных действий. Задержка речевого развития является одним из основных проявлений СКК. При этом уровень импрессивной речи детей остается достаточно высоким. Однако если ребенок не овладевает навыками коммуникации, то постепенно у него увеличивается проявление аутистических черт личности, а также нарушений поведения (в виде агрессии и самоагрессии).

Значительная часть детей с СКК попадает в дома-интернаты, воспитание других детей происходит в семье. В настоящий момент в нашей стране нет ассоциации, которая бы занималась изучением и разработкой путей помощи детям с синдромом «кошачьего крика».

За 20 лет работы в Центр лечебной педагогики (ЦЛП) за помощью обратились 4 семьи, имеющие детей с СКК. Дети обследованы в комплексе, включая педагогическое, психологическое, логопедическое, неврологическое и психиатрическое клиническое обследование.

Девочка А., 2005 год рождения (4 года): родители обратилась в ЦЛП за помощью, когда ребенку было 2 года 3 месяца, с жалобами на отставание в развитии. Диагноз: синдром «кошачьего крика» был поставлен генетиками в возрасте 1 мес.

В возрасте 2 лет 4 мес А. была взята на курс диагностических занятий, в результате которых была составлена индивидуальная программа реабилитации: занятия с музыкальным терапевтом, коррекционным педагогом, игротерапевтом, педагогом ЛФК, занятия в группе. В процессе реабилитации были выявлены проблемы, связанные с нарушением сенсорной интеграции, которые, как мы предположили, могли усиливать трудности произвольной деятельности.

Мы обнаружили, что у девочки повышена реакция на слуховые раздражители, выражена гиперacusия. Зарубежные авторы включают это в составляющую синдрома. А. пугалась шума машин за окном, звучащих игрушек, музыки. Испугавшись чего-то, девочка сразу же отказывалась от деятельности, ложилась на пол или сползала под стол. Страхи оказывались стойкими, вернуть внимание ребенка после того, как он один раз испугался, оказывалось практически невозможным. Также отмечались страхи на резкое изменение положения тела в пространстве, новые тактильные стимулы.

В процессе работы, направленной на сенсорную интеграцию девочки, важное место было уделено созданию специальных условий для проведения занятий: организации пространства и среды. Стало ясно, что А. лучше концентрирует внимание, занимаясь в небольших, хорошо освоенных помещениях, чем в игровой комнате. Также были максимально снижены нагрузки на

слуховое восприятие: закрытые окна, минимум звучащих игрушек, спокойная речь педагога. Занятия с музыкальным терапевтом начались с индивидуальной формы работы. А. привыкала к звучанию различных инструментов постепенно и к концу года начала посещать групповые занятия с организованной внутренней структурой.

Мы обратили внимание на пристрастие ребенка к круглым предметам: шарикам, мячам, мыльным пузырям. Девочка любит трогать эти предметы, по возможности подносить к шее. Используя сверхценный интерес ребенка в рамках коррекционных занятий и избегая перегрузки слухового восприятия, нам удалось добиться гораздо более устойчивого внимания, повысить мотивацию, улучшить эмоциональный контакт с педагогом. Также мы отметили, что занятия в группе послужили стимулом для развития интереса А. к окружающему миру, более эмоциональной реакции на происходящее вокруг.

Предварительные результаты исследования указывают на положительную динамику в речевой, коммуникативной, двигательной, эмоциональной, сенсорной сферах. Это позволяет предположить, что работа по сенсорной интеграции с учетом особенностей СКК поможет справиться с некоторыми трудностями в обучении и поведении детей.

Л.А. Попова

ИНФАНТИЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

НЦ психического здоровья РАМН, Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

Подростковый, отроческий возраст - переходная стадия между детством и взрослостью. К настоящему моменту в развитых странах период подросткового возраста постепенно увеличивается и уже охватывает почти десятилетие - от 11 до 20 лет [4, 9]. Многими отечественными и зарубежными исследователями отмечается высокая распространенность психической незрелости среди подростков [4, 7]. В ряде случаев это обуславливает развитие социальной дизадаптации и девиантного поведения в этой возрастной категории [5; 17]. Несмотря на бесспорную социальную значимость проблемы психического инфантилизма, этот феномен не в полной мере исследован психологами и психиатрами.

Термин «инфантилизм» в психиатрическую практику ввел французский невролог Е. Lasegue в 1864 г. В современной отечественной психиатрической литературе инфантилизм понимается как патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением качеств, присущих более раннему возрасту [3; 6; 13]. С психологической точки зрения - это задержка в эволюции организма, физическое и психическое недоразвитие [15]. Несмотря на попытки описания данного феномена, единого мнения о его структуре при различных заболеваниях и механизме его формирования до настоящего времени не установлено.

На базе НЦ психического здоровья РАМН и Подросткового консультативно-лечебно-реабилитационного отделения ПКБ №15 в 2009 г. было про-

ведено исследование, направленное на изучение проявлений инфантилизма в психофизиологической, когнитивной и эмоционально-личностной сферах жизнедеятельности у подростков 15-17 лет. В сравнительном аспекте были проанализированы 2 нозологические группы: 21 человек с шизотипическим расстройством (9 - с формирующимся шизотипическим личностным расстройством, 5 - с психопатоподобным шизотипическим расстройством, 7 - с неврозоподобным шизотипическим расстройством) и 22 человека, страдающие органическим поражением ЦНС. В исследование включались подростки, уровень интеллекта которых превышал 80 баллов по тесту Векслера (детский и взрослый вариант в соответствие с возрастными нормативами данного теста). В представленной выборке 85% испытуемых составили лица мужского пола. Это объясняется большей адаптивностью девушек к психической патологии: по данным клинико-социальных исследований, только 25% всех заболевших психическими расстройствами в подростковом возрасте женского пола. Кроме того, известно, что девушки отличаются большей зрелостью по сравнению с их сверстниками мужского пола.

Для оценки функционального состояния мозга проводилось нейропсихологическое исследование с применением стандартных нейропсихологических проб, разработанных А.Р. Лурия [1, 8], направленных на выявление особенностей зрительного, слухового и пространственного гнозиса, моторного, конструктивного, пространственного и динамического праксиса, межполушарного взаимодействия, внимания, зрительной и слухоречевой памяти, счета. Анализ когнитивных особенностей базировался на результатах патопсихологического исследования, разработанного Б.В. Зейгарник [2, 12]. Для оценки мнестической функции были использованы результаты методик «запоминание 10 слов» и «пиктограммы», для оценки мышления и речи - «сравнение понятий», «исключение предметов», «составление рассказа по сюжетной картине», объяснение переносного смысла пословиц. Характеристики эмоциональной сферы определялись по результатам опросника MSCEIT Дж.Майера, П. Саловея, Д. Карузо, предназначенного для оценки эмоционального интеллекта [10, 16], личностные особенности – в соответствие с тестом Клониджера, методиками «Рисунок несуществующего животного» и «Рисунок человека» [10, 14].

В обеих группах были выявлены сопоставимые по степени тяжести нарушения формирования высших психических функций (ВПФ) с выступающими на первый план признаками функциональной незрелости лобных отделов коры больших полушарий. Однако, если для больных шизотипическим расстройством оказались характерны слабость функции программирования психической деятельности, недостаточность регуляции и контроля, то у пациентов с психическим инфантилизмом органической природы кроме нарушений программирования и контроля психической деятельности также были выражены нарушения организации и контроля комплексных двигательных актов, затруднения в выполнении проб на серийную организацию движений.

Анализ когнитивных особенностей показал, что подростки с шизотипическим расстройством отличались вычурностью мышления, определенной непоследовательностью суждений, тогда как внимание и память относительно сохранены. Пациенты с органической патологией обнаруживали нарушения

внимания и памяти по типу неустойчивости, их мыслительные процессы проходили с более низким уровнем обобщения, чем в предыдущей группе.

При рассмотрении личностных черт было выявлено, что все подростки с инфантильными чертами оценивают себя как лиц моложе своего биологического и паспортного возраста, их мотивы и потребности соответствуют желаниям и устремлениям более младших детей. У большинства обследованных фиксировалась задержка развития полоролевой идентификации. В сфере личностных особенностей также обнаружены различия у больных разных нозологических групп. При шизотипическом расстройстве на первом плане оказалась выраженная несформированность социальных отношений. У этих подростков было мало друзей. Они предпочитали такие виды деятельности, которыми можно заниматься в одиночестве. Их отличала повышенная чувствительность к предполагаемой оценке себя окружающими в сочетании с относительной невосприимчивости к проблемам и переживаниям других. У пациентов с органическим расстройством социальные контакты носили множественный, но поверхностный характер. Ведомость, несформированность нормативных и ценностных установок, присущие этим больным, являются факторами риска для совершения ими противоправных поступков.

У всех обследованных подростков количественный уровень эмоционального интеллекта ниже нормативных показателей или находится в пределах низкой нормы - от 81 до 96 баллов, при среднем популяционном возрастном диапазоне от 85 до 115 баллов. Это, несомненно, указывает на несформированность взаимосвязи эмоций и интеллекта. Кроме того, в составляющих эмоционального интеллекта («распознавание эмоций», «помощь мышления», «понимание эмоций» и «управление эмоциями») отмечаются нозоспецифические различия. Так, при шизотипическом расстройстве наибольшим образом страдает распознавание эмоций. Таким подросткам сложно понимать, какие эмоции испытывает другой человек, что затрудняет поддержание глубоких эмоциональных отношений с родственниками и друзьями. Также у них возникают сложности в оценке своих эмоциональных переживаний, что влечет за собой недифференцированность аффекта. При органическом расстройстве возникает недостаточность осознанной регуляции эмоций. Эти подростки не могут управлять своими эмоциональными реакциями. У них отмечаются неконтролируемые аффективные вспышки, которые могут стать причиной правонарушения.

Подводя итог выше сказанному, можно заключить, что для всех пациентов с органическим и шизотипическим расстройствами подросткового возраста с чертами инфантилизма характерны слабость мотивационно-потребностной сферы, незрелость представлений о себе, своем теле и месте в мире. Это коррелирует с недостаточностью функционирования лобных отделов головного мозга у всех подростков с инфантильными чертами. Также полученные результаты позволяют судить о различиях в структуре инфантилизма при шизотипическом и органическом расстройствах личности. Определяющую роль в этом играют отличия в особенностях эмоциональной сферы: при шизотипическом расстройстве личности наибольшим образом страдает восприятие эмоций, а при органическом расстройстве возникает недостаточность управления собственными эмоциями. Различия в функционирова-

нии когнитивных процессов в большей степени связаны с характерными для этих нозологических групп нарушениями.

Полученные данные можно рассматривать как предварительные, учитывая относительно небольшой контингент пациентов. Принимая во внимание актуальность изучения психического инфантилизма для усовершенствования психокоррекционной и психотерапевтической практики, планируется дальнейшее продолжение исследования с расширением числа испытуемых как с инфантильными чертами, так и без таковых, при шизотипическом и органическом расстройстве в подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологической диагностики. Методическое пособие. - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. - М.: изд. МПСИ, 2006. - 624 с.
3. Житловский В.Е. Нарушения поведения при пограничных нервно-психических состояниях у подростков с явлениями психического инфантилизма / Материал международного симпозиума детских психиатров социалистических стран. - М., 1986. - С.47-48.
4. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримуллина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. - М.: Академия, 2008. - 208 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1979. - 607 с.
6. Лебединская К.С. Задержка психического развития / Детская патопсихология: хрестоматия. - М.: Когито-центр, 2004. - С. 50-63.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития. - М.: Академия, 2006. - 144 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.: Академия, 2003. - 384 с.
9. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 1998. - 351 с.
10. Петровская А.С. Эмоциональный интеллект как детерминанта результативных параметров и процессуальных характеристик управленческой деятельности. Дис. ... канд.психол. наук: 19:00:03. - М.: РГБ, 2007. - 288 с.
11. Райгородский Д.Я. Энциклопедия психодиагностики. Т. 2. Психодиагностика взрослых. - М.: Бахрах-М, 2009. - 704 с.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). - М.: Апрель-Пресс, изд. Института психотерапии, 2004. - 224 с.
13. Снежневский А.В. Общая психопатология. - М.: МедПресс, 2001. - 208 с.
14. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей. Смара: изд. дом «Бахрах-М», 2008. - 624 с.
15. Юрчук В.В. Современный словарь по психологии. - Минск: Элайда, 2000. - 704 с.
16. Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D. Models of emotional intelligence. In R.J. Steinberg (Ed.) / The handbook of intelligence. - New York: Cambridge University Press, 2000. - P. 396-420.
17. Popov I. Autonomic infantilism // Med pregl, 1989, vol. 42(1-2). - P. 41-44.

**ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (VIII ВИДА) В КОЛЛЕДЖЕ
Строительный колледж № 26, МГГУ им. Шолохова (Москва).**

Профессиональная подготовка лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – одно из важных направлений деятельности всей системы профессионального образования. Перед обществом стоит важная задача – интеграция данной категории с социум на правах полноправных членов, обеспечение условий для реализации их особых образовательных потребностей. Согласно данным мониторинга Учебно-методического центра по профессиональному образованию, в 2008 г. общее число обучающихся с ОВЗ в колледжах Москвы составило 3 077 человек, из них более 1 400 человек – выпускники специализированных (коррекционных) учреждений VIII вида. Как мы видим, обучающиеся с интеллектуальным недоразвитием – одна из наиболее многочисленных категорий.

Стойкое необратимое нарушение познавательной деятельности, возникающее в результате поражения головного мозга в значительной степени, представляет собой состояние искаженного развития психики. К числу недостатков развития данной категории можно отнести: замедленное и ограниченное восприятие; недостатки развития моторики; недостатки развития мыслительной деятельности; недостаточная по сравнению с обычными детьми познавательная активность; недостатки в развитии личности: неуверенность в себе, неоправданная зависимость от окружающих, низкая или чрезмерная коммуникабельность, эгоизм, пессимизм и неадекватная (заниженная или завышенная) самооценка, неумение управлять собственным поведением. Однако лица с нарушениями интеллекта способны к освоению профессий, не связанных с интенсивной интеллектуальной или активной коммуникативной деятельностью, позволяющих им вести самостоятельный трудовой образ жизни и адаптироваться в обществе. Поэтому собственно психологическое сопровождение профессиональной подготовки учащихся предполагает систему специальных и целенаправленных мероприятий, за счет которых происходит восстановление (формирование, развитие) различных видов психической деятельности, психических функций, качеств и образований, позволяющих человеку успешно адаптироваться в среде и в обществе, принимать и выполнять соответствующие социальные роли, находить способы профессиональной самореализации.

Однако сенситивные периоды развития многих личностных образований приходятся на более ранний возраст, поэтому содержание работы педагога-психолога в ситуации, когда подросток по сути уже сформировался как личность, заставило искать особые пути конструктивного взаимодействия с ним и особого отбора содержания психолого-педагогического сопровождения. Тот факт, что большинство выпускников специализированных (коррекционных) школ VIII вида поступает в колледжи, ставит перед работниками образовательных учреждений не только задачи овладения учащимся профессией, но и его социальной и профессиональной адаптации посредством пси-

холого-педагогического сопровождения всего периода обучения (от выбора образовательного учреждения до трудоустройства). Как известно, работа психолога предполагает не только психологическую диагностику как оценку индивидуальных психологических особенностей подростка, но и прогнозирование его индивидуального реабилитационного потенциала. Л.С. Выготский писал, что «...при изучении аномального ребенка один дефект еще ничего не говорит психологу, пока вы не обозначите степени компенсации данного дефекта. У отсталого ребенка сама по себе та или иная функция, скажем, память, оказывается довольно высокой, но беда в том, что умение владеть ею у ребенка ничтожно».

Реабилитационный потенциал - прогностическая оценка потенциальных возможностей в отношении преодоления недостатков развития, вовлечения в общественно полезную деятельность, основанная на объективных данных о социальном статусе, особенностях физического и психического развития. На основе данной оценки вырабатывается комплекс мер по психолого-педагогическому сопровождению, а именно определяется содержание занятий, направленных на повышение социальной компетентности, оценивается риск социальной дизадаптации и выстраивается система профилактической работы. В оценке значимости данной деятельности важно учитывать, что для многих учащихся колледж - это последняя система специального и педагогического воздействия. Поэтому в учреждениях профессионального образования важно создавать условия для повышения социальной компетентности, которая позволяет частично скомпенсировать последствия искаженного развития. В содержание работы педагога-психолога в учреждениях профессионального образования должны быть в обязательном порядке включены индивидуальные и групповые занятия, направленные на повышение социальной компетентности.

Очень важную роль играет адаптационная работа, направленная на содействие учащимся, которые имеют индивидуальный спектр затруднений (индивидуальная программа) в процессе адаптации к условиям профессионального обучения и будущей трудовой деятельности. Уровень притязаний выпускников интернатных учреждений VIII вида характеризуется недооценкой своих реальных возможностей. Как показывают данные опроса, проведенного в начале учебного года среди обучающихся сирот с нарушением интеллекта в одном из подразделений Строительного колледжа № 26, более половины из них (58%) хотели бы получить профессии, не связанные со строительством, т. к. считают работу в данной сфере недостаточно престижной. Учитывая данный факт важно на этапе адаптации подростка с ОВЗ в колледже проводить работу, направленную на понимание социальной значимости профессии, как бы отделить в представлении подростка непривлекательный имидж профессии от ее реальной полезности, от возможности благодаря профессиональной деятельности стать полноправным членом общества.

В заключение хотелось бы отметить, что при отсутствии в колледжах необходимого числа специалистов, обладающих знаниями в области дефектологии, специальной психологии, именно на психолога возложен весь груз по осуществлению психологического просвещения педагогического коллектива, оказанию посреднической роли при урегулировании конфликтов, груз

профилактической и коррекционной работы разной направленности. По существу, именно психолог является организатором реабилитационной работы с обучающимися с ОВЗ в колледже, определяет выбор средств и методов, отслеживает результаты и дает рекомендации по дальнейшему выбору подростком профессионального и жизненного пути.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Методические рекомендации для педагогов-психологов колледжей, осуществляющих обучение выпускников вспомогательных (коррекционных) школ VIII вида. Ч.1. – М.: УМЦ ПО ДОМ, 2009
2. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника М.: Просвещение, 1986
3. Олигофренопедагогика: учеб. Пособие для вузов /В. Алдышева, Г.В. Васенков, В.В. Воронкова и др. – М.: Дрофа, 2009.

Ю.Ю. Терюшкова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

ПетрГУ, школа–интернат № 21 (Петрозаводск).

На протяжении многих десятилетий проблема создания современных психодиагностических методик являлась предметом обсуждения различными специалистами в психологии, социологии и медицине. В настоящий момент большинство имеющихся методик не подходит для полноценного использования в психологической практике. Это связано и с тем, что тестовые нормы давно устарели, и с тем, что сами вопросы в опросниках неактуальны, и с тем, что современный человек качественно отличается от человека, на котором были адаптированы и стандартизированы тесты и методики прошлого века. Но если в данном направлении работа ведется представителями различных психологических школ, то психодиагностика в специальной психологии остается совершенно неразвитым научным направлением.

Известно, что большинство научных методов диагностики интеллекта, личностных особенностей и особенностей поведения используется для широкого круга клиентов. Основными различиями являются нормы и баллы, которые позволяют отнести ребенка или взрослого к «норме» или «не норме» психического развития. Проблема выявления именно качественных, а не количественных различий является наиболее актуальной.

В специальной психологии выделяют 5 групп людей с проблемами в развитии, которые регулярно проходят психодиагностические исследования как для определения сложности заболевания, устройства в специализированное учебное и воспитательное заведение, так и для диагностики динамики развития и адаптации и интеграции в общество. К таким группам относятся люди с нарушением зрения, слуха, интеллекта, опорно–двигательного аппарата и с задержкой психического развития (ЗПР). Все представители этих групп нуждаются в регулярном психологическом сопровождении и коррекционно–развивающей работе. Но, как мы уже отмечали, наиболее важной является именно проблема психологической диагностики людей с откло-

няющимся развитием разного возраста на разных стадиях онтогенеза.

Для того чтобы показать неразвитость диагностики в специальной психологии, была составлена анкета для практических психологов, работающих с разными категориями людей с проблемами в развитии. Анкета содержала 10 вопросов, которые должны определить основные трудности в психодиагностической деятельности, определить круг основных методик, используемых в разных группах испытуемых, и выявить пути решения создавшей проблемы.

В исследовании принимали участие 20 практических психологов, работающих с детьми с нарушением зрения, слуха, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и с ЗПР (по четыре специалиста в каждой группе).

Результаты исследования показали, что более 80% испытуемых имеют трудности в процессе психодиагностики людей с проблемами в развитии. Так, 60% испытуемых основной задачей психодиагностики в собственной профессиональной деятельности определили оценку актуальных и потенциальных возможностей людей с ограниченными возможностями, 30% - базу для построения психокоррекционной работы, только 10% испытуемых видят в диагностике данные для проведения консультативной деятельности. В то время как более 60% испытуемых отметили своим приоритетным направлением именно психологическое консультирование, 30% - коррекцию, 10% - определение динамики развития. Т. о., можно говорить, что большинство практических психологов не использует диагностические методы для определения дальнейшей линии консультации.

На вопрос «Наиболее используемые методики в вашей деятельности» получились следующие результаты: тест Векслера используют 90% испытуемых, 50% - прогрессивные матрицы Равена, 40% - кубики Коса, значительно реже используются опросники – всего 10% опрашиваемых.

Из этого видно, что большинство тестов, которые применяются именно в специальной психологии, - это тесты на определение уровня интеллекта. Отсутствие разнообразия использованных методик также позволяет говорить об ограниченности диагностики с людьми с ограниченными возможностями.

При определении того, какие специализированные методики используют практические психологи в работе с группами людей с инвалидностью, оказалось, что 90% опрашиваемых самостоятельно адаптируют уже имеющиеся методы и методики как для определения интеллектуальных возможностей, так и для диагностики личности и поведения. Интересным было решение одного специалиста, как он определяет уровень креативности у слепого ребенка. Ребенку предлагается большое количество вырезанных из картона разнообразных деталей, чем-то напоминающих детали из теста Торренса. Ребенок имеет возможность самостоятельно выложить тот или иной рисунок. Интерпретация результатов достаточно субъективна, не предлагается стандартных оценок, результаты одного диагностируемого чаще всего сравниваются с уже имеющимися рисунками. Т. о., мы можем утверждать, что необходимость создания и развития диагностического инструментария для специальной психологии огромна.

Так, например, для полноценного исследования по тесту Векслера необходимо наличие всех анализаторов. При обследовании ребенка с ДЦП прак-

тически невозможно выполнение таких тестов, как «Собери картинку», «Сюжетные картинки», «Шифрование». Плохо видящий или слепой ребенок не может справиться с заданиями типа «Недостающие детали», «Шифрование» и «Кубики Кооса».

На вопрос анкеты, «Каких методик не хватает для полноценного исследования человека с проблемами в развитии», 80% анкетированных отметили, что не хватает методик для исследования личности, 20% - психических состояний, 10% анкетированных отметили, что нет тестов на определение внутренних переживаний и эмоций человека с проблемами в развитии.

Большинство опросников на определение особенностей личности содержит вопросы, которые рассчитаны именно на здоровых людей, и не учитывает ограниченность возможностей. Выходом из создавшейся ситуации большинство практических психологов видит в использовании приоритетными методами наблюдение и анкетирование. Несомненно, данные методы достаточно продуктивны и результативны, но также они характеризуются высоким уровнем субъективизма и требуют много времени как для проведения, так и для обработки.

Т. о., из проведенного исследования видно, что проблема отсутствия валидных и надежных методов диагностики людей с проблемами в развитии актуальна, но недостаточно разрабатывается исследователями и психодиагностами.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 03 декабря 2008 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 22 человека (сотрудники НЦ психического здоровья РАМН, кафедры детской и подростковой психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Российской медицинской академии последиplomного образования, Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской», Института гармоничного развития и адаптации).

Ведет консилиум детский психиатр, **кандидат мед. наук А.А. Северный.**

История болезни ребенка представлена детским психиатром, **кандидатом мед. наук Н.К. Кириллиной.**

Больной X, 5 лет 2 мес.

Родители ребенка обратились в Институт гармоничного развития и адаптации 06.08.2008 г. с жалобами на трудности привыкания к детскому саду, отсутствие активной речи, эхолалию, отставание в развитии.

Наследственно-семейный фон

Линия отца

Дед по линии отца. Спокойный, уравновешенный. Работал водителем, в последнее время помощник по бизнесу жены.

Бабка по линии отца. По образованию строитель, но, имея трех детей, работала в детском саду воспитателем. Во время перестройки начала заниматься бизнесом - занимается закупкой и торговлей стройматериалами. Сама себя считает мягкой, уравновешенной, общительной, впечатлительной, но сдержанной. Лидером в семье себя не признает, говорит, что с мужем делят власть, в бизнесе все решает она, а в домашних делах - муж. Со слов сына, мать - властная женщина.

Впервые бабка заметила изменения в поведении внука в августе 2007 г., когда возвратилась с мужем из 2-недельного отпуска. Сын с семьей встречал ее в аэропорту, Валера не отвечал на вопросы, не смотрел на бабушку, хохотал беспричинно. Утверждает, что до 3 лет это был нормальный ребенок, изменился, когда пошел в сад: «Сначала плакал, потом, как будто смирился, сжался и потом совсем замолчал».

Отец, 32 лет, инженер-физик, закончил МЭИ. Со слов его матери, очень способный, но неусидчивый. В школе учился без труда, уроки делал на ходу, особенно легко давались физика и математика, но институт закончил лишь по настоянию матери только через 8 лет. Вспыльчивый, упрямый, много читает. Любит строгий режим дня, встает и ложится спать в определенное время, требует того же от остальных членов семьи. Заставлял сына есть в определенное время и доедать все: «Садись и ешь, если не съешь, то иди в угол». Когда обследуемый нами ребенок ведет себя, с его точки зрения, неправильно, кричит на него и может даже шлепнуть. Правда, в последнее время пересмотрел свое отношение к детям, стал более терпимым. Много времени проводит с детьми после возвращения с работы и в выходные дни. Ребенок очень

привязан к отцу («папин хвостик», со слов мамы) с младенческого возраста - особенно после того, как мать провела в стационаре 2 недели (тогда ребенку было 9 мес.).

Линия матери

Дед по линии матери умер в возрасте 64 лет от болезни сердца. Никому не говорил о плохом самочувствии, поэтому смерть была неожиданной для родных. Был веселым, добрым, всю жизнь работал водителем.

Бабка по линии матери, 67 лет, пенсионерка, подрабатывает уборщицей. Живет после смерти мужа одна, увлекается огородом. Впечатлительная, настороженная, недоброжелательная, подозревает государство, соседей, но в открытый конфликт ни с кем не вступает. Ворчит, высказывает свои опасения дочери. Предпочитает быть одна, но периодически приходит к дочери и остается с младшим внуком.

Мать, 30 лет. Образование среднее специальное – швея, но по специальности работала недолго в связи с низкой оплатой труда. Работала продавцом, потом - на конфетной фабрике. Последняя работа – администратор в автомобильном салоне, работа нравилась, но была уволена по сокращению штатов. Тревожная, впечатлительная, обязательная, исполнительная, упрямая, сдержанная, внешне не проявляет эмоций, почти не задает вопросов. Хрупкая, болезненная. Послушно выполняет все назначения и рекомендации врачей, иногда даже несмотря на негативный эффект назначенного лечения. Отношения с мужем характеризует как «нормальные». Отмечает, что в период ухудшения состояния ребенка часто ссорилась с мужем по поводу методов воспитания, но сейчас, по ее мнению, отношения наладились. Была очень привязана к своему отцу и тяжело переживала его неожиданную смерть.

Брат, 12 лет, учится в 6 классе, хорошо успевает. Веселый, общительный, разговорчивый, послушный. Были страхи в первом классе после передачи об извержении вулканов, но быстро прошли. Играет с братом в подвижные игры, заботится о нем.

Семья живет в отдельной квартире. Материально обеспечены.

Из анамнеза: Ребенок родился от 4-й запланированной беременности (1-я беременность - роды, 2-я и 3-я беременности – мед. аборт). Беременность протекала с выраженным токсикозом I половины, угрозой выкидыша на 33 неделе (повышенный тонус матки). На 2-м мес. беременности умер дед по линии матери. На протяжении года она была подавлена, снились кошмарные сны, испытывала чувство вины. Состояние улучшилось только через несколько месяцев после родов.

Роды стимулировали в связи с перенашиванием, прокололи околоплодный пузырь, воды были зелеными, ребенка выдавливали. Закричал сразу; вес при рождении 3200, рост 49 см, оценка по шкале Апгар 8 баллов. К груди приложен сразу, сосал активно, находился на грудном вскармливании до 9 мес. Выписан из роддома на 5 сутки с диагнозом: внутриутробная гипоксия плода.

Неврологом наблюдался с рождения с диагнозом: гипоксия плода. Получал курсы диакарба, танакана, кавинтона несколько раз в год. До 1 мес. был

спокойным, после 1 мес. - много плакал, и трудно было понять причину плача, был чувствителен к шуму. Приблизительно к 1 году продолжал оставаться беспокойным, засыпал с плачем, глядя в одну точку. Сон был чутким.

Раннее развитие с некоторым отставанием: головку держит с 1 мес., сидит с 9 мес., не переворачивался, не ползал, ходит с 1 года 1 мес. на носочках. Был повышенным тонус конечностей, в связи с чем получил несколько курсов массажа. Узнавал мать и оживлялся, когда она приближалась. Выделял близких, чужих опасался. Глазной контакт был, но непродолжительный. Реагировал на голод, мокрые пеленки. Первые слова появились в 9 мес.: «мама», «папа», а фраза с 1 года 6 мес.: «машина едет». Называл машины и их цвет во время прогулок, например, «девятка фиолетовая стоит». Говорил о себе в 3 лице.

В 6 мес. впервые был госпитализирован в связи с высокой температурой 39,4 и учащенным стулом со слизью. Диагноз: инфекционный гастроэнтероколит неуточненной этиологии, средней тяжести, токсикоз; ОРВИ, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Тяжело перенес пребывание в стационаре, постоянно плакал, плохо спал, реагировал на каждый шум.

Стал часто болеть с высокой температурой. Был стационарирован 6 раз (до 1 года почти ежемесячно) с диагнозами: кишечная инфекция, острый отит, инфекционный гастроэнтероколит, двусторонняя пневмония, острый ларинготрахеит, укушенная рана левой кисти (укус знакомой кошкой). После 3 лет стал болеть не так тяжело, но так же часто.

В 3 года пошел в детский сад. Оставляли сначала на полдня в течение 2 недель, потом до 4 часов. Ходил неохотно, плакал, появились страхи, стал перебирать пальцами, ходил кругами, обязательно должен был посмотреть на родителей в окошко. После ухода родителей быстро успокаивался, но с детьми не играл, старался находиться рядом с воспитателем, был грустным. Радовался, когда за ним приходила мама, пытался ей рассказывать, больше односложно, чем занимался в группе. По возвращении домой ходил кругами, во время прогулок стремился кататься на велосипеде в определенных местах. Засыпал только с любимой подушкой. Посещал детский сад в течение 2 лет, половину времени болел. Настроение было сниженным, улучшалось, когда не ходил в детский сад - в выходные дни или во время болезни.

Из характеристики воспитателей детского сада в этот период:

«Мальчик в сад ходит неохотно. Приходя утром, плачет, болезненно переживает расставание с мамой. Ребенок говорит невнятно, напряженно или не говорит совсем, произнося отдельные слова по просьбе родителей или воспитателей. Постоянных друзей в группе нет. Мальчик со сверстниками не общается, предпочитает играть один: конструирует дорожки или заборчики, ограждения из крупного конструктора, катает машинки, копает песок, ползает. Для игры выбирает место, где нет или мало детей. Иногда наблюдает за игрой других детей. В игры по правилам играет только под руководством воспитателя – самостоятельно игру продолжать не может из-за несоблюдения правил игры. В сюжетно-ролевых играх участия не принимает, интереса к ним не проявляет.

На занятиях сидит тихо, но не обращает внимания на то, что показывает, рассказывает или объясняет воспитатель. Часто смотрит в сторону или отворачивается. На просьбу повернуться закрывает глаза. На вопросы воспитателя мальчик не отвечает. В предметно-практической деятельности с раздаточным материалом работает только при активной помощи взрослого. Не может самостоятельно повторить задание по образцу или инструкции с показом. Кисточку, карандаш держит в кулаке. Рисовать, лепить не может, но может резать ножницами и наклеивать аппликацию. Интересы к занятиям не проявляет, упрямится, капризничает. Наизусть не запоминает, повторять не хочет. Ест неаккуратно, часто не самостоятельно. Столовые приборы, фрукты, пирожки берет ладонью, держит в кулаке. Салфеткой пользуется только в том случае, если ее подадут. Мальчик часто вытирает рот рукавами. Пищу на ложку накладывает свободной рукой, плохо пережевывает, иногда давится. Умеет одеваться и раздеваться самостоятельно, но неаккуратно, часто надевает одежду задом наперед, не умеет ее выворачивать и складывать. Ребенок не может вымыть руки без помощи взрослого и вытереть их полотенцем. Физически развит, но телом владеет плохо, передвигается, топчась на месте, бегает на носочках, не координирует движения рук и ног, не контролирует скорость движения. Воспринимает только индивидуальное обращение. Мальчик часто безразличен к тому, что происходит вокруг, но очень радуется, когда за ним приходит мама. Общение с ребенком затруднено из-за того, что мальчик почти не разговаривает. Так же трудно понять уровень развития интеллекта. Требуется повышенного постоянного внимания взрослых».

В возрасте 3 лет 1 мес., после тонзиллита, совсем перестал разговаривать, в связи с чем был стационарирован в детскую больницу с диагнозом «афонии».

В возрасте 4 лет, когда ребенок в очередной раз заболел, его забрали к себе дедушка с бабушкой на 2 дня. По возвращении домой стал агрессивным и плаксивым, в то же время часто отмечался неадекватный смех. После болезни пошел в сад с капризами, снова стал перебирать пальцами, появились страхи – лифта, метро, ванны, некоторых слов, теней перед сном, стал вглядываться в углы. В зоомагазине увидел ската в аквариуме, испугался. Когда вернулись домой и мать стала кормить его любимым блюдом – курицей, он начал есть, но потом вдруг выплюнул и стал кричать «скат, скат».

В связи этим обратились к неврологу в апреле 2008 г. (4 г. 8 мес.).

Проведены следующие обследования:

Электроэнцефалограмма от 20.05.2008 г.: легкие диффузные изменения в виде дезорганизации электрической активности, α -ритм достаточно выражен для данного возраста. Пароксизмальная активность свидетельствует о влиянии стволовых структур мозга.

Реография от 20.05.2008 г.: асимметрия пульсового кровенаполнения. Тонус сосудов неустойчив. Вазоспазм в полушариях мозга до 21%. Вазодилатация в базальных отделах. Признаков затруднения венозного оттока не выявлено.

Эхо-энцефалоскопическое исследование от 20.05.2008 г.: смещения

М-эха не выявлено. III желудочек – N. Увеличены боковые желудочки. Пульсация дополнительных эхо-сигналов до 76% - признаки внутричерепной гипертензии.

Диагноз невролога: отставание в развитии, минимальная мозговая дисфункция, сосудистая дистония.

Лечение: ноотропил по 1/3 таблетки 2 раза в день в течение 1 месяца, фенибут.

Во время приема препаратов стал возбужденным, появились неадекватный смех, энурез. Ребенок продолжал посещать детский сад до августа 2008 г. Уставал от шума, скопления людей. Транспорт переносил хорошо. Одинаково хорошо пользовался обеими руками: рисовал и ел правой рукой, открывал бутылку левой. Любит строить из кубиков дороги, гаражи, катать машинки, любит игры с водой. Предпочитает играть один, но может привлечь к игре членов семьи. Пассивный, «сам в себе». Навыки самообслуживания: на горшок ходит самостоятельно; умеет одевать штаны, но может одеть задом наперед. Аппетит снижен, любит мясо, отказался от картошки и макароны. С 3,5 лет не сопротивляется, когда его кормят насильно.

К психиатру родители обратились в мае 2008 г. Диагноз: ранний детский аутизм. Лечение: когитум (2 мес.). Возбуждение усилилось. Обратились к другому психиатру в июне. Диагноз: элективный мутизм. Назначено лечение: сонапакс и микстура с цитралью.

В Институт гармоничного развития и адаптации обратились после поисков в Интернете специалистов в области лечения элективного мутизма. Консультирован совместно **Н.К. Кириллиной и коррекционным педагогом И.Е. Авериной.**

Психический статус при обращении: Спокойно вошел в помещение. Кожные покровы бледные, выражен венозный рисунок. Небольшого роста, пониженного питания. Вялый, с низким психическим тонусом, выражение лица безразличное. Фон настроения снижен, гипомимичен. Двигательно спокоен, моторно неловок. Использует обе руки. Контакт затруднен, не отвечает на вопросы, не интересуется окружающими, в том числе и матерью. С трудом понимает простые инструкции. Эхолалия: повторяет слова и фразы, собственной речи нет. Нарушено звукопроизношение некоторых звуков («р», «л»). Глазной контакт кратковременный. Заинтересовался машинками, катает их, выстраивает в ряды. При стимуляции активность увеличивается: мальчику удастся выполнить некоторые пробы на зрительное и цветовое соотнесение. Вставляет цилиндры по размерам, цвета соотносит с ошибками. Работает справа налево, игнорируя левую половину пространства. Игра состоит из элементов функциональной.

Заключение коррекционного педагога И.Е. Авериной: вариант дисгармоничного развития у ребенка с проблемами органического генеза.

Рекомендовано лечение рисполептом 5 кап. 2 раза, сонапаксом 5 мг на ночь; занятия с логопедом; группа «Особый ребенок» в детском саду № 1465; занятия с кинезитерапевтом, специальным психологом в Монтессори-среде.

В октябре стал лучше засыпать. Периодически приступообразно смеет-

ся, особенно вечером. Играет с братом, кидаются подушками. Когда мама говорит «перестань», начинает смеяться еще больше. Фон настроения повышенный, со слов мамы стал «задорным, хулиганистым». Говорит отдельные слова без ситуативного смысла. Свободно моется под душем, но все еще боится мыться в ванне. Более эмоционален, улучшился контакт с матерью, обнимает ее, когда она возвращается с работы. Стал стесняться чужих людей, моргать глазами при волнении. Стал более усидчивым.

Родители также отмечают положительную динамику. Страх становится меньше, удается успокаивать словами: «Не паникуй». По-прежнему не хочет пользоваться лифтом. Прекратились приступы смеха. Появилось прямое обращение «Дай, мама, персик», стал озвучивать свои действия «не получается», «закрыть дверь». Стал разнообразен в конструировании из лего – строит дома, замки, заселяет их фигурками. Расставляет фигурки животных по размеру. Помогает раскладывать покупки. Спокойно берет за руку незнакомых взрослых, стал интересоваться другими детьми. Стал плевать, иногда растирает слюну по лицу. Улучшился аппетит, начал снова есть некоторые продукты, от которых летом отказывался. Может определять чувство насыщения – отодвигает тарелку и говорит «не хочу больше».

Результаты ЭЭГ-исследования, проведенного кандидатом мед. наук В.В. Грачевым.

ЭЭГ мягко дезорганизована, вольтаж несколько снижен. Во всех отведениях несколько увеличена представленность колебаний бета-диапазона с акцентом в лобных и центральных. В затылочных отведениях доминирует островеершинный слабоорганизованный альфа-ритм, в структуре которого преобладают колебания частотой 9,5-10 Гц, значительно представлены также колебания частотой 8-8,5 Гц. Колебания альфа-ритма перемежаются участками низкоамплитудной поличастотной активности и небольшим количеством медленных волн, которые периодически регистрируются в виде непродолжительных периодов ритмических тета-колебаний.

Пароксизмальные проявления выражены незначительно, в течение записи отмечаются редкие кратковременные вспышки альфа- и тета-волн.

При регистрации с открытыми глазами наблюдается отчетливая десинхронизация ЭЭГ с устойчивой депрессией затылочного альфа-ритма.

Прерывистая Ф.С. вызывает слабую и кратковременную реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 5-11 Гц.

HV-проба приводит к некоторому нарастанию индекса медленных волн и усилению пароксизмальных проявлений. После окончания пробы наблюдается быстрое восстановление фоновых параметров ЭЭГ.

Заключение: В ЭЭГ выявляются регуляторные нарушения в виде признаков умеренной корково-подкорковой ирритации и асинхронии формирования возрастной структуры корковой ритмики. Изменения по органическому типу выражены незначительно. Очаговых проявлений и эпилептической активности не зарегистрировано.

Заключение монтеessori-педагога Е.И. Васиной.

Валера посещает индивидуальные занятия в Монтеessori-среде с сентяб-

ря 2008 г.

Первые занятия мальчик посещал с мамой, заводил ее за руку в зал. Впоследствии к матери не обращался, изредка поглядывал на нее. Отсутствовала инициатива при выборе материала. Во время занятия напевал песенки из мультфильмов, иногда повторял одно и то же слово (митамиб – витамин), произнося его без объяснений, пока не увлекался какой-либо предложенной педагогом деятельностью, либо молчал. Свои действия не оречевлял, в основном в речи проявлялась эхолалия. Пассивно выполнял предложенную деятельность, не проявляя интереса. Эмоционально беден, не улыбался. Обнаружен страх открытого огня, от свечи отпрыгнул и спрятался за шкаф. Игры носили стереотипный характер, выкладывал рядами кольца пирамидок. Постепенно репертуар действий с предметной средой расширился, появились предпочтения. Начал комментировать свои действия. Уменьшился страх, несколько расширился эмоциональный спектр. Стал получать удовольствие от некоторых упражнений (в частности, с водой и некоторыми сенсорными материалами).

С ноября 2008 г. стал посещать групповые занятия Монтессори. Наблюдается положительная динамика в развитии. Повысился психический тонус ребенка. Стал проявлять собственный выбор, предпочитает игры с водой, мыльными пузырями, досками-вкладками. Эхолалии уменьшились, появилась активная речь: комментирует свои действия, может высказать просьбу («надо краски»), отвечает на простые вопросы. Говорит про себя в 3 лице, очень тихим голосом. Появилась исследовательская активность в поведении ребенка. Улучшилась межсенсорная интеграция. Стал более адекватен в ситуации. Есть режим ожидания в играх. Видит другого - как ребенка, так и взрослого, способен на оценку состояния другого в игре. Расширился чувствительный опыт, Преодолеl страх открытого огня. Есть контроль ошибок. В стадии формирования зрительное соотнесение по цвету, форме, величине. Телесный контакт принимает. Появились эмоциональные реакции оживления в игре, стал принимать участие в пальчиковых групповых играх. Способен выполнить 2-3 ступенчатые инструкции.

Заключение кинезитерапевта К.К. Данилиной

На первичном приеме ребенок проявлял признаки беспокойства, отказывался снять обувь при входе в кабинет, не отходил от отца, цеплялся за него. При любом обращении к мальчику и любой попытке организовать с ним совместную деятельность беспокойство усиливалось. Ребенок обладает небольшой вариативностью в способах организации собственной деятельности и старается действовать согласно ранее усвоенным шаблонам. Речь скандированная, слабо модулированная. В речи преобладают эхолалии, присутствует автономная речь. Инфантильный эмоциональный тонус. У мальчика выявлены ситуативные страхи, связанные с инициированной речью, а также с попаданием в ситуации, которые в собственном опыте оценены им как негативные. Количество опознаваемых ситуаций ограничено, они упрощены по качеству.

Мышечная дистония, гипертонус трапецевидной мышцы в межлопаточной зоне. Плоско-вальгусная постановка стоп. Мимика упрощена. Отмечают-

ся моторные тики в виде моргания, наморщивания лба.

За время занятий отмечается положительная динамика: Заметен постепенный переход от односложной речи к фразовой. Эхолаличная речь отошла на второй план, хотя может нарастать при новых обстоятельствах. В речи появляются комментарии к собственной деятельности, репертуар деятельности расширяется и дополняется деталями. За время занятий ребенок научился завершать окончания фраз в сказках и стихотворениях. В песнях при завершении предложения ребенок начинал интонировать. При совместной деятельности ищет зрительного контакта, ждет адекватного эмоционального ответа. Обращенную речь понимает на бытовом уровне, выполняет двух-трех-составные моторные программы. Удерживает в памяти план занятия, но не препятствует внесению в него изменений.

Вопросы к лечащему врачу во время консилиума:

А.А. Северный: Как все-таки формировались навыки опрятности у ребенка? Такое впечатление, что он с 3 лет какие-то навыки утрачивал.

Н.К. Кириллина: С горшком у него не было проблем. Он утрачивал больше речевые навыки. А энурез появился год назад после того, как его забирали к себе на два дня бабушка и дедушка.

Доктор мед. наук, невролог А.В. Горюнова: Афония у ребенка появилась на фоне инфекционного заболевания?

Н.К. Кириллина: У него была ангина. Маме врач объяснил, что он замолчал, потому что ему больно говорить.

А.А. Северный: Но при этом глотал.

Н.К. Кириллина: Да, и при этом глотал.

Доктор мед. наук, детский психиатр Н.М. Иовчук: Мать прекратила кормить ребенка грудью из-за того, что попала в больницу?

Н.К. Кириллина: Да. Она попала в больницу с дизентерией, заразившись во время одной из госпитализаций с ребенком, заболевшим кишечной инфекцией.

Беседа с матерью ребенка

А.А. Северный: По Вашему ощущению, какому возрасту по развитию соответствует Ваш мальчик?

Мать: Приблизительно трем годам.

А.А. Северный: Как, по Вашему мнению, такое отставание ему всегда было свойственно или до какого-то возраста он соответствовал возрасту?

Мать: До полутора лет он развивался без всякого отставания. К полутора годам он сам ел, Говорил простыми фразами, но неправильно делал склонения; называл цвета и марки машин.

А.А. Северный: Навыки опрятности до 1,5 лет уже были?

Мать: Тяжело привыкал к горшку, избегал его и привык только около 1,5 лет.

А.А. Северный: Боялся горшка?

Мать: У него были запоры, он старался на горшок не садиться. Мог в штаны сходить, а потом уже на горшок. К 2 годам перестал пачкать штаны.

А.А. Северный: Что появилось нового, необычного в поведении ребен-

ка за последние 2 года?

Мать: Когда в садик пошел, стал беспричинно капризничать, когда начал пить лекарства, стал смеяться без повода и стал особенно возбужденным.

А.А. Северный: С какими лекарствами Вы это связываете?

Мать: С фенибутом и когитумом.

А.А. Северный: Повторение слов было всегда свойственно ребенку или появилось позднее?

Мать: В 4,5 года речь сошла на нет, а потом возобновилась, но в основном в виде повторений.

А.А. Северный: Скажите, сейчас речь достигла того же уровня, который был к 3 годам?

Мать: Да, но не больше. Сейчас после проведенных занятий он спокойно общается, не боится чужих людей.

А.А. Северный: То есть сейчас Вы не замечаете речевого торможения в разных ситуациях.

Мать: Нет.

А.А. Северный: А когда он меньше всего говорил, что его сильнее всего тормозило? В каких ситуациях он абсолютно не хотел говорить?

Мать: Во всех. Но мне кажется, что он не хотел в садик ходить.

А.А. Северный: То есть был период, когда он полностью молчал?

Мать: Да, но мог сам себе песни напевать. Когда с ним начинала петь песенки, он мог повторять. Это было в 4,5 года.

А.А. Северный: Судя по тому, что рассказывала Наталья Капитоновна, он какой-то короткий период был у бабушки и дедушки, и после этого у него резко изменилось состояние. Это действительно было так?

Мать: Да. Он никогда не оставался там без меня. Заскучал и попросился спать в 6 часов вечера.

А.А. Северный: Как бы Вы могли охарактеризовать взаимоотношения в семье бабушки и деда? Они мягкие, покладистые или требовательные, жесткие?

Мать: Достаточно хорошая семья и отношения тоже. К ребенку они очень хорошо относятся. Бабушка сама воспитательница в детском саду. Он просто испугался, что остался без нас.

А.А. Северный: Если это расценивать как реакцию, сколько она длилась: день, неделю, месяц?

Мать: Реакция возникла, когда он пошел в садик, привыкал, начался плач, капризы.

А.А. Северный: Вы перестали водить ребенка в садик с августа этого года. Это было Вашим решением или посоветовали специалисты?

Мать: Это мое решение. Когда я пошла в отпуск, не водила ребенка в сад, чтобы не проходить через все это снова.

А.А. Северный: Вы можете рассказать о воспитателях в саду? Что за люди? Какого они склада? Как они с детьми взаимодействуют?

Мать: Одна воспитательница его успокаивала, сажала на колени, а вторая была построже, не трогала его. С первой воспитательницей он оставался легче, чем с другой.

А.А. Северный: Как мы поняли, с детьми он никогда не стремился взаимодействовать, он предпочитал быть один?

Мать: Со старшими он шел на контакт, а с детьми его возраста – нет.

А.А. Северный: Какая у него сейчас любимая игра? Когда он представлен сам себе, что он предпочитает делать?

Мать: Гаражи строит. Потом ставит туда машины.

А.А. Северный: Он по-прежнему интересуется марками машин, как в раннем детстве?

Мать: Нет, он сейчас не называет марки, но на машинах любит ездить.

А.А. Северный: А есть что-то, к чему он проявлял бы активный интерес?

Мать: Только машинки, гаражи.

А.А. Северный: Прием лекарств (рисполепта, сонапакса) проходит без каких-либо побочных проявлений, или Вы что-то замечаете?

Мать: Нет.

А.А. Северный: Как он спит?

Мать: Спит чутко. Засыпает иногда с трудом, особенно когда наиграется перед сном.

А.А. Северный: А как встает утром? В каком обычно настроении? Не кислый, не вялый, не злой?

Мать: Нет, настроение нормальное.

А.А. Северный: У меня к Вам последний вопрос. Что Вы хотите получить с нашей помощью? Что Вы ждете от ребенка с нашей помощью?

Мать: Хочу, чтобы появилось общение с другими детьми, чтобы он разговаривал, как сверстники.

А.А. Северный: Вы всегда понимаете, что он говорит?

Мать: Ну да.

А.А. Северный: Бывают новые, придуманные им слова?

Мать: Да. Переделывает слова, потом смеется, ему смешно.

А.А. Северный: Как давно Вы заметили вот это его желание воспроизводить какие-то непонятные, необычные слова?

Мать: Наверное, год назад.

А.А. Северный: Когда у мальчика были страхи, он боялся каких-то слов, Вы не замечали, что он как будто что-то видел или прятался от того, кого видел? Не замечали, что он как будто к чему-то прислушивается или общается с кем-то, кого нет рядом? Сам с собой много говорит?

Мать: Нет.

А.А. Северный: Он бывает агрессивным?

Мать: Бывает. Может ударить.

А.А. Северный: Вам всегда понятна вспышка его агрессии или может быть, что он разозлился без понятного повода?

Мать: Нет, причина всегда бывает.

А.А. Северный: У кого есть еще вопросы?

В.В. Грачев: В период, когда мальчик пошел в сад, он был вялый или возбужденный? Заторможенный, молчаливый?

Мать: Вялый и капризный.

В.В. Грачев: Был ли бег по кругу?

Мать: Да, когда в садик пошел. Возвращался из садика и ходил по кругу минут 5, когда разнервничается. Он успокаивал себя тем, что бегал по кругу. Сейчас этого нет.

В.В. Грачев: Что еще мешает ему адаптировать в жизни: страхи, плохое поведение, непослушание?

Мать: Лифта боится. С детьми он замыкается, нет никакой деятельности.

А.А. Северный: Впервые Вы обратили внимание на проблемы, когда он пошел в сад? Он замолчал после сада или после болезни?

Мать: Сначала он пошел в сад, потом заболел, потом замолчал.

А.А. Северный: А вот тот первый месяц, пока он не заболел, как он реагировал на сад?

Мать: Сложно, тяжело.

Кандидат мед. наук Г.В. Скобло: Вы сказали, что до полутора лет его развитие казалось нормальным. Что потом стало происходить?

Мать: Стал часто капризничать.

Скобло Г.В.: Стал эмоционально неустойчивым?

А.А. Северный: Просто изменился фон настроения.

Скобло Г.В.: Когда он замолчал, каким было поведение в это время: он был послушным, или, наоборот, его нельзя было в это время чем-нибудь занять, не выполнял просьб?

Мать: Да.

А.А. Северный: Мы так поняли, что первый месяц после роддома ребенок был спокойным, а потом стал плаксивым и беспокойным.

Мать: Да, до месяца все было нормально, а с месяца стоял на учете у невропатолога.

А.А. Северный: И это длилось где-то до года, а потом следующий период пониженного настроения после полутора лет. Так или нет?

Мать: Мне трудно это сейчас вспомнить.

А.А. Северный: В последние месяцы какое преимущественно настроение у ребенка?

Мать: Сейчас у него хорошее настроение.

А.А. Северный: В какое время и каким образом он ложится спать?

Мать: В 9 часов или около 10 чистит зубы, книжку читаем, потом засыпает. Днем не спит.

Н.М. Иовчук: Вы живете в каком-то определенном режиме, стараетесь все делать в определенное время или это зависит от ребенка?

Мать: От ребенка, но ест всегда в определенное время.

В.В. Грачев: Его словарь между полутора годами и тремя – убыл или стал лучше?

Мать: В чем-то стал лучше, почетче, побольше.

А.А. Северный: Фразы были более распространенными или такими же двусложными, как сейчас?

Мать: Когда он пошел в садик, он не мог рассказать, что там происходило.

А.В. Горюнова: У старшего брата в три года не было таких проблем с речью?

Мать: Нет.

А.В. Горюнова: То есть у старшего брата речь в этом возрасте была, как у всех детей. Скажите, пожалуйста, как он проявляет к Вам свои чувства? Может ли он замечать Ваше настроение?

Мать: Бывает, что не замечает. Когда видит меня, радуется, улыбается.

А.В. Горюнова: Как он проявляет радость?

Мать: По-разному. Когда играет, прыгает, резвится.

А.В. Горюнова: Вместе с утратой речи, не утратилось ли ее понимание?

Мать: Нет, мне кажется, он ее понимает.

Н.М. Иовчук: Когда он играет машинками и гаражами, если ввести фигурки людей, что он будет делать?

Мать: Он сажает их в машинки.

А.А. Северный: Ну, хорошо. Тогда давайте попробуем с ним пообщаться. Позовите, пожалуйста, ребенка.

Психический статус ребенка во время консилиума

Без сопротивления вошел в кабинет, совершенно не обращая внимания на множество присутствующих специалистов. Выглядит значительно моложе своего возраста, нетороплив в движениях. На лице постоянная улыбка, веселый, элементы дурашливости в движениях, речи, ответах; смеется, отвечая на все вопросы неправильно. Спокойно подходит к ведущему, садится рядом с ним по его просьбе, разрешил усадить себе на колени к ведущему, не сопротивляется и не реагирует, когда его тот поглаживает по голове и спине. В ответ на его вопросы повторяет вопрос, например: «Что ты мне принес?», «Как тебя зовут, как тебя зовут?», «Сколько тебе лет?», «А маму как зовут? Ну как маму зовут?», «Тебе у нас нравится?». В ответ на вопрос, может ли он не повторять вопроса, отвечает: «Ну, не повторять!». Ни на один вопрос не ответил по существу. На вопрос «Что это?» отвечает: «Пташки, пташки!», «Будка!», «Здесь» или вдруг: «Пташки съели магазин». Некоторые вопросы вовсе оставляет без ответа.

С удовольствием, но без слов играет с **канд. психологических наук Н.Я. Семаго**, катает машинки, отправляет их в гараж, сажает в машинки игрушечных человечков.

А.А. Северный прощается с матерью ребенка и предлагает приступить к разбору настоящего случая.

Заключение лечащего врача Н.К. Кириллиной

На первый план в психическом статусе ребенка выступает кататоническая симптоматика в виде речевых нарушений (эхолалий, неологизмов), двигательных нарушений в виде стереотипий (перебирания пальцами, бесцельного бега по кругу, катания на велосипеде в определенных местах), эпизодической двигательной заторможенности, импульсивного неадекватного смеха, а также нелепые страхи, не связанные с психотравмирующей ситуацией

(страх мытья в душе, некоторых слов, ската, страха темноты, лифта, метро). Наряду с этим значительное место в психическом статусе занимают биполярные аффективные расстройства, к которым в настоящее время можно отнести атипичную гипоманию. На фоне указанной продуктивной симптоматики в психическом статусе ребенка прослеживаются регрессивные расстройства: потеря ранее приобретенных навыков (прежде всего речи), примитивность игры, чрезмерная привязанность к матери, отсутствие соответствующих возрасту социальных навыков. Достаточно выраженными являются и личностные расстройства в виде интровертированности, пассивности, психофизического инфантилизма, снижения психического тонуса, дисгармоничного развития.

Нарушение аффективной сферы можно проследить с 1 месяца жизни в виде депрессивных проявлений (постоянного плача в младенческом возрасте, нарушения сна в виде затрудненного засыпания, чуткого сна); нечетко выраженных гипоманиакальных проявлений с апреля 2008 г. (возбужденно-дурашливого состояния).

Первый отчетливый депрессивный эпизод можно проследить на 10-12 месяце жизни. Он был спровоцирован отсутствием матери в течение 2 недель и частыми, достаточно тяжелыми соматическими заболеваниями, требующими госпитализации.

Следующее ухудшение состояния в возрасте 3 лет, связанное с началом посещения детского сада, проявилось в виде мутизма, регресса поведения и навыков.

Последнее ухудшение в январе 2008 г. на фоне соматического заболевания и переезда к бабушке и дедушке выражалось в появлении множественных страхов, агрессии, двигательных стереотипий и эхололий.

Сейчас на фоне проведенного лечения клиническая картина значительно изменилась. На данный момент остаются эхололии, редуцированные страхи, остаются эпизоды неадекватного смеха, неадекватного нелепого поведения (например, растирание слюней по лицу). Теперь вместо наблюдавшейся в прошлом депрессии аффективные расстройства имеют тенденцию к повышению настроения. Остается также регрессивная симптоматика. Этот ребенок представлен для уточнения диагноза.

А.А. Северный: Расскажите, пожалуйста, по анамнезу, как все это возникло.

Н.К. Кириллина: Первый приступ начался очень рано - в младенческом возрасте. Ухудшение состояния примерно к 1 году - появился крик, такой, что родители не могли его ничем успокоить. Приступ был, по моему мнению, спровоцирован депрессивным фоном матери и отрывом от нее, когда она была госпитализирована в инфекционную больницу.

Второе ухудшение наступило в 3 года, когда ребенок пошел в детский сад. Он продолжался довольно долго. Симптоматика, возникшая сначала в виде перебирания пальцев, бега по кругу, страхов, то исчезала или уменьшалась, то снова проявлялась. Следующее ухудшение состояния было в сентябре 2007 г. после начала посещения детского сада (после перерыва) и заболе-

вания ангиной, когда у ребенка совсем на месяц исчезла речь. Третье ухудшение - с января 2008 г., когда мальчик опять болел и жил у бабушки и дедушки в течение двух дней (впервые находился вне дома). Появились плаксивость, агрессивность и одновременно неадекватный смех, усилились немотивированные страхи. Последнее обострение состояния в апреле 2008 г. после назначения ноотропных препаратов, на фоне которых возникло выраженное возбуждение.

А.А. Северный: Хорошо, спасибо! Нина Михайловна, Вы его консультировали, Вы нам что-то добавите?

Н.М. Иовчук: Несмотря на выраженность продуктивной симптоматики, которую все мы наблюдали, т. е. продолжения активного течения болезни, у ребенка отмечаются достаточно отчетливые личностные особенности: аутистические черты, явное снижение продуктивности деятельности, черты психического и даже психофизического инфантилизма. Конечно, об инфантилизме 5-летнего ребенка говорить трудно, но все мы видим, да и мать обращает внимание на то, что он соответствует не более чем 3-летнему возрасту. На эмоциональное своеобразие указывает даже отсутствие реакции на эту толпу. Вероятно, все это вместе с искажением развития является следствием эндогенного заболевания, но тем не менее прогноз, по моему мнению, неплохой, поскольку очень велик удельный вес аффективных (депрессивных и гипоманиакальных) расстройств в клинической картине приступов болезни.

А.А. Северный: Виталий Викторович, Вы можете его ЭЭГ-картину коррелировать с клинической?

В.В. Грачев: В целом, она очень хорошо коррелирует с клиникой, потому что никаких проявлений органического поражения ЦНС, эпилептической активности нет. Наоборот, проявляются признаки активации. Может быть, там где-то и есть признаки органической патологии, но они все скрыты той активацией, которая в нервной системе есть. И, с другой стороны, есть признаки асинхронии развития. Т.е., с одной стороны, есть частоты, ритмическая составляющая которых характерна для более старшего возраста, с другой стороны есть частоты, ритмическая составляющая которых характерна для более младшего возраста. Можно говорить об особенностях нейромедиаторных процессов.

А.А. Северный: Ирина Евгеньевна, Вы можете добавить что-нибудь о структуре его развития?

И.Е. Аверина: К тому, что уже сказано в заключении Монтессори-педагога, мы отмечаем появление элементов сюжетной игры, которые вы видели сегодня и были замечены мною уже на первом групповом занятии. До этого занятия были индивидуальные. В присутствии других детей он был немного активнее, стал подражать детям, включаться во взаимодействие с ними, стал более адекватно себя вести.

А.А. Северный: И он действительно взаимодействует?

И.Е. Аверина: Да, помимо того что он отслеживает других и иногда подражает их действиям с предметами, он включается и в игры на взаимодействие. Так, например, когда все дети сидят в кругу и передают под песен-

ку с проговариванием имени каждого ребенка колокольчик друг другу, то он передал его другому ребенку, когда дошла его очередь. Есть еще другие примеры без использования ритмического рисунка, на простых прямых обращениях, однако надо отметить что взаимодействие через предмет дается ему лучше.

А.А. Северный: А эхолалии при этом оставались?

И.Е. Аверина: Оставались, но помимо них была еще и спонтанная речь – просьбы «пойдем», «давай».

А.А. Северный: Вы могли бы охарактеризовать своеобразие его речи? Ведь она у него очень своеобразная, помимо необычайно гротескной эхолалии.

И.Е. Аверина: Обращенную речь мальчик понимает. Правда, иногда создается впечатление что не в полном объеме. В целом выполняет простые 2-3 ступенчатые просьбы-инструкции. С эмоциональной окрашенностью, с некоторой скандированностью, с использованием третьего лица когда он говорит о себе, с некоторой штампованностью речи также большие проблемы. Хотя на фоне повышенного эмоционального фона, двигательного растормаживания у него проскальзывает «Я».

А.В. Горюнова: Мне хотелось бы высказать свои соображения по поводу сегодняшнего статуса и по поводу анамнеза. Первое, что я хотела бы отметить, ранний перинатальный анамнез у него отягощен, была гипоксия, воды зеленые. Поэтому органический фон вследствие гипоксии наверняка остался. Что касается моторного развития, то оно было диссоциированным: он не ползал и пошел только в 13 месяцев. Тем не менее, речевое развитие оказалось у него опережающим по сравнению с моторным. Мы не можем оценить эмоциональное развитие в раннем возрасте, данных у нас нет. Но к 3 годам выявилось отставание в речевом развитии, он уже говорил не так, как его брат в том же возрасте. На сегодняшний момент мы видим правильную речедвигательную активность, ведь эхолалии-то у него «хорошие», но интегративные функции речи полностью разлажены. Это позволяет нам думать о том, что процесс начался не до года, а после 2 лет, потому что при раннем начале болезни у него не сформировалась бы артикуляционно правильная речь. В этом случае речь – индикатор процесса. Мне думается, он уже накопил определенную речевую активность, правильное произношение, а вот мощный приступ разладил эти ассоциативные функции и когнитивные функции. На сегодняшний момент, мне думается, острое состояние сохраняется. Продуктивная симптоматика имеется тоже. Аффект – гипомания. Поэтому мы видим положительную динамику при введении в лечение антипсихотиков. Что касается прогноза, я затрудняюсь, наверно, как и все. Тем не менее, я надеюсь, что удастся как-то «собрать» ребенка. Говорить сегодня о его соответствии какому-то возрасту не представляется возможным из-за того, что он в остром состоянии. Я его посмотрела относительно тонуса: все-таки есть «зубчатка», за ним надо внимательно следить относительно дискинезий. Это кататоническая дискинезия. Более того, этот насильственный (или дурашливый) смех - это тоже проявление кататонии.

А.А. Северный: Наталья Яковлевна, пожалуйста, расскажите нам о сво-

их впечатлениях.

Н.Я. Семаго: Первое впечатление от контакта с ним – пороги чувствительности повышены. Чтобы он почувствовал прикосновение, муху ли, дуновение, свист ли, обнаруживается большая латенция, и чувствительность довольно низкая. Сказать, чтобы он получал большое удовольствие при раскрутках и физических воздействиях, нельзя. При этом я бы не говорила об аутизме вообще, каким бы он ни был; он доступен контакту, взаимодействует, достаточно эмоционально теплый. Он на руках сидел, раскачивался, прижимался.

А.А. Северный: Мы попробуем это обсудить, поскольку здесь очень много оттенков. Отторжения не было действительно. Пожалуйста, кто еще хотел бы высказаться?

А.В. Горюнова: Мне хотелось бы подчеркнуть, насколько в практическом здравоохранении не знают психической патологии.

Н.М. Иовчук: иллюстрацией этого может быть вся эпопея его лечения.

Н.Я. Семаго: А можно вопрос к докторам? Начало заболевания ребенка, на которое все обратили внимание, довольно тяжелое. Учитывая, что мать пережила травму во время беременности, не может ли это быть ранним проявлением депрессии?

А.А. Северный: Может. Мы об этом еще поговорим. Давайте попытаемся подытожить и решить, что делать дальше.

Что касается статуса, тут уже отмечался явно повышенный фон настроения, причем независимо от изменения ситуации. Один подошел, другой подошел, погладил, оттолкнул – все равно рот до ушей. Т. е., несомненно, ребенок демонстрирует гипоманиакальный статус.

Второе. Честно говоря, впервые слышу такую гротескную, утрированную эхолалию. В чем же ее гротескность, утрированность? Почему она отличается от обычной, привычной нам кататонической эхолалии? А потому что кататоническая эхолалия безэмоциональна, безразлична, автоматична. Она происходит независимо от сознания, желания, это истинное эхо. А здесь мы видим эхо с дурашливостью, с игрой, нелепостью, гримасничаньем. Т. е. здесь его эхо является проявлением его гипоманиакального состояния с дурашливостью. В чем еще дурашливость, кроме своеобразной эхолалии и мимики? Верно замечено, что у него речь - то очень четкая, сформированная, то появляется другая речь, он начинает говорить что-то совершенно непонятное, сплошная каша с неологизмами, которые не удастся ни во что встроить, потому что речь у него тоже дурашливая. Это такая у него игра, он так дурачится, в том числе и своей речью. Он говорит то так, то этак, то понятно, то непонятно, то четко, то нечетко, то привычные, то непонятно откуда берущиеся слова. У ребенка не просто гипоманиакальный статус, у него дурашливая гипомания, как мы это определяем как психиатры.

Несомненны и особенности развития, о которых тут уже говорили. Действительно, его развитие грубо диссоциировано. Даже те достижения, о которых говорилось, соответствуют достижениям 2-3-летнего возраста, в чем и мама чисто интуитивно абсолютно права.

Итак, что мы имеем? Мы имеем дурашливую гипоманию с кататоническими включениями, в том числе с эхолоалией, грубо диссоциированное развитие преимущественно с неравномерным отставанием и выраженный эмоциональный дефект. Нельзя не высказаться по поводу аутизма ребенка. С нашей точки зрения, особенности общения это только одно из проявлений аутизма. Базисный феномен аутизма – интроверсия, жизнь для себя, своего внутреннего мира, когда внешний мир не значим по сравнению с тем, что внутри. И поэтому ему все равно – толпа здесь или два человека. У мальчика нет кататонического негативизма. Он не отталкивает, но ему и безразлично, глажу я его или не глажу, притягиваю к себе или не притягиваю. Никакой эмоциональной реакции – негативной или позитивной – нет. Вот это и есть истинный аутизм. Второй вопрос: аутизм может быть процессуальным или врожденным. Но мы говорим о базисном качестве аутизма, потому что, к примеру, есть понятие, о котором в свое время любил говорить А.В. Снежневский, «аутизм наизнанку». Когда такое общение, что не отвяжешься, не сбежишь, когда больные «прилипают», но при этом говорят только о себе, а весь окружающий мир безразличен, даже самые близкие оказываются безразличными. Это наблюдается часто в состоянии «нажитого» аутистического дефекта и нередко сочетается именно с гипоманиакальным аффектом. Внешне отмечается речевой фонтан и такое откровенное, обнаженное общение, что ты уже начинаешь краснеть, а ему все безразлично. Это и есть истинный аутизм.

Давайте смотреть анамнез, это очень интересно. Родился в асфиксии, но выписан из роддома как положено, по шкале Апгар – 8 баллов, и первый месяц полный порядок. Органика органике рознь. Рождается с органикой, но она может быть компенсированной. И то, что мы можем объективно определить наличие органического компонента, еще не значит, что он должен проявить себя клинически. И мы не можем доказать, что этот органический компонент участвует в патологической картине. Первый месяц – полный порядок, а что потом? А потом изменение аффекта, причем без понятной причины. И на этом фоне бесконечные заболевания. Можно предположить (но у нас нет достаточных анамнестических данных для полной уверенности), что здесь был феномен того, что в свое время мы описали под названием соматопсихического синергизма, когда на фоне депрессивного состояния резко снижается сопротивляемость к банальной инфекции и дети начинают бесконечно болеть чем угодно – ангинами, простудами, кишечными заболеваниями. Важно, что это бесконечная цепочка: только вышел из одного заболевания, возникает другое, как это было у нашего ребенка, – 6 раз за полгода в больнице. Вполне возможно, что определенную роль сыграла депрессия матери. Какая это была депрессия у ребенка – эндогенная, аутохтонная или отраженная, материнская, трудно сказать. Можно предположить, что все-таки отраженная, поскольку существенно не сказалась на развитии, в своем развитии он уложился в нормальные сроки, сформировалась речь, даже несколько в опережающем темпе по сравнению с двигательным развитием. Эндогенные депрессии в таком возрасте, как правило, более существенно влияют на динамику развития. В полтора года опять возникло изменение аффективного фона, о чем четко го-

ворит мать: стал снова плаксивым, капризным. А вот здесь уже четко обнаружилось торможение в развитии. Не было здесь реальной психогении и детского сада еще не было. От полутора до 3 лет он отстал от своего старшего брата без понятных на то мотивов, за исключением того, что у него был измененный аффективный фон. А дальше уже пошла целая череда и внешних психогенных, что называется эндореактивных состояний, когда внешние воздействия падают на эндогенную почву, все переплетается, все отягощается. Резко меняется аффект, он был преимущественно депрессивным, судя по описанию, и депрессия эта была связана с отрывом от матери и, может быть, не очень благоприятной ситуацией в детском саду, поскольку у таких детей очень выражена симбиотическая зависимость. Не исключено, что были уже и эндогенные аффективные колебания. Это был единый вялотекущий эндореактивный процесс, на фоне которого произошла первая вспышка уже кататонического типа. Это мутизм, отказ от речи, как будто тоже связанный с неблагоприятной ситуацией. У детей это часто встречается, разделить, где идет спонтанный процесс, а где сказываются внешние факторы, бывает порой очень сложно. Так или иначе, если до этого было торможение развития, то после кататонического приступа возник регресс, и ребенок стал терять уже то, что имел. Потом отмечался еще целый ряд обострений, где определенную роль сыграли и неадекватные врачебные назначения. И тут произошла смена фазы. Затяжная двухлетняя депрессия, а может быть даже и более длинная, сменилась гипоманией. Возможно, свою роль сыграли стимулирующие ноотропы, которые усилили его возбуждение.

У аудитории не возникло разночтений, что это процессуальное состояние, циркулярный ранний шизофренический процесс со всеми характерными чертами – с регрессом, дефектом, кататоническими, гебефреническими проявлениями. Виталий Викторович подчеркнул, и мы не видим органических стигм в его статусе. Единственное, что можно предположить (но это может быть и в рамках аффективных расстройств), что его вечернее возбуждение может являться проявлением свойственных органикам особенностям. Но то же самое свойственно и гипомании – маниакальный аффект усиливается к вечеру. То, что у ребенка бывают вспышки, похожие на дисфорические, агрессивные, может быть проявлением какого-то органического компонента, но то же самое свойственно и кататонии. О раннем детском аутизме говорить не приходится, поскольку это врожденное свойство, а у осмотренного мальчика до 3 лет не было аутизма. На первом году он четко разделял своих и чужих, радовался маме и папе, пугался чужих. Это говорит о том, что у него не было четкого эмоционального дефицита, свойственного аутистам.

У кого есть возражения, дополнения, замечания к разбору?

Кандидат психол. наук М.М. Семаго: У меня вопрос по поводу прививок – они были сделаны в срок?

А.А. Северный: Это надо уточнить. Тут доктора внимательно изучили медицинскую документацию, там нет никаких указаний на осложнения после прививок.

В.В. Грачев: Я хотел бы сказать, что слово аутизм к нему все-таки не

совсем неприменимо. Если говорить о международной классификации болезней, то за рубежом его диагноз будет рассматриваться как регрессивный аутизм, который у нас принято рассматривать в рамках ранней детской шизофрении. Поэтому в каких-нибудь клиниках ему спокойно поставили бы диагноз регрессивного аутизма вследствие раннего аффективно-кататонического приступа.

А.А. Северный: Это скорее игра в слова, важно понять, что делать.

Н.М. Иовчук: С первого года и до настоящего времени в клинической картине болезни прослеживается очень высокое аффективное участие. В настоящее время то ли начинается тимопатическая ремиссия в виде хронической гипомании, то ли это очерченная гипоманиакальная фаза, возникшая вслед за серией депрессивных состояний. Ребенок скорее всего перенес не регрессивно-кататонический, а аффективно-кататонический приступ, после которого и нарушение развития будет значительно меньше и, соответственно, социальный прогноз существенно лучше. Ребенка надо постоянно наблюдать, потому что еще могут возникать аффективные фазы, возможно, биполярные, требующие быстрой смены терапии.

А.А. Северный: Действительно, это детская разновидность циркулярной шизофрении, где на первом плане именно аффективные расстройства. И статус именно аффективно-кататонический и, по-моему, все с этим и согласны.

Есть ли какие-то предложения и замечания по ведению ребенка? Что мы можем предложить родителям помимо того, что делается?

Н.К. Кириллина: Есть ли опыт применения препаратов лития таким детям?

А.А. Северный: Плохо, маленьким детям, больным шизофренией, плохо.

Н.М. Иовчук: Они начинают давать осложнения – полиурию, полидипсию, энурез днем и ночью.

Н.К. Кириллина: С какого возраста можно назначать литий?

Н.М. Иовчук: Я давала литий с 3 лет. Некоторые принимали его долго, но действительно рано заболевшие циркулярной шизофренией дети значительно хуже такую профилактическую терапию переносят, чем подростки. Но игра не стоит свеч, сейчас существуют другие препараты, тот же rispoleпт.

Кандидат психол. наук Н.В. Зверева: Можно ли говорить у этого мальчика о имеющемся дефекте или еще рано об этом говорить?

А.А. Северный: Этот вопрос очень коварный. Сложно в психотическом состоянии говорить об особенностях личности и дефекта. То, что предполагается процессуальная дефицитарность, это понятно. Какой она будет глубины и структуры, не уверен, что кто-то мог бы определить наверняка. Я высказал сугубо свою точку зрения: на мой взгляд, есть черты дефекта, прежде всего эмоциональная нивелировка. В раннем возрасте он был достаточно эмоционально дифференцированным, сейчас этой тонкой эмоциональной дифференцировки мы уже не видим. Это уже проявление дефекта. Может быть, это не будет так бросаться в глаза, когда нивелируется аффект, когда ребенок с нашей помощью обретет социальные навыки, но что это останется как дефицитарный симптом, на мой взгляд, несомненно. И второй дефицитарный

симптом, который останется, это чисто личностная диссоциативность развития. В чем-то он будет хорош, что-то для него будет наглухо отсутствовать, в чем-то он будет со временем опережать своих сверстников, хотя это маловероятно. Но диссоциированность развития, очевидно, останется, поскольку она сейчас уже достаточно выражена. К тому же гебефренический дурашливый налет в прогностическом плане неблагоприятен. Он говорит о более грубой процессуальности.

Н.М. Иовчук: Я думаю о дефекте сейчас нельзя говорить чисто практически, не положено, но он, конечно, будет; ребенок и сейчас уже формальный, ригидный, диспропорциональный.

А.А. Северный: Так что делать? Ведь ему меньше чем через 2 года идти в школу. Что мы можем сделать, чтобы он мог получить достаточное образование в условиях, которые соответствуют его возможностям?

Н.М. Иовчук: Ребенок нуждается в постоянном врачебном наблюдении для того, чтобы лечение было дифференцированным, в соответствие с ведущим аффектом. Его базисным препаратом, вероятно, должен быть rispolept, который, как мы уже убедились, оказался эффективным. Кроме того, периодически для стимуляции развития следует назначать небольшие дозы ноотропов (фенибута, может быть, пантогама, кортексина, когитума под прикрытием препаратов седативного действия). Впрочем, одно лечение не принесет эффекта без комплексного психолого-педагогического сопровождения: необходимы постоянные занятия игротерапией – индивидуальные и в группе, развивающие занятия с коррекционным педагогом, кинезитерапия. Ближе к 7 годам надо выбирать школу, возможно, это будет школа инклюзивного обучения или школа надомного обучения для детей с ослабленным здоровьем (только обязательно классно-урочная форма). Надо только всегда стремиться учить ребенка не в изоляции, на дому, а в классе с другими детьми.

А.А. Северный: С этим нельзя не согласиться. Если нет других мнений, давайте завершать консилиум. Всем спасибо за активное участие!

К ЮБИЛЕЮ ДМИТРИЯ НИКОЛАЕВИЧА ИСАЕВА

Дмитрий Николаевич Исаев – доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки, профессор кафедры «Детской клинической психологии» Института специальной психологии и педагогики Международного университета им. Р. Валленберга, член Диссертационного ученого совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук по медицинской психологии, коррекционной психологии и психофизиологии в Санкт-Петербургском государственном университете.

Родился Д.Н. Исаев 25 октября 1929 г. в Ленинграде. Трудовую деятельность Дмитрий Николаевич начал в феврале 1944 г. в пятнадцатилетнем возрасте, в разгар Великой отечественной войны. В 1947 г. он с отличием закончил фельдшерское училище и поступил в Ленинградский педиатрический медицинский институт. Его также с отличием он окончил в 1953 г., а затем там же обучался в аспирантуре на кафедре психиатрии под руководством профессора С.С. Мнухина до 1956 г. В 1955-56 гг. Д.Н. Исаев работал ординатором в 3-й психиатрической больнице. С ноября 1956 г. он участвовал в создании психоневрологического диспансера Выборгского района, где и работал главным врачом. В 1958 г. принимал участие в организации психиатрической больницы №1 в поселке Лигово и до 1960 г. был там главным врачом.

В 1960 г. начал преподавательскую работу в Ленинградском педиатрическом медицинском институте в качестве ассистента, а затем доцента кафедры психиатрии. В 1970 г. Д.Н. Исаев был избран заведующим кафедрой пси-

хиатрии и руководил ею до 1985 г. В 1985 г. на факультете усовершенствования врачей Педиатрического института он организовал новую кафедру – «Детской психиатрии с курсом клинической психологии и психосоматических расстройств» и до 1996 г. был ее заведующим. Подобной кафедры в Советском Союзе до тех пор не было. В настоящее время Д.Н. Исаев является профессором Института специальной педагогики и психологии им. Рауля Валленберга.

Научные успехи и преподавательская работа были высоко оценены и Д.Н. Исаев в 1963 г., был приглашен читать лекции по детской психиатрии в Гаванском Университете (республика Куба). С 1970 г. он был консультантом Всемирной Организации Здравоохранения, а с 1978 по 1980 гг. – штатным сотрудником Европейского Бюро этой организации в Копенгагене.

В 1958 г. Д.Н. Исаев стал кандидатом медицинских наук, защитив диссертацию на тему «Адаптометрическое изучение некоторых нейродинамических особенностей у детей с разными формами припадочных состояний». В 1971 г. он успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-физиологическая классификация олигофрении у детей», в июле 1973 г. ему было присвоено ученое звание профессора.

Начиная с 1951 г., в течение 20 лет Д.Н. Исаев учился и работал у выдающегося ученого, профессора Самуила Семеновича Мнухина, чьим учеником и последователем себя считает. С.С. Мнухин и Д.Н. Исаев являются одними из основателей отечественной детской психиатрии, Ленинградской – Санкт-Петербургской школы детских психиатров.

Много лет, изучая проблемы общего психического недоразвития, психосоматические расстройства у детей, психопрофилактику, психогигиену пола и сексологию детского возраста, психологию больного ребенка, Д.Н. Исаев фактически создавал новые направления в отечественной науке. Ему принадлежит оригинальная концепция внутренней картины болезни у детей, разработка систематики и динамики умственной отсталости. Д.Н. Исаев впервые в нашей стране начал изучать концепцию смерти, психологию и патопсихологию умирания детей и подростков.

Результаты его научных исследований опубликованы в нескольких руководствах, в монографиях, в 5 сборниках научных трудов, более чем в 300 статьях, нашли отражение более чем в двух десятках методических разработок для врачей и студентов, представлены на научных форумах, в том числе и зарубежных (в Польше, Нидерландах, США, Германии, Италии и др.). Список названий основных монографий и руководств, написанных профессором Исаевым говорит сам за себя: «Bases teóricas de los problemas centrales de la psiquiatría infantil» (на испанском языке, 1966), «Психическое недоразвитие у детей» (1982), «Психопрофилактика в практике педиатра» (1984), «Психология больного ребенка» (1993), «Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте» (1994), «Психосоматическая медицина детского возраста» (1996), «Психосоматические расстройства у детей» (2000), «Психопатология детского возраста» (2001, 2007), «Умственная отсталость у детей и подростков» (2003, 2007), «Детская медицинская психология»

(2004), «Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей» (2005). С соавторами им были написаны такие книги, как «Неврозы у детей и подростков» (1977), «Strategic interventions for hyperactive children» (на английском языке, 1981), «Половое воспитание детей» (1979, 1988), «Психогигиена пола у детей» (1986), «Как вырастить здорового ребенка» (1991), «Медицинская и возрастная психология» (1993), «Подростковая медицина» (1999, 2006), «Школа без наркотиков» (1999, 2001), «Необучаемый» ребенок в семье и обществе» (2002, 2005), «Профилактика ВИЧ/СПИДА у несовершеннолетних в образовательной среде» (2006), «Дети Беслана: диагностика и реабилитация жертв террористического акта» (2006) и др. Сотрудники Д.Н. Исаева защитили и подготовили 29 кандидатских и докторских диссертаций.

Одновременно с преподавательской и научной деятельностью Д.Н. Исаев постоянно проводил консультативную работу в психиатрических учреждениях как Ленинграда (Санкт-Петербурга), так и Ленинградской, Свердловской, Липецкой, Псковской, Брянской, Калининградской, Воронежской и других областей, а также в Хабаровском крае, в Казахской, Эстонской и Литовской республиках.

Преподавание в Педиатрическом медицинском институте Д.Н. Исаев совмещал с работой декана иностранных студентов (с 1966 по 1969 гг.) и проректора по учебной работе (с 1984 по 1988 гг.).

С 70-х годов Д.Н. Исаев был членом Правления, а в 1991-1996 гг. избирался председателем Правления Ленинградского, а затем Петербургского общества психиатров, членом Правления Всероссийского общества психиатров. В настоящее время профессор Исаев – почетный член Правления Петербургского общества психиатров.

Д.Н. Исаев награжден медалями: «В память 250-летия Ленинграда», «За доблестный труд в ознаменование 100-летия В.И.Ленина», «Ветеран труда», «50 лет ПОБЕДЫ в Великой Отечественной войне».

Дмитрий Николаевич Исаев это не только большой ученый с громадной научной эрудицией, это истинный Ленинградский – Санкт-Петербургский интеллигент, ему свойственны скромность, уважительное отношение к студентам, коллегам и ко всем окружающим.

Желаем Дмитрию Николаевичу крепкого здоровья, счастья, творческих успехов и реализации всех планов!

Коллеги, ученики, друзья

О ПРАВАХ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН¹ (Пресс-релиз Конституционного суда Российской Федерации)

27 февраля 2009 года состоялось провозглашение Постановления Конституционного Суда РФ по делу о проверке конституционности ряда положений Гражданского процессуального кодекса РФ и п.4 статьи 28 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

27 февраля 2009 года Конституционный Суд РФ своим Постановлением признал:

не соответствующим Конституции РФ положение части первой статьи 284 ГПК РФ, позволявшее суду принимать решение о признании гражданина недееспособным лишь на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы и *без предоставления* такому гражданину *возможности изложить суду свою позицию*;

не соответствующими Конституции РФ положения части пятой статьи 37, части первой статьи 52, пункта 3 части первой статьи 135, части первой статьи 284 и пункт 2 части первой статьи 379/1 ГПК РФ, лишавшие гражданина, не участвовавшего в первичном судебном разбирательстве и признанного судом недееспособным, права *обжаловать* такое решение в вышестоящие судебные инстанции;

не соответствующим Конституции РФ положение части четвертой статьи 28 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», позволяющее *принудительно* госпитализировать недееспособного гражданина в психиатрический стационар *без судебного решения*.

История вопроса.

Поводом к рассмотрению послужили жалобы Штукатурова Павла Владимировича, Яшиной Марии Афанасьевны и Гудковой Юлии Кимовны.

Заявители были признаны недееспособными решениями судов. С заявлениями в суд обращались их ближайшие родственники (матери Штукатурова и Гудковой и сын Яшиной). Никто из заявителей не был приглашен в судебное заседание и извещен о принятом судом решении. О том, что они признаны недееспособными, все они узнали случайно. Заявитель Штукатуров П.В. по инициативе своего опекуна был принудительно госпитализирован в психиатрический стационар. Но попытки заявителей оспорить решение суда о признании их недееспособными ни к чему не привели, потому что с момента вступления решения суда в законную силу гражданин лишается возможности защитить себя самостоятельно. Право на защиту недееспособного гражданина предоставлено только его опекуну, то есть, в случае со Штукатуровым, Гудковой и Яшиной, это могут делать те самые родственники, которые были инициаторами лишения заявителей их гражданских прав. Заявители утверждали, что опекуны действовали в корыстных целях, стремясь завладеть недвижимостью заявителей.

Заявители полагали, что оспариваемые нормы противоречат ч.3 ст. 123 Конституции РФ: «судопроизводство осуществляется на основе состязательности и равноправия сторон», а также статью 19 Конституции: «все равны перед законом и судом». Они также полагали, что эти нормы лишили их доступа к правосудию и нарушили ст. 46 Конституции РФ: «каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод». По мнению заявителя Штукатурова, норма закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» нарушает ст. 22 Конституции РФ: «каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность» и «...содержание под стражей допуска-

¹ С официального сайта Конституционного суда Российской Федерации

ется только по судебному решению».

27 марта 2008 года Европейский суд вынес Постановление по делу «Штукатуров против России», в котором признал нарушение ряда статей Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод. В октябре 2007 года Штукатуров П.В. обратился с жалобой в Конституционный Суд РФ с просьбой признать неконституционными те нормы законов, которые позволили лишить его дееспособности и госпитализировать в психиатрическую больницу без права оспорить эти решения в судах.

30 января 2009 года Конституционный Суд РФ в открытом заседании рассмотрел дело по жалобам Штукатурова П.В., Яшиной М.А. и Гудковой Ю.К.

Изложение позиции Суда.

Конституционный Суд указал в своем Постановлении, что какая-либо *дискриминация* людей с психическими расстройствами *недопустима*. Более того, учитывая *тяжесть последствий* признания человека недееспособным, когда он утрачивает многие фундаментальные права и свободы и становится *полностью зависим* от опекуна, защищать интересы такого гражданина следует особо.

Граждане, вопрос о дееспособности которых рассматривается судом, являются *равноправными* участниками судебных разбирательств и имеют право защищать свои права, что невозможно без их личного участия в деле. Лишение их возможности отстаивать свою позицию в суде нарушает принципы *справедливости* правосудия, *состязательности* и *равноправия* сторон в судебном процессе.

Однако, как отметил Конституционный Суд, закон не дает ответа на вопрос, *обязан ли* суд известить соответствующих граждан о предстоящем слушании их дела, и требуется ли суду обеспечить таким гражданам другие *возможности защиты* своих прав, например, путем назначения им адвоката. В законе также отсутствуют четкие и ясные критерии, позволяющие определить, какое состояние здоровья достаточно для признания недееспособности.

В этой ситуации роль суда в рассмотрении такого рода дел не может сводиться лишь к *формальному подтверждению* выводов психиатров. Судья обязан вынести решение на основании своего внутреннего убеждения о психическом состоянии гражданина и, в случае *сомнений* в достоверности, подлинности и полноте заключения врачей, назначить *повторную* психиатрическую *экспертизу*.

Конституционный Суд указал на то, что гражданин, которого суд признал недееспособным, должен иметь право сам *обжаловать* решение суда в вышестоящих инстанциях. Иное означает ограничение права граждан на судебную защиту.

Конституционный Суд признал, что принудительная госпитализация в психиатрическую больницу – это безусловное *ограничение свободы*, которая, согласно Конституции РФ, возможна *только по решению суда*. И применять принудительную госпитализацию только на основании просьбы опекуна, особенно, при наличии конфликтной ситуации между недееспособным человеком и его опекуном, недопустимо. Любой опасности ограничения свободы должно противостоять право на судебное обжалование. Иначе ущемляется *достоинство личности*, несоразмерно ограничивается *свобода и личная неприкосновенность* человека, а также *право на судебную защиту*.

Дела заявителей Гудковой Ю.К., Штукатурова П.В. и Яшиной М.А. подлежат пересмотру.

**Судья-докладчик – СТРЕКОЗОВ Владимир Георгиевич.
Председательствующий – ЗОРЬКИН Валерий Дмитриевич.**

БОРИС ЕМЕЛЬЯНОВИЧ МИКИРТУМОВ

(11 марта 1940 – 8 октября 2009)

8 октября 2009 г. после тяжелой болезни на 70-м году жизни скончался заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Борис Емельянович Микиртумов.

Вся жизнь Бориса Емельяновича была связана с Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академией (Ленинградским педиатрическим медицинским институтом) и ее основной клинической базой – психиатрической больницей № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова. С момента окончания института в 1964 г. Борис Емельянович прошел долгий профессиональный путь от врача-ординатора клиники до профессора, заведующего кафедрой психиатрии и наркологии родного вуза.

Будучи учеником знаменитого профессора Самуила Семеновича Мнухина, Борис Емельянович еще на заре своей карьеры впитал в себя лучшие традиции ленинградской педиатрической школы психиатрии. Работая в должности ассистента, он разрабатывал заложенное основателями кафедры научное направление исследования психического недоразвития детей и подростков (кандидатская диссертация – «Нервно-психические нарушения у слепых и слабоблудящих детей и подростков с врожденными катарактами», 1972 г.).

Почти четверть века – с 1985 по 2009 гг. – профессор Б.Е. Микиртумов возглавлял кафедру психиатрии Педиатрической академии. Этот период жизни кафедры ознаменовался глубоким изучением таких новых научных направлений, как психиатрическая гинекология (докторская диссертация

«Нервно-психические нарушения у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями», 1987 г.), психиатрия раннего детского возраста и, наконец, клиническая семантика психопатологии. Под руководством профессора Б.Е. Микиртумова подготовлено и защищено около двух десятков кандидатских работ. Он – автор более 150 научных статей, руководств для врачей, учебников, монографий. Наиболее известные из них – «Клиническая психиатрия раннего детского возраста» (2001 г., в соавт. с Кошавцевым А.Г. и Гречаным С.В.), «Клиническая семантика психопатологии» (1-е изд. 2004 г., 2-е изд. – 2007 г., в соавт. с Ильичевым А.Б.), «Лексика психопатологии» (2004 г.), «Курс общей психопатологии» (2008 г., в соавт. с Ильичевым А.Б.), «Основы клинической наркологии» (2008 г., в соавт. с Гречаным С.В.).

Борис Емельянович Микиртумов – выдающийся ученый-клиницист нашего времени. Основанное им новое научное направление психиатрии – клиническая семантика психопатологии – опирается на классические представления мировой психиатрической науки и в то же время позволяет подойти к изучению психических заболеваний с точки зрения нового для нас лингво-семантического подхода. Высказанные профессором Б.Е. Микиртумовым научные идеи уникальны. Они высоко оценены теми, кому близка и интересна клиническая психопатология.

Творческая деятельность профессора Бориса Емельяновича Микиртумова неразрывна связана с его многолетней консультативной работой в психиатрической больнице № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова. Сотрудничество с врачами и руководством больницы продолжалось более 40 лет. Здесь его хорошо знали и любили. Как профессор-консультант Борис Емельянович пользовался особым уважением среди коллег, его мнение высоко ценилось практическими специалистами.

Известные всей психиатрической общественности Санкт-Петербурга клинические разборы профессора Б. Е. Микиртумова в течение многих десятилетий являлись образцом высочайшего профессионализма, наблюдательности и проницательности, человеческого отношения к больному. Борис Емельянович считается непревзойденным мастером клинической беседы. Коллеги отмечали и высоко ценили в Борисе Емельяновиче такие качества, как широкая эрудиция и философский склад ума. В памяти сотрудников больницы профессор Борис Емельянович Микиртумов надолго останется мудрым педагогом, за плечами которого стоит огромный профессиональный и житейский опыт.

Хочется особо подчеркнуть, что такие присущие профессору Б.Е. Микиртумову качества, как грамотность и компетентность в работе, были важны для него самого не только как проявления истинного профессионализма, но и как атрибуты нравственности.

В памяти близких, учеников и коллег жизнь Бориса Емельяновича Микиртумова останется примером честного и порядочного отношения к делу, качеств, весьма востребованных нашим сложным временем.

ИСПРАВЛЕНИЕ. В выпуске журнала 2009 (9), № 1 в ОГЛАВЛЕНИИ допущена опечатка. В разделе «КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ» коллектив авторов статьи «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: клиническая гетерогенность и возможность терапии» - **Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, Т.И. Анисимова, К.А. Айтбеков** (как в тексте, с. 105). Соответствующее исправление внесено в электронный вариант выпуска на сайте <www.acpp.ru>.

Подписано в печать 20.03.2010. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.
2010 (10), № 1.

Отпечатано в ООО «ЗЕТ-СТИЛ»

г. Москва, т. 980-6323. Зак. № 025