

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2011 (11), № 1

Москва. 2011

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

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

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т.А. Баилова, И.В. Добряков, С.А. Игумнов, 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. 2011

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

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

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии МГППУ. 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, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и кафедры социальной адаптации и психологической коррекции личности 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».

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой нейро- и патопсихологии МГППУ, член редколлегий электронного журнала «Медицинская психология в России», **заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дизонтогенеза. Автор более 100 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста», автор учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста», хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, директор Республиканского научно-практического центра психического здоровья Республики Беларусь. Член 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, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **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, 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, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. Автор более 80 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии». Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, научный руководитель Реабилитационного центра для наркозависимых «Надежда». Автор более 300 научных публикаций, 17 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия» и др. Автор антиципационной концепции неврогенеза, 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 сеттлментов 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 последиplomного образования. Автор более 100 печатных работ, из которых 4 - монографии в соавторстве, в том числе первая отечественная монография по психологическим защитам у детей. Автор оригинальной технологии выявления психологической защиты у детей и подростков и метода диагностики и коррекции личности ребенка и системы его отношений с помощью серийных рисунков и рассказов. Сфера научных интересов: общая психология, медицинская психология, психология развития, психологическое индивидуальное и семейное консультирование.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник НЦ психического здоровья РАМН, **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 и 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, профессор, действительный член РАО, заслуженный деятель науки РФ, директор Института социологии образования РАО, лауреат Премии Президента РФ в области образования. Автор более 400 научных публикаций по проблематике социологии образования, детской, возрастной и педагогической психологии, психологии искусства. Ряд статей и монографий переведен на иностранные языки и изданы за рубежом. 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, зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, **председатель Московского филиала 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 артпедагогика 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 МГППУ. 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**. Автор более 170 научных работ, в т. ч. 8 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". Автор (вместе с Н.В. Александровой) двух моделей психотерапии - краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии. Круг интересов: психоанализ, системный, синергетический и нарративный подходы. Основные области исследований: психосоматические отношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей.

СОДЕРЖАНИЕ

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

И.В. Добряков

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ,
БУДУЩЕЕ..... 8

И.М. Никольская

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ – НОВАЯ
АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ (окончание)..... 11

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

Н.М. Иовчук

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
С ВЕДУЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 24

Н.В. Зверева

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ..... 32

Н.О. Николаева, Т.А. Мешкова

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: СОЦИАЛЬНЫЕ,
СЕМЕЙНЫЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ..... 39

Н.В. Полянская

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
У ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ..... 49

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

Н.А. Мазаева

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ 56

И.В. Вачков

ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ
КОНТУРЫ СКАЗКОТЕРАПИИ..... 65

А.М. Щербакова

ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОГО ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА ДЕТЕЙ-СИРОТ,
ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ НАРУШЕНИЕМ СТРУКТУРЫ ПРИНИМАЮЩЕЙ
СЕМЬИ..... 73

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Н. Asperger. «AUTISTISCHEN PSYCHOPATHEN» IM KINDESALTER	
Х. Аспергер «АУТИСТИЧЕСКИЕ ПСИХОПАТЫ» В ДЕТСКОМ	
ВОЗРАСТЕ (Перевод А.В. Челиковой. Научное редактирование А.А. Се-	
верного) (окончание).....	82

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

М.С. Карасева	
ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНЫХ ДРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В	
ПОДРОСТКОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ	
ДЕТСКО-ВЗРОСЛОЙ ОБЩНОСТИ.....	110
Е.Б. Жовтобрюх	
ШКОЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПРОСТРАНСТВО: ОПЫТ,	
РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ.....	114
Сухих В.Ф., Буторина М.Ю.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ РЕСУРС ЦЕНТРОВ	
ОБРАЗОВАНИЯ.....	116
Почепка И.В., Якунина Е.И.	
РАНЖИРОВАНИЕ СФЕРЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ	
ШКОЛЬНИКОВ И КЛАССНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ	120
МОНИТОРИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	124

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Е.О. Смирнова	
МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР «ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ	
ИГРУШКИ: ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТИЗА».....	140
И.В. Добряков	
РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ Б.В. ВОРОНКОВА	
«ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ».....	143

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

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

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

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

И.В. Добряков

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ**
(лекция)

**Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования,
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).**

Появление перинатальной психологии как раздела психологической науки произошло примерно в 60-е годы прошлого века и связано с бурным развитием перинатологии (греч. peri – приставка, означающая расположение около, вокруг; лат. natus – рождение). Толчком к ее развитию послужило повышение интереса ученых к вопросам самого раннего этапа психогенеза, во многом обусловленного необходимостью поиска способов, позволяющих приостановить тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. Сложность проблем перинатального периода требовала интеграции научных знаний и сотрудничества различных специалистов (акушеров, педиатров, генетиков, эндокринологов, биохимиков, социальных работников психологов и психиатров и др.). Развитие перинатологии в России и западных странах существенно отличалось.

В Советском Союзе зачатие, беременность, роды рассматривались в свете господствующих идей нервизма как совокупность следующих друг за другом безусловных и условных рефлексов. Их особенности объяснялись взаимодействием коры больших полушарий головного мозга с подкоркой. Понятно, что в этих условиях становление перинатологии имело крен в биологическую сторону, исследования во многом предпринимались с целью получить результаты, полезные акушерам-гинекологам. Основоположники перинатологии в нашей стране Н.Л. Гармашова и Н.Н. Константинова отмечали, что выделение ее в отдельную дисциплину стало возможным благодаря большим успехам в области «физиологии и патофизиологии внутриутробного развития». При этом существенное значение придавалось изучению «нарушений адаптации матери к зародышу и зародыша к матери» [3]. Психологическим и социологическим исследованиям уделялось недостаточно внимания. Проводились они только с позиций учения И.П. Павлова и имели существенный недостаток: плод и беременная исследовались, как правило, изолировано друг от друга, недостаточно изучалось их взаимодействие.

Материнско-детские отношения изучались в советской психологии Л.С. Выготским и его учениками, но вне связи с перинатологией. В культурно-историческом подходе Л.С. Выготского исследовалась роль взрослого (особенно матери) в развитии ребенка как представителя человеческого рода, как субъекта познавательной активности. Л.С. Выготский считал, что пренатальный период выходит за рамки психологического исследования, так как нижней границей детской психологии является момент рождения [2]. Многие предпринимаемые в Западной Европе и в Америке исследования, имеющие отношение к пренатальному

развитию психики и взаимоотношениям в диаде мать-пренейт, основывались на психоаналитических взглядах. В СССР все связанное с психоанализом, к сожалению, долгое время подвергалось огульной, во многом неоправданной критике. К достижениям того времени следует отнести разработку И.З. Вельвовским с сотрудниками и внедрение в практику в 1949 г. «психопрофилактического метода обезболивания родов» [1]. Созданный на основе идей нервизма этот метод, способствовал психологической подготовке женщин к родам и, безусловно, был прогрессивным для своего времени. Наряду с профилактикой, ранней диагностикой нарушений физиологического течения беременности с его помощью решались задачи «избавления женщин от ложных отрицательных эмоций, связанных с беременностью и родами». Женщин знакомили с основными закономерностями течения беременности и родов, обучали активному поведению в родах, что способствовало снижению тревоги. Этот метод широко применялся в женских консультациях и родильных домах в Советском Союзе, а также получил известность за его пределами. Таким образом, этот метод хотя и не уделял достаточно внимания ребенку и его отношениям с матерью, однако интегрировал социально-просветительные, акушерско-гинекологические мероприятия с психогигиеной и психопрофилактикой. Особенности общественного строя в нашей стране в то время, с одной стороны, препятствовали всестороннему исследованию проблемы, с другой – способствовали быстрому и тотальному внедрению одобренных партией и правительством разработок.

Во времена перестройки не возбранялись исследования, опирающиеся на самые разнообразные теории, однако возникали серьезные проблемы с их планированием, финансированием и внедрением в практику. В итоге наиболее успешными нередко оказывались не те, кто проводил серьезные исследования, а те, кто был энергичнее, имел финансовые и административные ресурсы. Разделение общества на более и менее обеспеченных материально людей привело к появлению семей, имеющих возможность выбирать специалистов и оплачивать особое сопровождение беременности и комфортные условия родоразрешения. Появление спроса сформировало рынок услуг. Чтобы быть успешным на этом рынке некоторые психологи и лица, называющие себя таковыми, предлагали новые, оригинальные, иногда сенсационные способы подготовки к родам и их ведению. Как правило, большинство этих новаций не было научно обосновано. В это время усилилось некое противостояние перинатальных психологов и акушеров-гинекологов. Ответом на длительно практиковавшийся патернализм врачей, не интересующихся психологией, игнорирующих психологов, стала недооценка психологами важности влияния биологических факторов на течение беременности и родов.

Несовершенные взаимоотношения различных специалистов, занимающихся вопросами зачатия, беременности, родов, развитием младенцев, их несогласованные действия препятствовали развитию перинатальной психологии, оптимизации оказания перинатальной помощи. С целью преодоления этих противоречий на постсоветском пространстве стали создаваться общественные организации, целью которых было создание перинатального комплаенса (англ. *compliance* – согласие). Под этим понятием подразумевалось партнерское взаимодействие беременной женщины, ее родственников и специалистов, достигших взаимопонимания и сформировавших общее мнение о том, кем, в каком объеме и каким образом должна оказываться медицинская и психологическая помощь. Подобное взаимодействие требует, чтобы перинатальная психология, рожденная как научная дисциплина на стыке нескольких наук, развивалась в рамках системного биопсихосоциального подхода, подразумевающего нели-

нейные отношения между переменными [4].

Изменение социальной ситуации в нашей стране, стремление решать демографические проблемы привело в настоящее время к созданию благоприятных условий для развития перинатальной психологии. Очевидно, что ее дальнейшее полноценное развитие возможно лишь при формировании методологии междисциплинарных связей, обеспечивающей им интеграцию соответствующих биологических, психологических и социальных направлений исследований.

В марте 2006 г. Минздравсоцразвития РФ был издан приказ № 223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации». Согласно этому приказу, в структуру женской консультации рекомендуется включить кабинет психотерапевта (медицинского психолога). Разумеется, это должны быть специалисты, компетентные в области перинатальной психологии, психопатологии, психотерапии, микропсихиатрии. Проявление внимания к проблемам перинатальной психологической и психотерапевтической помощи населению связано с тем, что только сочетание мер, направленных на преодоление низкого материального уровня жизни, с мероприятиями, нацеленными на решение психологических проблем семьи, матери и ребенка, способно улучшить демографическую ситуацию в стране.

Предполагалось, что работающие в кабинете перинатальные психотерапевты и психологи, сотрудничая с акушерами-гинекологами, терапевтами, неонатологами, методистами ЛФК и другими специалистами, будут способствовать осуществлению биопсихосоциального подхода при оказании помощи беременным женщинам в дородовой подготовке, в ведении родов, в раннем постнатальном периоде. Однако в реальной жизни выполнить приказ министерства оказалось весьма затруднительно по двум причинам. Важнейшая из них – дефицит специалистов, способных профессионально оказывать перинатальную психологическую и психотерапевтическую помощь, приводит к негативным последствиям. Нередко в этом качестве выступают люди, не имеющие достаточного образования, невежественные самозванцы. В результате растет количество ятрогений и психологений. Часто обучение перинатальной психологии осуществляется на базе не медицинской (клинической), а педагогической или общей психологии. Прошедшим такое обучение специалистам сложно бывает своевременно обнаружить и понять медицинские проблемы, столь часто возникающие во время беременности, родов, в раннем постнатальном периоде. Им труднее бывает найти общий язык и сотрудничать с медицинским персоналом. В связи с этим довольно часто приходится сталкиваться с негативным отношением медицинского персонала к перинатальным психотерапевтам и психологам, с непониманием их профессиональных задач и возможностей. Возникающая при этом конфронтация препятствует формированию системы «мать-дítě».

Преодоление трудностей, препятствующих созданию и эффективной работе кабинетов психотерапии при женских консультациях, конструктивному взаимодействию разных специалистов, осуществляющих помощь беременным женщинам, молодым матерям, членам их семей, требует принятия ряда мер. Необходимо совершенствовать обучение в области перинатальной психологии, психопатологии, психотерапии, микропсихиатрии. Подготовку специалистов в этой области предпочтительней готовить на курсах тематического усовершенствования медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, психиатров. Программа курсов должна включать сведения по акушерству, гинекологии, неонатологии. Курсы повышения квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов должны включать в себя темы, раскрывающие основные положения

перинатальной психологии и психотерапии.

В Санкт-Петербургской академии последипломного образования в феврале 2001 г. на методическом совете была утверждена программа «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия». Она предназначена для усовершенствования психологов, психотерапевтов, психиатров, акушеров-гинекологов, неонатологов, работающих с беременными женщинами, младенцами, с семьями, ожидающими ребенка, в женских консультациях, родильных домах, детских поликлиниках, в консультациях по вопросам семьи и брака, в учреждениях психоневрологического профиля. Столь разные специалисты имеют общие задачи – сохранение здоровья матери и ребенка, профилактика возникновения соматических и нервно-психических расстройств, своевременное выявление их признаков и грамотная квалифицированная помощь. Основные разделы программы посвящены теоретическим и практическим вопросам перинатальной медицины вообще и неонатологии и перинатальной психологии, психотерапии, микропсихиатрии в частности. Оригинальный опыт совместного обучения различных специалистов оказался удачным. Они не только усвоили сведения по ряду вопросов, относящихся к смежным дисциплинам, но и получили ценный опыт общения с разными специалистами, научились сотрудничать, вырабатывать комплексные подходы к решению конкретных задач, связанных с их совместной работой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельвовский И. З. Система профилактического обезболивания родов. – М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1963. – 234 с.
2. Выготский Л.С. Проблема культурного развития ребенка (1928) // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология, 1991. № 4. – С. 5-18.
3. Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. – Л.: Медицина, 1978.
4. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // The American Journal of Psychiatry. May 1980. Vol. 137. – P. 535-544.

И.М. Никольская

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ – НОВАЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ¹ (лекция)

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (Санкт-Петербург).

Теоретические основы метода серийных рисунков и рассказов

Теоретической основой метода серийных рисунков и рассказов мы считаем *психодинамический подход* к психологическому консультированию и психотерапии, который целенаправленно *интегрируем с элементами суггестивного, нарративного и семейного психотерапевтических подходов*.

В рамках *психодинамического подхода* внимание сосредоточено на исследовании отрицательных переживаний, конфликтов, сновидений, образов воображения [30]. Проводится анализ типичных для клиента механизмов психологической защиты по схеме: «конфликт–эмоция–психологическая защита–совладание». С помощью направленного использования механизмов сублима-

¹ Окончание. Начало в предыдущем выпуске.

ции и катарсиса ведется работа по выявлению и отреагированию подавленных психотравмирующих переживаний. Защитный механизм отчуждения дает клиенту возможность выйти за пределы психотравмирующей ситуации и взглянуть на нее со стороны, отсоединиться от значимых фигур из прошлого опыта, разделить когнитивные и эмоциональные элементы переживаний.

В рамках использования техник *суггестивного подхода*, прежде всего за счет «навязывания» определенного ритма и содержания работы, у клиента формируется состояние выраженной концентрации внимания. Это укрепляет связь (словесный контакт) между ним и специалистом. Благодаря этому прорабатываемая тема начинает занимать все поле сознания, вытесняя все другие, в данный момент незначимые, чувства и мысли. Такая «поглощенность внутренними восприятиями» побуждает «Я» клиента проявляться автоматически, что можно трактовать как достижение измененного или трансового состояния сознания (по М. Эриксону) [25].

Суггестивные техники также используются при построении диалогов между клиентом и значимыми фигурами из его окружения, изображенными на рисунках (живыми и умершими). Например, специалист побуждает клиента повторять фразы, выражающие положительные чувства по отношению к значимому члену семьи, и фразы, выражающие положительные чувства этого родственника к нему самому. Тем самым укрепляется или формируется позитивный образ данного человека, а в случае его смерти - осуществляется акт прощания (отсоединения) [18].

Элементы *нарративного*² (*повествовательного*) *подхода* используются при создании рассказов по рисункам в диалоге клиента с психологом. Особенность нарративных рассказов заключается в том, что их смысл зависит не от реальности, а от ее интерпретации двумя лицами: того, кто историю рассказывает (Я-рассказчика), и того, кто ее выслушивает и/или прочитывает (Я-слушателя/читателя).

Таким образом, смысл рассказа для двух участников диалога возникает в процессе повествования, то есть обретается ретроспективно, после того как событие, о котором повествуется, уже произошло. И здесь нарратив рассказчика взаимодействует с нарративом слушателя и/или читателя, по-новому центрирующего текст и придающего ему новые значения.

² Согласно нарративному подходу, жизнь каждой личности представляет собой историю. В таком понимании личность не только социально сконструирована, но также лингвистически закреплена в виде саморассказов.

До первого века н.э. термин *narratio* обозначал часть речи оратора, следующей за провозглашением тезиса. Потом понятие было расширено и обозначало изобретательное рассказывание историй (часть риторики).

Классическая форма возникновения нарратива – это история (рассказ). Нарратология, или теория повествования, – особая литературоведческая дисциплина, которая оформилась в конце 60-х годов XX в. Она изучает повествование нарратива как фундаментальной системы понимаемости любого текста. Нарратология признает наличие глубиной структуры, лежащей в основе любого текста, и стремится доказать, что любой, даже нелитературный дискурс, функционирует согласно принципам и процессам, наиболее наглядно проявляющимся в художественной литературе. Главный акцент нарратология делает на процессе реализации этой структуры в ходе активного диалога между рассказчиком (писателем) и слушателем (читателем). Так, М. Бахтин, принципиальный сторонник диалогичности литературы, всегда подчеркивал активную роль *другого*, «слушающего», в любом высказывании, в том числе в художественном произведении [27].

В процессе создания рассказа по рисунку психолог, с одной стороны, использует традиционные техники активного слушания, ободрения, постановки вопросов (закрытых, открытых и альтернативных), выяснения, дальнейшего развития мыслей собеседника, отражения и прояснения чувств. С другой стороны, важная особенность диалога по рисункам - это постоянный учет контекста происходящего в ситуации «здесь и теперь», воплощенный в словесных описаниях клиента.

Известно, что контекст характеризуется несимметричностью, в результате чего так называемая «периферия» может оказаться более значимой, чем «центр» бытия. Обращая внимание на незначительные детали рисунка и рассказа и расшифровывая скрытые значения образов и слов («что это означает?»), специалист создает условия для достижения клиентом инсайта и катарсиса. В результате взаимно созданного и взаимно разделяемого контекста переживаний между специалистом и клиентом возникает состояние близости, поддержки и понимания [28].

Теория семейной психотерапии используется для диагностики положения клиента в системе семейных взаимоотношений и выявления возможной роли семьи в происхождении его симптомов, а также при интерпретации материала, полученного в ходе применения метода серийных рисунков и рассказов [29, 32].

2.4. Цели использования метода

- Изучение внутреннего мира.
- Выявление и отреагирование скрытых проблем и конфликтов.
- Исследование механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения.
- Определение психологических причин трудностей в межличностном взаимодействии (в том числе, в детско-родительских, супружеских и семейных взаимоотношениях).
- Дифференциальная психодиагностика (уточнение диагноза).
- Кризисное консультирование и психотерапия (в том числе психологическая помощь в ситуации переживания утраты и психотерапия лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами).

Часть 3. Случай Юли и ее мамы: определение психологических причин в детско-родительских взаимоотношениях; исследование психологической защиты и совладающего поведения

3.1. Описание случая

К психологу обратились мама, 37 лет, и ее дочь Юля, 14 лет, ученица 8 класса средней школы с углубленным изучением испанского языка. Еще в состав семьи входит папа, 44 лет. Раньше в семье был кот, но потом его отдали, так как у Юли гайморит и аллергия.

Повод для обращения - непонимание между матерью и дочерью. Запрос мамы – помочь разобраться, почему отношения не складываются.

Во время беседы психолога с членами семьи выяснилось следующее.

Со слов мамы, у Юли с рождения проблемы со здоровьем (аллергия, сниженный иммунитет), она находится под наблюдением специалистов. У девочки и сейчас бывают частые простудные заболевания, расстройства кишечника. Она чрезмерно эмоциональна, страдает навязчивыми действиями: «дергает носом», «закусывает губы».

До 7 лет Юля была с мамой дома. Когда мама вышла на работу, а дочь пошла в первый класс, ей взяли няню-психолога, которая в течение года занималась с ребенком, чтобы прошли навязчивости.

В настоящее время маму больше беспокоят не проблемы со здоровьем дочери, а то, что Юля хочет быть «другой, не такой, как другие дети». Она носит черную

одежду, лицо закрывает капюшоном, интересуется готами, панками и сатанистами. Из-за такого поведения дочери мама постоянно испытывает страх. Однако, если она прямыми действиями пытается изменить поведение Юли, та делает все наперекор, по типу «ты мне не позволяешь, а я еще больше буду это делать».

По мнению Юли, ее мама «очень тревожная, приставучая – постоянно к ней лезет, контролирует». Маме «интересно следить за каждым шагом дочери», у нее постоянный страх, что с Юлей что-то плохое случится, что она заболит. Юля считает, что мама «добрая и ответственная, но совсем не знает современную молодежь».

После знакомства и беседы маме было дано задание заполнить бланк опросника «Анализ семейных взаимоотношений» в соседней комнате [32]. Юля с психологом сели рисовать и составлять рассказы [20].

Автопортрет

На рисунке Юля изобразила себя в образе представителя субкультуры эмо. Она стоит, скривив ноги ступнями внутрь. На ней темная футболка, обтягивающие и суженные книзу брючки. На бедрах – ремень с большой металлической бляхой, через плечо – почтовая сумка с двумя значками. На голове – широкий обруч. Волосы коротко подстрижены, сильно начесаны вверх, так что стоят торчком. Косая, на пол-лица, челка закрывает один глаз. Глаза густо подведены темным, сильно выделены. На губах пирсинг: два кольца на верхней губе, одно – на нижней. В ушах наушники от плеера – Юля слушает музыку.

Ю.: «Меня зовут Юля. Мне здесь 15 лет. Стою на улице. Настроение плохое. Думаю о музыке, про себя пою. Хочу погулять с друзьями, сходить на концерт. Тогда настроение улучшится.» П.: «Что означает зарытое лицо?» – Ю.: «Признак красоты.» – П.: «А кто твои друзья?» – Ю.: «Только не одноклассники.» – П.: «Не одноклассники? Почему?» – Ю.: «Одноклассники такую музыку, такую одежду и прическу не поймут. Я – одно, а одноклассники – другое.»

Моя семья

Последовательно нарисованы мама, папа, кот. Папа протягивает маме руку и касается ее ладони, но смотрит не на нее, а в сторону, как будто кого-то высматривает.

Ю.: «Мама и папа в парке. Настроение у них хорошее. Думают о делах, о работе, о машине. Потом пойдут домой, в магазин.» П.: «А ты где?» – Ю.: «Я гуляю с друзьями. Маме и папе обидно, им больно, что я ними не гуляю. Их раздражает, что я хочу подальше от них гулять. Мне на душе тревожно, но с друзьями веселей. Я чувствую себя свободной, взрослой.»

Если бы у меня была волшебная палочка

На картинке улыбающаяся Юля с сумками в обеих руках выходит из магазина. Рядом с магазином машина, в ней папа и мама.

Ю.: «Я бы наколдовала себе деньги и одежду. Я тут в магазине одежды. Я покупаю новую одежду: хлопковую кофту (черную и розовую), ботинки, джинсы, балахоны, шарфики.» – П.: «А зачем тебе еще нужны деньги?» – Ю.: «Папе купить машину – не копейку, как у нас, а иномарку. Детям бездомным дала бы деньги. Потратила бы на животных брошенных. Ходила бы на концерты. И сделала бы свой альбом, клипы.»

Я переживаю

На рисунке Юля в образе девочки-эмо стоит и плачет.

Ю.: «Я переживаю, что я не могу пойти гулять, потому что болею. Переживаю страдание, печаль, грусть. Хочется сбежать, с друзьями погулять по городу.» П.: «Они тебе звонят, приходят?» – Ю.: «Они звонят, но не прихо-

дят.» – П.: «Почему?» – Ю.: «Они заняты. Или родители им не разрешают.» – П.: «Что помогает снять страдание, печаль и грусть?» – Ю.: «Мне помогает музыка. Лекарства, подруга.»

Я боюсь

Сначала рисовать отказывалась, говорила: «Я ничего не боюсь». Услышав от психолога, что обычно у детей столько страхов, сколько им лет, выполнить задание согласилась и нарисовала три страха: как мама и папа ее ругают; маньяк с ножом; девушку, которая совершает самоубийство.

П. (показывая на центральный рисунок): «Это кто?» – Ю.: «Это маньяк. Его опасаясь, он с ножом.» П.: (показывая на левый рисунок): «Здесь что нарисовано?» – Ю.: «Что родители кричат из-за двоек.» П.: «Зачем родителям надо, чтобы ты хорошо училась?» – Ю.: «Они хотят, чтобы я была юристом.» – П.: «А ты кем хочешь быть?» – Ю.: «Актрисой кино или певицей.» – П.: «Какая у тебя любимая актриса?» – Ю.: «Одри Хепберн» – П.: «А фильм какой?» – Ю.: «Римские каникулы.» – П.: «Что там самое хорошее, в «Римских каникулах?» – Ю.: «Что она сбежала из дворца.» П. (указывая на правый рисунок): «А здесь чего ты боишься?» – Ю.: «Боюсь самоубийства.»

Я об этом не хочу вспоминать

Нарисовала себя, лежащей на кровати.

Ю.: «Не хочу вспоминать, как я болела и лежала в больнице. Не хочу вспоминать проколы и уколы.» П.: «Что там было самое неприятное?» – Ю.: «То, что было **больно**.» (Примечание: слово «больно» выделено. Кроме того, написав слово «больно», обводит кругом голову Юли, изображенной на рисунке, как бы показывая, где было особенно больно.) П.: «Что тебе помогло справиться с болезнью?» – Ю.: «Сила воли, чувство ответственности.» – П.: «Тебе люди какие-то помогали?» – Ю.: «Мама.» – П.: «Рисуй – «Я и моя мама»».

Я и моя мама.

Сначала Юля изобразила себя и маму, которая к ней протягивает руки и будто бы ее держит. Лицо дочери закрыто челкой, челка сильно заштрихована. Губы сжаты.

П.: «Что ты здесь, на этом рисунке чувствуешь?» – Ю.: «Раздражение.» – П.: «Раздражение – отчего?» – Ю.: «Что мама меня держит.» – П.: «А мама что чувствует?» – Ю.: «Радость.» – П.: «Отчего?» – Ю.: «Что меня держит.» – Ю.: «Зачем маме тебя держать?» – Ю.: «Ей кажется, что мне 9 лет. Она хочет, чтобы я не выросла и никуда не уходила.» – П.: «Когда мама так тебя держит, ты себя чувствуешь на какой возраст?» – Ю.: «На 4 года.» – П.: «Ты о каких отношениях с мамой мечтаешь? Рисуй.»

Юля рисует себя и маму, держащимися за руки. Лицо Юли закрыто челкой, но она уже не так заштрихована. И мама, и Юля улыбаются.

Ю.: «Мы дружим. Она ко мне не пристает.» – П.: «На какой возраст ты здесь себя ощущаешь?» – Ю.: «На свой возраст.»

Я взрослая, мне 25 лет я работаю на своей работе

Изобразила себя в платье с короткой юбкой, в туфлях на высоких каблуках, с густыми распущенными волосами, с открытым лицом, улыбающуюся.

Ю.: «Я певица. Выступаю в клубах. У меня высшее образование – закончила институт. Пока не замужем. Живу в Англии. Замуж выйду в 30 лет. Муж будет врач. Будем жить в Англии в трехкомнатной квартире. А мама и папа будут жить в Петербурге. Но я к ним часто приезжаю.»

После завершения работы психолог разложила перед Юлей ее рисунки и коротко пересказала, что было сделано. Затем попросила отметить, какие из ри-

сунков самые «приятные», какие - «неприятные». Юля объяснила, что «приятные» два - «Автопортрет в полный рост» и «Моя семья». Ей нравится, как она на первом рисунке выглядит, а на втором – что с друзьями гуляет. Неприятными для нее оказались рисунки «Я об этом не хочу вспоминать» (про то, как она болеет) и «Я боюсь маньяка с ножом».

На вопрос, как изменилось ее самочувствие и настроение по ходу работы, сказала - улучшилось. На вопрос, хочет ли она показать маме то, что сделала, ответила положительно. Спрятала в стол рисунок про самоубийство, «чтоб маму не напугать», и сама ее позвала.

Психолог высоко оценила работу Юли, показала маме ее рисунки и вслух прочла рассказы. В ходе этого были даны краткие комментарии.

Главный акцент был сделан на том, что Юля – уже не ребенок, а подросток, ей важно взрослеть, общаться со сверстниками, разделять их интересы и постепенно отделяться от своих родителей («Автопортрет в полный рост», «Моя семья», «Я переживаю»). Такое отделение вызывает страх («Моя семья», «Я боюсь»). Семья – это главная защита Юли, о благополучии которой она тревожится («Моя семья», «Если бы у меня была волшебная палочка»). Мама для Юли и вообще самый главный друг, поддержка и опора, особенно во время болезни, когда больно и одиноко («Я об этом не хочу вспоминать»). Только Юле очень важно, чтобы мама не считала себя - взрослой, а Юлю - ребенком. Это вызывает раздражение. Юля хочет быть с мамой на равных, дружить с ней («Я и моя мама»).

Затем психолог попросила Юлю выйти в соседнюю комнату, объяснив, что теперь она будет обсуждать с мамой результаты заполнения опросника.

Далее состоялся разговор психолога с мамой. Вот его основные тезисы.

По данным опросника АСВ, для мамы характерны высокая фобия утраты ребенка и воспитательская неуверенность. Фобию утраты можно объяснить историей болезни Юли и постоянными опасениями мамы за ее здоровье. В результате «слабые места» мамы как родителя - повышенная воспитательная неуверенность, боязнь ошибиться, сочетание стремления удовлетворять любые пожелания дочери с мелочным контролем и опекой. Можно предположить, что воспитательная неуверенность мамы связана с ее тревожно-мнительными чертами, на что прямо указала в начале беседы Юля.

Анализ работ Юли показывает, что для нее характерны особенности поведения, типичные для подросткового возраста: реакции эмансипации (желание освободиться от контроля и опеки взрослых), группирования со сверстниками и хобби-реакция (стремление к нерегламентированному общению, желание соответствовать нормам подростковой субкультуры).

Потребность стать взрослой, свободной и самостоятельной, общаться с ребятами у Юли особенно заострена в связи с тем, что она много болела, находилась в ситуации режима ограничений и запретов, часто переживала чувство одиночества из-за того, что одноклассники ее не навещали и ее переживания – не разделяли. То, что Юля хочет быть не такой, как все, обратить на себя внимание, противопоставить себя одноклассникам можно также объяснить тем, что она из-за своей болезни была в центре внимания родителей, а потому неосознанно ждет особого внимания от окружающих. Наверное, потому Юля так любит героиню Одри Хепберн из кинофильма «Римские каникулы», принцессу Анну, которая «сбежала из дворца». Анна – особая, не такая, как все, – она принцесса. Но ведь после того, как Анна открыла новый мир и себя - новую, она, руководствуясь чувством долга и ответственности, вернулась обратно во дворец, чтобы выполнять свои повседневные обязанности.

Несмотря на выраженную реакцию эмансипации, Юле пока еще страшно отрываться от семьи. Она осознает ценность родителей в своей жизни и, в первую очередь, мамы, которая всегда находится рядом с ней в трудных жизненных ситуациях и помогает справляться с болезнью и болью.

С учетом полученных данных, заявленную проблему можно квалифицировать как нормативный кризис, связанный с переходом семьи с одной стадии жизненного цикла (семья с ребенком-младшим школьником) на другую стадию жизненного цикла семьи (семья с ребенком-подростком).

Маме были даны разъяснения, что во время такого кризиса прежние способы функционирования не удовлетворяют вновь возникшие потребности членов семьи. Это заставляет пересматривать семейные правила и вырабатывать новые способы поведения. Рисунок «Я и моя мама» четко показывает, что желание мамы держать дочку рядом с собой и препятствовать ее взрослению вызывает у девочки агрессию. Это будет вести к конфликтам в материнско-детских отношениях. Юля мечтает, чтобы мама признала ее подростковый возраст, связанные с ним поведенческие изменения и внесла изменения в воспитание.

На вопрос мамы, как ей следует относиться к увлечениям Юли готами и эмо, психолог ответила, что они обычно преходящи и нужны для того, чтобы соответствовать подростковой субкультуре и быть принятыми сверстниками. У Юли хорошие нравственные и культурные ценности, поэтому ей следует верить и к ее подростковым интересам относиться терпимее.

3.2. Технические аспекты работы психолога при взаимодействии с Юлей и ее мамой

Технические аспекты работы психолога в процессе создания творческой продукции

Когда проблема семьи связана с ребенком и на консультацию приходят дети и их родители, перед специалистом *встает задача изучения ситуации (заказа) не только с точки зрения родителя, но также с точки зрения ребенка*. Это надо для того, чтобы, охарактеризовав ребенка как личность, имеющую проблему, *воздействовать затем на его родителей и, изменив стереотипы их отношений, модифицировать поведение ребенка*. В таком случае специалист *исполняет просветительскую роль* и нередко по-иному представляет ребенка его собственным родителям, знакомит их с его сомнениями и переживаниями, скрытыми конфликтами, попытками защититься от напряжения и дискомфорта и приспособиться к психотравмирующим ситуациям. Он так строит свою работу, чтобы в ответах ребенка его личностные особенности, переживания, представления выглядели для родителей ново, а сам он предстал перед ними в выгодном свете. Консультант тем самым стремится к реабилитации ребенка в глазах родителей, к принятию его ими таким, каков он есть [5]. С учетом этого, совместное изучение и обсуждение специалиста с членами семьи рисунков и рассказов ребенка позволяет во многих случаях оказать на родителей мощное психологическое воздействие.

Для самого ребенка создание рисунков и рассказов также очень важно. Такая работа учит самораскрытию, формирует самосознание, дает опыт обсуждения и разделения своих проблем с другим человеком, опыт понимания и психологической поддержки. Тем более важно, если понимают и оказывают поддержку не только специалист, но и родители.

Исходя из вышеизложенного, рассмотрим технические аспекты взаимодействия.

1. В рассматриваемом случае *запрос был сформулирован мамой* – ее вол-

новало, что у нее не складываются отношения с дочерью. Однако во время консультации большая часть времени была отведена на работу с Юлей. С помощью метода серийных рисунков и рассказов было осуществлено присоединение, сбор информации о девочке, ее внутреннем мире, взаимоотношениях и особенностях поведения в стрессовых ситуациях, внутренних и внешних ресурсах, представлениях о будущем.

2. Благодаря использованию *арт-терапевтической беседы* за короткое время удалось получить информацию достаточно полную, детальную, наглядную и потому доступную для понимания и матери, и дочери. Преимущества арт-терапевтической беседы состоят в том, что она конкретна (обсуждаются рисунки), носит отстраненный характер (касается не самого клиента и его системы отношений, а клиента, изображенного на рисунке) и структурирована (прорабатываются заданные темы в определенной последовательности).

3. *Рассказы по рисункам*, которые Юля составляла в процессе арт-терапевтической беседы, на самом деле представляют собой перечень ее ответов на конкретные вопросы психолога. Эти вопросы формулировались, исходя из соотнесения невербального и вербального контекстов («Сколько тебе здесь, на рисунке, лет?» – «15». – «Ты где?» – «На улице.» – «Какое у тебя настроение?» – «Плохое.» – «О чем ты думаешь, когда плохое настроение?» – «Думаю о музыке, про себя пою.» – «Что хочется сделать, когда плохое настроение?» – «Погулять с друзьями, сходить на концерт.»)

Если в начале беседы вопросы стимулировали девочку на монолог, то по мере вхождения в ее внутренний мир они становились все более конкретными и детальными. Это было нужно для прояснения самых разных аспектов жизненной ситуации, в которой находилась Юля, и содержания ее переживаний. («Зачем родителям надо, чтобы ты хорошо училась?» – «Они хотят, чтобы я была юристом.» – «А ты кем хочешь быть?» – «Актрисой кино или певицей.» – «Какая у тебя любимая актриса?» – Ю.: «Одри Хепберн.» – «А фильм какой?» – Ю.: «Римские каникулы». – «Что там самое хорошее?» – «Она сбежала из дворца.»)

4. Важная особенность *арт-терапевтической беседы* состоит в том, что она имеет лечебный эффект – облегчает выражение, осознание и отреагирование скрытых эмоций, проблем и конфликтов.

Это следует подчеркнуть особо. Процесс создания рисунков и рассказов можно рассматривать не только как проективную процедуру и как важный вид социально одобряемой деятельности, но также как сублимационную арт-терапию, благодаря которой легко проявляются, отображаются и осознаются различные инстинктивные импульсы и эмоциональные состояния. В результате этого Юля в конце работы отметила улучшение самочувствия и настроения.

5. В процессе взаимодействия с психологом Юля предпочла практически на все вопросы давать письменные ответы. Письменная речь – это специфический способ обобщения опыта, порождения мысли и сознания. Она дает возможность свободного самовыражения.

Как указывалось выше, структура письменной речи такова, что клиент сначала осмысливает тему высказывания, производит отбор материала, относящийся к теме, а потом уже располагает его в нужной последовательности. Таким образом он совершает объемную и сложную работу. Использование письменной речи усиливает сублимационный эффект арт-терапии.

Здесь стоит отметить, что на фоне использования клиентом письменной речи отказ (нежелание) описывать очередной рисунок, по аналогии с отказом рисовать на определенную тему, в ряде случаев указывает на то, что произошел

выход на особенно острые отрицательные переживания. Юля описала все свои рисунки, кроме рисунка на тему «Я боюсь», где были изображены актуальные для нее страх смерти и наказания родителями.

6. Важной задачей работы было воссоединение и примирение девочки с мамой, то есть улучшение их взаимоотношений. При взаимодействии с Юлей это было реализовано через достижение осознания стержневого значения матери в ее жизни («Я об этом не хочу вспоминать») и прояснение той структуры материнско-детских отношений, которые ей необходимы (введение из контекста дополнительного рисунка, «Я и моя мама»).

Собранная в процессе работы с девочкой информация позволила далее осуществить психологическое воздействие на мать. Вначале было озвучено, что Юля рассматривает маму как важнейший социальный ресурс совладания с болезнью («Я об этом не хочу вспоминать»). Затем на этом позитивном фоне стало возможным конструктивное обсуждение следующего рисунка, «Я и моя мама», и определение роли мамы в происхождении проблемы – сложных отношениях с дочерью.

Рисунок «Я и моя мама» наглядно продемонстрировал матери, какие воспитательные действия приводят дочь к регрессу и порождают агрессию, а какие, напротив, дают ей возможность чувствовать себя в соответствии со своим возрастом и испытывать положительные эмоции.

Косвенное (через рисунки и рассказы) психологическое воздействие на мать затем было усилено прямым воздействием – прояснением, почему прежние материнско-детские отношения девочку не удовлетворяют и какие личностные проблемы матери (фобия утраты, воспитательская неуверенность) заставляют ее придерживаться этих негармоничных отношений.

Можно видеть, что использование метода серийных рисунков и рассказов в детско-родительском консультировании позволяет исследовать ситуацию не только с точки зрения родителя, но и с точки зрения ребенка, а также оказать на них психологическое воздействие.

Технические аспекты работы психолога в процессе анализа творческой продукции

Теперь рассмотрим результаты психологического анализа творческой продукции, которая была создана Юлей.

Содержательный анализ текста (рассказа) в его соотнесении с изображением (рисунком) в данном случае удобно осуществить по схеме: «конфликт» – «эмоция» – «поведенческая защита» – «психологическая защита» – «совладание» [6, 15, 19, 23]. Это дает возможность определить доминирующие эмоциональные переживания клиента, лежащие в их основе невротические конфликты, а также неосознаваемые и осознанные процессы адаптации его личности к трудным жизненным ситуациям.

Анализ рассказов Юли показал, что для нее характерны два типа невротических конфликтов.

- По истерическому типу: *хочу, нельзя, но буду* (хочу быть взрослой и свободной, говорят, что нельзя, а я все равно буду); *не хочу, заставляют, а я не буду* (не хочу считать себя больной, маленькой, меня заставляют, а я не буду).

- По неврастеническому типу: *должен, не могу, но буду – через силу* (должна вытерпеть боль, неприятные процедуры, не могу терпеть, но через силу буду).

Невозможность разрешить конфликты души приводит к росту внутреннего напряжения и вызывает отрицательные эмоции:

- *горе-страдание* («настроение плохое», «переживаю страдание, печаль,

грусть», «больно»)

- *страх и тревогу («на душе тревожно», «боюсь маньяка, самоубийства, что родители будут ругать»)*
- *гнев («раздражение – что мама меня держит», «я – одно, одноклассники – другое»).*

На этом фоне актуализируются различные уровни системы защиты от тревоги и дискомфорта.

I. Защитные поведенческие реакции

A. Детские

- *отказ* (отказ рисовать сны, страхи, отказ описывать страшные рисунки)
- *оппозиция* (противопоставление себя – одноклассникам, своего мнения – мнению родителей)

Б. Подростковые

- *группирование со сверстниками* (Юля хочет гулять с друзьями, а не с родителями)
- *эмансипация* (хочет быть свободной, взрослой),
- *хобби-реакция* (увлечение субкультурой эмо),
- *сексуальные реакции* (фантазии о встрече с молодым человеком, подобно встрече принцессы Анны с репортером Джо Брэдли в кинофильме «Римские каникулы»).

II. Механизмы психологической защиты

- *Идентификация* (идентификация с принцессой Анной)
- *Замещение* - *уход в мечты и фантазии* (исполнение желаний с помощью волшебной палочки: купить себе новую одежду, папе – машину, дать деньги детям бездомным, помочь животным брошенным и т. д.)
- *Рационализация* (оправдание друзей, которые не навещают Юлю во время болезни)
- *Вытеснение* (активное выключение из сознания и забывание мыслей о болезни, больнице, боли; страхов смерти, наказания родителями).

III. Стратегии совладающего поведения

- *самоконтроль и принятие ответственности* (Юля считает, что ей помогают справиться с болезнью и болью сила воли и чувство ответственности)
- *осознание и отреагирование отрицательных эмоций* (на рисунке «Я переживаю» Юля стоит и плачет – она переживает страдание, печаль, грусть, потому что болеет и не может пойти гулять)
- *поиск социальной поддержки* от мамы, подруги
- *отвлечение* от боли и чувства одиночества с помощью музыки, лекарств

По результатам психологического анализа рисунков и рассказов Юли можно сделать следующее *заключение*.

В настоящее время актуальной проблемой семьи является вступление Юли в подростковый возраст, а не ее болезнь. Со своей болезнью девочка научилась совладать, конструктивно используя копинг-стратегии самоконтроля, принятия ответственности, социальной поддержки. Однако Юля остро нуждается в том, чтобы родители осознали важность ее возрастных проблем, к которым она автоматически адаптируется через актуализацию подростковых защитных поведенческих реакций (эмансипация, группирование со сверстниками, хобби-реакции) и психологических защитных механизмов (идентификация, замещение, рационализация, вытеснение).

Признание факта вступления девочки в подростковый период ставит семью перед необходимостью перехода на новую стадию жизненного цикла, где предстоит научиться разрешать конфликты между подростком и родителями на уровнях: стабильность–изменчивость; контроль–свобода; ответственность родителей–общая ответственность; стремление к миру и покою–открытое обсуждение проблем и др. [29].

Только в этом случае будут разрешены характерные для девочки внутриличностные конфликты «хочу, нельзя, но буду (хочу быть взрослой и свободной, говорят, что нельзя, а я все равно буду)» и «не хочу, заставляют, а я не буду (не хочу считать себя маленькой, меня заставляют, а я не буду)». Это снизит проявления раздражения и агрессии, выраженность оппозиционного поведения и приведет к гармонизации детско-родительских отношений.

Обращение семьи к консультанту оправданно и своевременно. При необходимости и желании семьи работа с психологом может быть продолжена.

Другие возможные аспекты анализа рисунков и рассказов

Завершая рассмотрение данного случая, хочется заметить, что *каждый рисунок и рассказ, созданный в процессе реализации метода, при необходимости может быть детально проанализирован и интерпретирован*, тем более что в ряде случаев для этого существуют стандартные процедуры.

Например, увеличение возраста Юли на рисунке «Автопортрет» с реальных 14 до 15 лет подтверждает выраженность ее реакции эмансипации и потребность скорее повзрослеть.

Появление кота на рисунке «Моя семья» позволяет выдвинуть гипотезу о том, что он для Юли продолжает оставаться значимой фигурой, несмотря на то что реально к семье уже не принадлежит.

Изображение Юли в образе девочки-эмо на трех из восьми рисунков («Автопортрет», «Я переживаю» и первом варианте рисунка «Я и моя мама») каждый раз сопряжено с темой актуальных переживаний, отделения от родителей и присоединения к сверстникам. В соответствии с субкультурой эмо, эмо-кид (тот, кто относит себя к субкультуре эмо) имеет особенное чувственное мироощущение, выделяется из толпы, ищет единомышленников, мечтает о верной, искренней дружбе и счастливой любви.

Выход на страх самоубийства посредством рисунка «Я боюсь», стремление скрыть его от мамы, указывает на актуальность проработки данной темы в дальнейшем, тем более что самодеструктивное поведение – одна из особенностей эмо-культуры.

Метод серийных рисунков и рассказов – это однократная процедура. Однако можно видеть, что *материалы, полученные этим методом, затем могут использоваться на других сеансах* для глубокой и детальной проработки вскрытых проблем и психотравмирующих переживаний и отслеживания динамики изменений.

Заключение

Метод серийных рисунков и рассказов, разработанный автором, можно рассматривать как новую и оригинальную психолого-диагностическую и консультативно-коррекционную арт-терапевтическую технологию работы с детьми, подростками и их родителями в системе лечебно-профилактической помощи. Эта технология может служить хорошей иллюстрацией к индивидуализации психолого-консультативной работы в целом. И в этом качестве являться актуальной разработкой для психологов и врачей-психотерапевтов, повышающих квалификацию и проходящих усовершенствование в области медицинской (клинической) психологии и психотерапии.

В настоящее время обучение методу серийных рисунков и рассказов осуществляется на циклах общего и тематического усовершенствования кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (заведующий кафедрой – профессор, доктор медицинских наук Э.Г. Эйдемиллер): «Психотерапия детей, подростков и взрослых», «Медицинская (клиническая) психология и психотерапия», «Медицинская (клиническая) психология и психотерапия семьи и детства», «Метод серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской в психологическом консультировании и психотерапии». Автором подготовлено учебное пособие для врачей и психологов «Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков», которое опубликовано Издательством СПбМАПО в 2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина Ю.С. Индивидуальное и семейное консультирование. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 208 с.
2. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 2. – М.: Педагогика. - 1982. – 336 с.
3. Бардиер Г.Л., Никольская И.М. Что касается меня... Сомнения и переживания самых младших школьников. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.
4. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 736 с.
5. Гарбузов В.И. Воспитание ребенка. – СПб.: Дельта, М.: «Изд-во АСТ», 1997. – С. 432.
6. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание, 1999. – 352 с.
7. Добряков И.В., Никольская И.М. Опыт оказания психотерапевтической помощи семьям, пострадавшим во время теракта в Беслане // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2006». – СПб.: изд. СПбГУ, 2006. – С. 577-579.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
9. Ляудис В.Я., Негурэ И.П. Психологические основы формирования письменной речи у младших школьников. - М., МПА. - 1994.- 207с.
10. Никольская И.М. Психологическая диагностика, коррекция и профилактика патогенных эмоциональных состояний у младших школьников. – Автореф. дисс. докт. психол. наук. – СПб.: 2001. – 44 с.
11. Никольская И.М. Рисунок и рассказ в работе с детьми с внутриличностными конфликтами // Творческая реабилитация детей, подростков и молодых людей с особыми потребностями. Материалы международной научно-практической конференции. – СПб.: ГАООРДИ, 2001. – С. 51-53.
12. Никольская И.М. Серийные рисунки и рассказы в психологическом консультировании детей и родителей // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб.: Питер, 2002. – С. 242-265.
13. Никольская И.М. Семейное психологическое консультирование // Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: изд. Речь, 2003. – С. 200-222.
14. Никольская И.М. Арт-методы в семейном консультировании и психотерапии // Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: изд. Речь, 2003. – С. 223-268.
15. Никольская И.М. Психологическая защита и копинг-поведение у детей

// Детская психиатрия. Учебник. – СПб.: Питер, 2005. – С. 65–116.

16. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в реабилитации детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Актуальные вопросы реабилитации в педиатрии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию Детского санатория – Реабилитационного центра «Детские Дюны». – СПб.: Изд. Медицинская пресса, 2006. – С. 298-306.

17. Никольская И.М. Механизмы психологической защиты в психотерапии лиц, переживших потерю близких // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2006». – СПб., изд. СПбГУ, 2006. – С. 585-587.

18. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов // Психотерапия. Ежемесячный научно-практический журнал. – 2008. - № 12 (72). - С. 34–40.

19. Никольская И.М. Совладающее поведение в защитной системе человека // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А. Л. Журавлева, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 113–137.

20. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: издательство СПбМАПО, 2009. – 51 с.

21. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов - новая арт-терапевтическая технология // Материалы IV Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья»/ под редакцией А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - Киров, 2009. - С.18-19.

22. Никольская И.М., Бардьер Г.Л. Уроки психологии в начальной школе. 2 изд., дополн. и перераб. – СПб.: Речь, 2004. – 190 с.

23. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: изд. Речь, 2000. – 507 с.

24. 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.

25. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

26. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. - М.: Просвещение, 1993. - 368 с.

27. Шмид В. Нарратология. - М.: Языки славянской культуры, 2003. - 312 с.

28. Эйдемиллер Э.Г. Нарративная (конструктивистская) семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – С.187-242.

29. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: изд. Речь, 2003. – 337 с.

30. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М. Психотерапия // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н.А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 97-148.

31. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Беляков Н.А. Арт-терапия – терапия искусством и творческим самовыражением // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н.А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 149-232.

32. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ С ВЕДУЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

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

Эта статья, основанная на многолетних наблюдениях больных эндогенными аффективными психозами, публикуется по просьбе многих практических детских психиатров и в какой-то мере является ностальгической данью классической психиатрии, чем и объясняется преимущественное использование литературы 20–30-летней давности. Указанная в названии проблема - особенности течения эндогенных заболеваний с ведущей аффективной симптоматикой, впервые манифестировавшей в детском возрасте, мало освещена в специальной литературе. Имелись лишь отдельные указания на возможность хронификации начавшейся в детстве мании [13], случаи возникновения при ранней детской шизофрении затяжных гипоманий с атипичной симптоматикой [2], в том числе гипоманиакальных расстройств в рамках резидуальных состояний после раннего кататонического приступа при шизофрении у детей в раннем возрасте [4]. По данным И.В. Буреломовой [1], гипоманиакальные расстройства являются, как правило, ведущими психопатологическими проявлениями на протяжении многих лет течения болезни, отмечаясь в рамках непрерывного процесса или многолетних тимопатических ремиссий после раннего шизофренического шуба. При описании циклотимических психозов с началом в детском возрасте Van Krevelen [13] обратил внимание, что аффективная симптоматика (депрессивные, дисфорические и маниакальные эпизоды) через несколько лет «затихает». В результате катамнестического обследования детей с ранними депрессивными манифестациями Е. Posnanski [15] выделила форму с единственным депрессивным эпизодом.

Отнеся к шизоаффективному психозу циркулярные формы с атипичными депрессивными и маниакальными состояниями в подростковом возрасте, А.Е. Личко [6] выделил два типа его течения: «взрослый», характеризующийся развитием умеренного апатобулического дефекта или психопатоподобного поведения с признаками эмоционального снижения, и «пубертатный», присущий только подросткам, при котором серии фаз с короткими интервалами между ними обрываются по завершении полового созревания и не возобновляются, о чем свидетельствует 10-15-летний катамнез. Отдельные апатобулические или психопатоподобные черты, очевидные в начале ремиссии, постепенно исчезают, т. е. отмечается «дозревание» ремиссий.

Сходные закономерности были обнаружены нами [3] при клинко-динамическом изучении шизофрении с циклотимоподобными дебютами. Течение на протяжении нескольких лет характеризовалось затяжной многолетней депрессией, серией или континуальной сменой моно- или биполярных фаз, а по миновании пубертатного периода происходило литическое исчезновение про-

дуктивной симптоматики и формирование ремиссий с личностными изменениями, затрагивающими преимущественно эмоциональную сферу без редукции энергетического потенциала и с сохранением возможностей высокой социально-трудовой адаптации.

Стереотип развития болезни в данном случае во многом совпадает с описанными вариантами юношеской одноприступной шизофрении [10, 11, 12]. Р.А. Наджаров с соавт. [8] выделили вариант подростковой шизофрении, клиническая картина которой ограничивается кругом психопатоподобных, неврозоподобных, фазных аффективных расстройств, гротескно видоизмененных пубертатной психикой. Заболевание длится 5-7 и более лет и заканчивается своеобразным личностным дефектом с более выраженными эмоциональными изменениями, чем редукцией энергетического потенциала. В дальнейшем процесс не всегда обнаруживает тенденцию к возобновлению.

Результаты исследования И.Л. Комлача [5], проанализировавшего динамику возникших после 10-летнего возраста эндогенных депрессий в аспекте 22-летнего катамнеза, также свидетельствуют о возможности постепенной редукции аффективных расстройств после 20-летнего возраста и формировании крайних вариантов ремиссий - от интермиссий с незначительными личностными изменениями по типу астенической или стенической аутизации до ремиссий с выраженными негативными изменениями в виде пассивности, бездеятельности, эмоционального обеднения.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей течения и исхода эндогенных заболеваний с ведущей аффективной симптоматикой в детском возрасте. Настоящая статья посвящена исключительно течению шизофрении, манифестировавшей аффективными расстройствами до 12-летнего возраста. В следующем номере журнала планируется поместить статью о прогнозе исходов шизофрении с ведущими аффективными расстройствами.

Основу клинического материала составила проспективно прослеженная когорта - 205 больных шизофренией с преобладающей аффективной симптоматикой. Длительность динамического наблюдения была равна не менее чем 10 годам, а у 67 больных превышала 16 лет. Возраст больных к моменту катамнеза составил от 24 лет до 55 лет. Все клинические случаи были подвергнуты статистической обработке. Кроме того, в последующие годы наблюдались 253 ребенка с клиническими особенностями и течением болезни, аналогичным выделенным в настоящем исследовании. Эти клинические случаи не вошли в статистический анализ, однако подтвердили сделанные ранее выводы.

Аффективные расстройства являлись ведущими при четырех вариантах течения шизофрении:

- при затяжном детском или детско-пубертатном шизофреническом шубе с доминирующими циклотимоподобными расстройствами (92 наблюдения);
- при течении в виде аффективных фаз с возникновением на их фоне психотических форм шизоаффективного приступа (43 наблюдения);
- при безремиссионном вялом течении с преобладающими хроническими гипоманиакальными расстройствами (28 наблюдения);
- при раннем шизофреническом шубе, заканчивающемся формированием тимпатической ремиссии (42 наблюдения).

При **первом** из этих вариантов течения шизофрении циклотимоподобный

уровень аффективных расстройств сохранялся на всем протяжении активного периода болезни, характеризовавшегося затяжной многолетней депрессией, серией моно- или биполярных аффективных фаз с отчетливыми светлыми промежутками или континуальной сменой биполярных фаз, и по существу представлял собой стертый мономорфный или дискретный шизофренический шуб.

В процессе дальнейшего наблюдения, в том числе при длительных сроках катамнеза - 12-16 лет, т. е. на фоне наступившей зрелости, ни в одном случае не отмечено возобновления эндогенной аффективной симптоматики. В единичных случаях после 20 лет наблюдались психогенно обусловленные кратковременные депрессии, имевшие характерные признаки реактивного состояния. Таким образом, стереотип развития детской циклотимоподобной шизофрении во многом совпадал с описанными вариантами юношеской и подростковой одноприступной шизофрении, что позволило допустить, что при манифестации аффективных расстройств в допубертатных возрастных группах возможен единственный в жизни очерченный период активных проявлений болезни, или единственный детско-подростковый шуб. Только при многолетней депрессии амбулаторного уровня такой шуб был более или менее однотонен и монолитен, в остальных случаях - как при континуальном, так и при серийном течении - он имел прерывистый, дискретный характер и включал множество моно- или биполярных фаз. Изменения личности становились отчетливыми лишь по завершении всего активного периода болезни, когда происходило «дозревание» ремиссий [6, 9] с редукцией псевдодефицитарной симптоматики.

В отличие от других вариантов течения шизофрении, циклотимоподобный вариант отличался отсутствием случаев с неблагоприятным исходом. Среди больных, отнесенных к этому варианту, не было отмечено нарушений развития с грубой дисгармоничностью и значительным падением активности или дефектов по типу умственной отсталости с задержкой развития и апродуктивностью. Наблюдавшийся спектр изменений личности ограничивался тремя типами: легкой эмоциональной нивелировкой с сохранением или повышением активности (нормо- или гиперстенией), выраженными эмоциональными изменениями с незначительным снижением продуктивности и, реже, отчетливыми признаками аутизации и снижения продуктивности. В некоторых случаях при определенном эмоциональном снижении или углублении психестетической пропорции наблюдался очевидный гиперстенический сдвиг с нарастанием активности, имевшей, впрочем, довольно узкую сферу приложения и нередко сопровождавшейся ограничением интересов.

Несмотря на неоднозначность структуры ремиссий и существование случаев с затяжным падением продуктивности, уровень социальной адаптации при циклотимоподобном варианте течения шизофрении в целом был довольно высоким. Среди больных со сформировавшейся стойкой ремиссией полностью отсутствовали нуждавшиеся в переводе на инвалидность, окончившие вспомогательные школы и тем более требующие постоянного ухода родителей или помещения в специализированные медицинские учреждения. Все больные окончили среднюю школу, преобладающее большинство работает, получив специальности в ВУЗе, колледже и, реже, в профтехучилище. Всего 3 больных работают, не получив специальности.

При **втором варианте** течения шизофрении серийные или континуальные атипичные аффективные фазы психотического или, реже, циклотимного уровня возникали в преддверии шизоаффективного психотического приступа и про-

должались после его завершения.

В этой группе больных был представлен весь спектр шизофренического дефекта от легких эмоциональных изменений с нормо- или гиперстенией до тяжелых форм олигофреноподобного или апатоабулического дефекта. Черты шизофренического дефекта в случаях прогрессивного течения появлялись уже после 2-3 аффективных состояний и заметно нарастали после приступа шизоаффективной структуры; при малопрогрессивном течении становились очевидными после 2-го или 3-го шизоаффективных приступов, но ограничивались негрубым личностным снижением.

Общие особенности **третьего варианта** течения заключались в раннем (до 3-летнего возраста) возникновении хронической гипоманиакальной симптоматики, на фоне которой разворачивались другие, в основном невротоподобные расстройства, и отсутствии редукции последних на протяжении 10-15 лет болезни.

У всех больных признаки шизофренического дефекта были очевидны еще в дошкольном возрасте, но они продолжали ступенеобразно нарастать вплоть до пубертата. Если в дошкольном возрасте особенно четко проявлялись черты дисгармонического развития и диссоциирующего с гипоманиакальным фоном аутизма, то в младшем школьном возрасте все более и более отчетливыми становились признаки эмоционального снижения, а в препубертате нарастали черты чужаковатости и вычурности, явными становились признаки психического инфантилизма. При приближении к пубертатному возрасту в преобладающем большинстве случаев отмечалось значительное ограничение интересов, снижение активности, нарастание ригидности, тугоподвижности мышления, стереотипизации мыслительных процессов и речи. В случаях с наиболее неблагоприятным течением черты грубо задержанного психического развития, аутизм, эмоциональная блеклость, постепенно углубляясь, дополнялись появлением пассивности, апатии, безразличия. Общим свойством дефекта у больных при безремиссионном вялом течении ранней детской шизофрении с доминирующей хронической гипоманиакальной симптоматикой являлся психический инфантилизм, который в сочетании с эмоциональными изменениями и атипичным гипоманиакальным фоном создавал гротескно нелепую картину облика, речи, мышления, поступков и всей линии жизни больного. У многих детей, проявлявших в дошкольном и младшем школьном возрасте блестящие способности и яркую личностную индивидуальность, постепенно, к 5-7 классам, успеваемость становилась посредственной, нарастала неравномерность запаса знаний, школьное обучение прекращало вызывать интерес. Такие больные заканчивали среднюю школу значительно хуже многих менее способных сверстников, и в дальнейшем период выбора специальности и начало трудовой деятельности протекали неровно, перемежаясь большими перерывами «отдыха» или поисков соответствующей мечтам и возможностям работы. Достигшие пубертатного и юношеского возраста больные были несамостоятельны, зависимы от родителей, нуждались в опеке и контроле.

Тимопатические ремиссии в виде стабильного хронического гипоманиакального состояния или, реже, «нажитой» циркулярности формировались после манифестного раннего полиморфного психоза, перенесенного в возрасте 1,5-3 лет, или сверхраннего шуба, возникшего на первом году жизни и отличавшегося пышностью соматовегетативной симптоматики при элементарности и мало дифференцированности психических расстройств.

Признаки шизофренического дефекта становились очевидными сразу же после первого приступа, но они, как и в группе больных с безремиссионным течением, были неоднозначны, варьируя от неглубоких личностных изменений до дефекта олигофреноподобного типа. Наиболее выраженные изменения личности с эмоциональной выхолащенностью, пассивностью и задержкой развития, обуславливающие социальную беспомощность и невозможность обучения в обычной школе, наблюдались в основном после приступов с острым страхом, маниакально-кататонических и кататоно-регрессивных шубов. После сверххран-ных шубов и развернутых приступов в виде мании с патологическим фантазированием изменения личности были более мягкими и заключались в эмоциональной дефицитности, аутистических тенденциях, чужаковатости, психическом инфантилизме, выступавших в большинстве случаев на фоне высокого интеллекта при сохранении прежнего уровня психической активности. При повторных приступах изменения личности углублялись, но гипоманиакальный фон оставался неизменным. Так же стабильны были и резидуальные двигательные расстройства, и застывшие, потерявшие актуальность и эмоциональную насыщенность однообразные страхи.

Несмотря на незначительную глубину личностного дефекта, достаточно высокую продуктивность и сохранные интеллектуальные способности, в первые школьные годы такие дети испытывали большие адаптационные трудности, связанные с неусидчивостью, нецеленаправленностью, бестактностью, конфликтностью, отсутствием контакта со сверстниками, что нередко служило поводом для стационарного лечения. Между тем при приближении к пубертатному возрасту у таких детей наблюдались все большая социальная компенсация и стабилизация школьной успеваемости. В 13-16-летнем возрасте больные не обнаруживали свойственных пубертатному возрасту влечений, стремления к группировке, асоциальному поведению; у них отсутствовали типичные для пубертатного периода мировоззренческие расстройства, проблемы взаимоотношения с окружающими, повышенная рефлексия; будучи замкнутыми и инфантильными, они не проявляли оппозиционности и негативизма по отношению к близким, т. е. демонстрировали черты «сглаженного» пубертатного криза, характерного для постприступного периода у заболевших шизофренией в детские годы [7]. Пубертатный период для таких больных по существу не был кризовым периодом. Именно в пубертатном возрасте у них наступали компенсация, становившаяся с возрастом все более прочной.

Таким образом, несмотря на очевидное сходство в стереотипе развития болезни, в рамках каждого из указанных вариантов течения шизофрении обнаруживались значительные различия по глубине и структуре процессуального дефекта. Наиболее однородной в этом отношении являлась группа больных с затяжным циклотимоподобным шубом, в основном отличавшаяся малопрогрессирующим характером процесса, завершавшегося неглубокими изменениями личности без значительного падения продуктивности. При всех других вариантах течения шизофрении отмечался весь диапазон изменения личности - от легкой личностной нивелировки до олигофреноподобного типа дефекта.

Проведенное клинико-катамнестическое исследование показало, что циклотимия и шизофрения с ведущими аффективными расстройствами при их дебюте в детском возрасте имеют многолетний период аффективных проявлений, после чего происходит полная или частичная редукция психопатологических расстройств и в подростково-юношеском возрасте наступает длительная, стой-

кая ремиссия. Возраст больного к моменту наступления такой ремиссии находится в прямой зависимости от возраста ребенка на момент дебюта заболевания. И все же в рамках каждого из выделенных вариантов течения шизофрении глубина, длительность и сущность наступающего в пубертатном или юношеском возрасте улучшения являются различными.

При шизофрении с сохранением циклотимического уровня аффективных расстройств на всем протяжении периода активных проявлений болезни через 5-7 лет после дебюта происходит постепенная редукция симптоматики. Ремиссия наступает обычно в пубертатном периоде при манифестации аффективных расстройств до 10-летнего возраста и в юношеском возрасте при манифестации в препубертате. В дальнейшем (в пределах возможного динамического наблюдения) эндогенная аффективная симптоматика не возобновляется. В данном случае тип психопатопатологических расстройств, их уровень, закономерности течения по существу совпадают с особенностями одноприступной подростковой и юношеской шизофрении, что позволяет допустить возможность единственного в жизни дискретного или затяжного приступа с началом в детском возрасте.

После нескольких лет аффективного течения, перемежающегося развернутыми приступами шизоаффективной структуры, в пубертатном или юношеском возрасте также возникает длительная ремиссия (не менее чем 3 года), но она обрывается возобновлением очерченных аффективных фаз и нового полиморфного психоза. Структура такого приступа зависит и от возраста начала заболевания, и от глубины процессуального дефекта: при дебюте заболевания в препубертатном возрасте и неглубоких изменениях личности происходит заметное усложнение структуры психоза и, напротив, при раннем начале, выраженном дефекте - обеднение психопатологических расстройств в повторных приступах.

При циклотимоподобной шизофрении и шизоаффективном психозе дополнительным фактором, свидетельствующем о полном прекращении активности болезни или о возможности ее возобновления, является реакция на отмену превентивной терапии литием. Анализ наблюдений «несвоевременной» отмены препаратов лития показал, что прекращение профилактического лечения является опасным только при шизоаффективном психозе и при незавершенном активном периоде болезни в рамках циклотимоподобной шизофрении: в этих случаях действительно происходит возврат к прежней симптоматике или возникают шизоаффективные приступы тяжелее и глубже предыдущих. По завершении активного периода болезни при циклотимоподобной шизофрении отмена лития является не только не опасной, но и необходимой и своевременной.

У больных с безремиссионным течением ранней детской шизофрении с преобладающей гипоманиакальной симптоматикой речь идет, по существу, о непрерывном развитии болезненных расстройств на протяжении 12-15 лет, с ранних месяцев-лет жизни. Однако и в этом случае в пубертатном возрасте психопатологические расстройства частично редуцируются, и в дальнейшем клиническая картина определяется резидуальной гипоманиакальной симптоматикой, блеклыми, стереотипизированными неврозоподобными расстройствами и отдельными стереотипиями кататонического характера.

Тимопатические гипоманиакальные ремиссии возникают в раннем возрасте, но и в данном случае пубертат играет положительную патопластическую роль: очевидно, ввиду формирования особой личностной структуры этот пери-

од лишен типичных признаков пубертатного криза, свойственных и здоровым субъектам (негативизма, оппозиционности, лабильности настроения, повышенной рефлексивности, оживления влечений, поведенческих расстройств и т. д.), и по существу не является кризовым. В пубертате с ранним возникновением тимопатических ремиссий все более прочной становится социальная адаптация, в то время как гипоманиакальная симптоматика сохраняется в прежнем монотонном выражении.

Таким образом, как показало длительное динамическое наблюдение, пубертатный период не является возрастом обязательного обострения психических заболеваний; напротив, при рано начавшихся эндогенных психических заболеваниях с определяющей клиническую картину аффективной патологией пубертатный или юношеский возраст является возрастом клинической и социальной компенсации. Выявленные тенденции течения могут быть использованы для достоверного прогнозирования срока формирования ремиссии и ее длительности, что в свою очередь диктует дифференцированную направленность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Анализ начавшихся в дошкольном возрасте эндогенных аффективных расстройств показал их тенденцию к длительному монополярному течению - депрессивному (с повторением только депрессивных фаз) или гипоманиакальному (с хронификацией рано возникших гипоманиакальных расстройств). В преобладающем большинстве случаев смена монополярного течения биполярным происходит приблизительно в 10-летнем возрасте, когда к депрессивным присоединяются маниакальные фазы или на фоне хронической гипомании появляются очерченные депрессивные состояния.

При статистической обработке всего катamnестического материала установлена отчетливая зависимость возраста к моменту окончания активного периода болезни от возраста начальных проявлений болезни. В результате статистического анализа с использованием метода наименьших квадратов получено линейное уравнение регрессии, позволяющее определить возраст к моменту окончания активного периода болезни по формуле: $a = 8,7 + 1,7b$, где **a** - возраст к моменту окончания активного периода болезни, **b** - возраст к моменту возникновения аффективных расстройств.

При вычислении среднего и расчетного значений возраста к моменту окончания активного периода болезни (полученных соответственно при статистической обработке анализируемого клинического материала и по приведенной выше формуле) в зависимости от возраста дебюта заболевания получены близкие цифровые данные, позволяющие судить о положительной линейной связи между возрастом дебюта и возрастом к моменту установления ремиссии.

Как показало статистическое изучение клинического материала, при дебюте эндогенных аффективных расстройств у детей до 10-летнего возраста окончание активного периода болезни наступает в пубертатном периоде, а при возникновении аффективных расстройств в препубертате - в юношеском возрасте. При эндогенных заболеваниях с преобладающими аффективными расстройствами, дебютирующих в детском возрасте, пубертатный или юношеский возраст, таким образом, не только не является периодом обострения заболевания, но чаще всего играет роль благоприятного фактора, способствующего клинической и социальной компенсации больного.

Таким образом, аффективные расстройства у детей определяют клинику шизофрении при следующих вариантах ее течения: циклотимоподобном, шизо-

аффективном на допсихотическом этапе, безремиссионном с преобладающей хронической гипоманией и с поздней биполярностью и в рамках тимопатической ремиссии после раннего детского шуба. В случаях дебюта шизофрении с ведущими аффективными расстройствами в детском возрасте в подростковом или юношеском возрасте наступает

а) длительная ремиссия, обязательно прерывающаяся новым полиморфным психозом при наличии в прошлом шизоаффективных психотических приступов,

б) многолетняя стабильная ремиссия после затяжного или дискретного стертого циклотимоподобного шуба,

в) тимопатическая (гипоманиакальная или циркулярная) после длительно-го безремиссионного течения ранней детской шизофрении с преобладающей хронической гипоманией.

Время окончания активного периода болезни находится в прямой зависимости от возраста к моменту дебюта. Шизофренический процесс с преобладающей аффективной симптоматикой, начавшийся в детстве, приводит к изменениям личности различной выраженности - от легкого эмоционального до олигофреноподобного дефекта, хотя преобладает все же неглубокая дефицитарность без значительного снижения активности.

С учетом обнаруженных тенденций течения эндогенных заболеваний с преобладающими аффективными расстройствами в детстве прекращение превентивной лекарственной терапии является допустимым при циклотимоподобной шизофрении по миновании пубертатного возраста, если болезнь дебютировала до 10 лет, и по миновании юношеского возраста, если эндогенные аффективные расстройства впервые возникли в препубертате, в том случае, когда продуктивная симптоматика на фоне превентивной терапии отсутствовала в течение 3-4 лет. При варианте течения шизофрении, характеризующемся возникновением шизоаффективных психозов на фоне аффективных фаз, отмена превентивной терапии, даже при долговременном отсутствии продуктивных расстройств, опасна ввиду возможности наступления новых полиморфных психотических приступов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буреломова И.В. Затяжные гипоманиакальные состояния при шизофрении у детей // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. - М., 1986. - С. 71-81.

2. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (Особенности клиники и течения). - М.: Медицина, 1971. - 178 с.

3. Иовчук Н.М., Козюля В.Г. Клинико-катамнестическое исследование пубертатных психозов с циклотимоподобными аффективными дебютами // Журн. невропатол. и психиат. - 1981. - Т. 81, № 10. - С.1509-1514.

4. Козлова И.А. Клинические особенности шизофрении детского возраста // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1967. - 16 с.

5. Комлач И.Л. Особенности клиники и динамики эндогенных депрессий, возникающих в пубертатном возрасте // Журн. невропатол. и психиат. - 1984, - Т. 84, № 10. - С. 1551-1555.

6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

7. Мазаева Н.А. Латентная шизофрения (статика и динамика). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1983.

8. Наджаров Р.А., Штернберг Э.Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте // Журн. невропатол. и психиат. - 1975. - Т. 75, № 10. - С. 1374-1379.

9. Симашкова Н.В. Об особенностях ремиссий у подростков, больных рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 51–60.

10. Смулевич А.В., Мазаева Н.А., Голованова Л.А. и др. Малопрогрессирующая шизофрения, приступообразная и непрерывная (вопросы клиники и дифференциальной диагностики) // VI съезд невропатол. и психиат. – М., 1975. – Т. III. – С. 122–126.

11. Пантелеева Г.П. Об исходах затяжных шизофренических гебоидных состояний // Журн. невропатол. и психиат. – 1973. – Т. 73, № 6. – С. 909–915.

12. Цуцельковская М.Я., Пекунова Л.Г. Клинико-катамнестическое изучение юношеской медленно текущей шизофрении // Журн. невропатол. и психиат. – 1978. – Т. 78, № 1. – С. 86–94.

13. Krevelen D.A. van. Zykllothymien im Kindesalter // Acta paedopsychiat. 1972. – v. 38, № 7/8. – P. 202–210.

14. Porot V., Vicario-Kiener S. Manie curable et manie durable chez l'enfant // Rev. Neuropsychiat. Infant. – 1961. – v. 60, № 11–12. – P. 483–488.

15. Posnanski E. Childhood depression: the outcome // Acta paedopsychiat. – 1980/81. – V. 46. – P. 246–304.

Н.В. Зверева

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ВНИМАНИЯ

У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Введение в проблему

Актуальность изучения нарушений произвольного внимания у детей, больных шизофренией, определяется значимостью данной психической функции и, соответственно, ее нарушений в психическом развитии, а также редкостью экспериментально-психологических исследований особенностей внимания при шизофреническом процессе в детском возрасте.

Клиницисты, начиная с Э. Крепелина, отмечали своеобразие внимания при данном заболевании. Ведущая особенность связывалась с трудностями сосредоточения, невозможностью отстраниться от переживаемых психопатологических состояний. Другая позиция заключалась в том, что при шизофрении наблюдались отчетливые изменения внимания, его сверхселективность [13]. Отечественные экспериментально-психологические исследования внимания при шизофрении у взрослых показали, что особенности внимания могут быть связаны с проблемой произвольной регуляции деятельности, мотивационно-волевым снижением, снижением психической активности [2, 9, 13]. Клинические работы дают основание психиатрам рассматривать ряд нарушений внимания как ранние проявления заболевания [1, 10]. Кроме того, возможна динамика состояния внимания и под влиянием лекарственной терапии. Таким образом, состояние произвольного внимания может выступать как критерий оценки изменения психической деятельности под воздействием начала заболевания или его обострения, а также для оценки эффективности лечения.

В современных зарубежных источниках можно выделить сравнительное исследование детей с преходящими психотическими нарушениями и больных

шизофренией, где обнаружено сходство обеих групп детей по общекогнитивным нарушениям, включая нарушения внимания и трудности обучения, что позволило авторам сделать вывод об общих основаниях для различных психотических нарушений (цит. по [5]). С другой стороны, лонгитюдное исследование детей с высоким риском заболевания по шизофрении (один из родителей болен шизофренией) показало, что у них наблюдались проблемы моторного и неврологического развития, обнаружены дефицит внимания и вербальной кратковременной памяти, низкие социальные навыки, нарушения мышления [2, 5]. К сожалению, имеются трудности сопоставления результатов разных исследований, которые связаны с различиями традиций диагностики, не во всем совпадающими диагностическими критериями шизофрении в России и за рубежом. В нашей стране подобные работы по исследованию внимания пациентов, страдающих шизофренией с детства, крайне редки. Внимание, в основном, исследуется нейropsychологическими методами и у нас в стране, и за рубежом. Из патопсихологических методик, направленных на изучение колебания внимания, - специально разработанный тест «Визуальный тест на поиск» (visual search performance). Результаты подтверждают данные о том, что у больных шизофренией снижены основные показатели внимания по сравнению с нормой.

У больных шизофренией детей отмечается дизонтогенез искаженного и задержанного типа или сложное сочетание разных вариантов отклоняющегося развития [4, 6, 9]. При различных вариантах тяжести протекания болезни естественно, будет различным разрушающее, дефектирующее ее влияние (как временное, связанное с обострением), так и долговременное (в рамках проявлений негативной симптоматики и формирования дефекта).

В отделе медицинской психологии НЦПЗ РАМН разрабатывается новый подход к оценке когнитивных нарушений у детей при эндогенной патологии. Особый тип познавательного развития, описанный Т.К.Мелешко, С.М. Алейниковой, Н.В.Захаровой [8], характеризующий дисгармоничное развитие двух компонентов психической деятельности – операционного и избирательности - у детей при шизофрении, был выявлен в исследовании становления мышления и зрительного восприятия больных детей по сравнению с нормой развития. Новые представления о когнитивном дизонтогенезе – не только типичном нарушении познавательного развития при шизофрении у детей и подростков, но и уровне проявления разных вариантов отклоняющегося когнитивного развития в целом - позволяет поставить вопрос о характере изменения других психических функций [4]. Настоящая статья эмпирически обосновывает представления о нарушении произвольного внимания как проявлении когнитивного дизонтогенеза при шизофрении у детей и подростков в клинко-возрастном аспекте.

Цель: изучение состояния произвольного внимания у больных шизофренией детей с разными типами заболевания и по сравнению с детьми нормы развития.

Задачи исследования:

- оценка показателей произвольного внимания у больных шизофренией детей с разными клиническими диагнозами;
- оценка показателей непроизвольного внимания у больных шизофренией детей с разными клиническими диагнозами;
- оценка влияния мотивации (активирующей инструкции) на показатели внимания в сопоставляемых клинических группах;
- оценка влияния фактора пола и фактора возраста на состояние внимания.

Материал и методы исследования

На базе отдела детской психиатрии НЦПЗ РАМН проводилось исследование особенностей внимания у детей, страдающих шизофренией. Все дети обследовались в стационаре, находились на лечении, испытуемые обследовались не на высоте остроты состояния. В связи с этим нам важно не только сопоставление с нормативными данными – очевидно, что состояние внимание детей в клинике будет хуже по большинству показателей, чем у сверстников, но и возможность дифференцировать различия между детьми с разным диагнозом, а также у испытуемых мужского и женского пола. В настоящей статье представлены материалы экспериментально-психологического исследования, проводимого методом возрастных срезов с помощью методик, направленных на оценку состояния произвольного внимания.

Выборки: дети, больные шизофренией (7-13 лет) - экспериментальная группа, и здоровые дети (практическая норма) того же возраста и образовательного уровня - контрольная группа. В статью включены материалы обработки данных по 3 выборкам: 2 экспериментальные выборки детей с диагнозом шизофрении, детский тип (F20) и шизотипического расстройства (F21) и контрольная нормативная выборка. Все дети из экспериментальной выборки находились на стационарном лечении в 7 детском клиническом отделении НЦПЗ РАМН, обследование проводилось индивидуально. Основное внимание в работе уделено соотношению параметров внимания у двух групп больных, поэтому результаты по нормативной выборке будут приводиться в общем виде, а по больным – более развернуто.

Таблица 1.

Половозрастной состав сопоставляемых выборок.

ВОЗРАСТ	ГРУППЫ ИСПЫТУЕМЫХ						
	F21		F20		НОРМА		ВСЕГО
	М	Д	М	Д	М	Д	
7-9 ЛЕТ	12	4	2	2	12	8	40
10-12	22	7	5	5	12	8	59
ОТ 13	23	11	9	5	43	35	97
ВСЕГО	57	22	16	12	67	51	225

Всего больных – 107 человек. Всего здоровых – 118 человек. Средний возраст детей группы F21 составил - 12,3 года. Средний возраст детей группы F20 составил – 13,3года. Нормативная выборка – средний возраст испытуемых 13,2 года.

Возрастная динамика развития показателей произвольного внимания в сопоставляемых группах испытуемых изучалась методом срезов. По данным проведенного нами ранее полимодального исследования памяти оказалось, что различия в зрительной модальности менее существенны, чем в других, поэтому для изучения внимания были выбраны методики, апеллирующие к зрительной модальности [4]. Дополнительным поводом к их применению явилось то обстоятельство, что эти методики давно и успешно используются в клинической патопсихологии и не являются затруднительными, создающими напряжение у испытуемых при их выполнении.

Методики: таблицы Шульте [10] и оригинальная авторская модификация методики «Память+счет».

Оценивались показатели произвольного внимания и влияния мотивирующей инструкции на деятельность внимания.

Таблицы Шульте: Использовался набор из 5 таблиц, первые 4 задавались обычной, одинаковой инструкцией, последняя 5 таблица предварялась мотивирующей, активирующей инструкцией.

Инструкция № 1: «На таблице расположены числа от 1 до 25, но не по порядку, твоя задача найти, показать и назвать вслух все числа по порядку, на время».

Инструкция № 2: «Задание то же, но постарайся выполнить задание как можно быстрее, как можно лучше».

Оценка результатов – среднее время поиска чисел по каждой из таблиц, наличие колебаний внимания, вработываемости или утомления, отдельно оценивалось влияние мотивирующей инструкции.

«Память+счет»

Методика восходит к диагностическому приему, предложенному Е.Д. Хомской [12]. Разработка данного варианта является авторской [5]. Стимульный материал – три карточки с написанными на них в столбик словами.

Первая инструкция (к карточке № 1):

«Перед тобой карточка, на ней написаны слова. Твоя задача – посчитать общее количество букв во всех словах, от первой до последней, считать нужно вслух, на время».

Процедурные особенности предъявления методики: во время предъявления инструкции необходимо карточку держать тыльной стороной к испытуемому, в то же время показывая на лицевой стороне способ счета, указывая на каждую букву, досчитать до 7-8 буквы и сказать: «сколько их всего окажется?», затем положить ее перед испытуемым и со словом «Начали!» включить секундомер. После того как испытуемый посчитал все буквы, карточку отбирают и сразу просят назвать те слова, которые запомнил испытуемый (оцениваемые функции - произвольное запоминание и произвольное внимание).

Вторая инструкция (к карточке № 2):

«Теперь ты понял, в чем «хитрость» задания – надо не только считать буквы, но и запоминать слова. Задание то же – считать буквы на время, но теперь еще и запоминать слова» (процедура предъявления карточки и проведения счета та же).

Снова фиксируются время подсчета, количество букв и записываются слова, которые назвал испытуемый (оцениваемые функции - произвольные память и внимание).

Третья мотивирующая (активирующая) инструкция (к карточке № 3):

«Вот еще одна карточка, задание то же – считать буквы и запоминать слова, но, пожалуйста, посчитай побыстрее и постарайся запомнить как можно больше слов!!!» (процедура предъявления карточки и проведения счета та же) (оцениваемые функции - произвольные память и внимание)

Снова фиксируются время, количество букв и записываются слова, которые назвал испытуемый.

После этого задается вопрос о цвете букв: «Какого цвета были буквы в словах на карточках?» (записать ответ), затем уточнить – а на первой – какого цвета, на второй – какого цвета, на третьей – какого цвета? (оцениваемая функция - произвольное внимание и память).

Фиксируются время работы, количество посчитанных букв, способ счета

(анализируется только необычный), а также собственно воспроизведенные слова (объем зрительной памяти), изменение параметров деятельности под влиянием мотивирующей инструкции.

Основные результаты:

Применение методики «Память+счет» показало сходство и своеобразие результатов сопоставляемых групп испытуемых (см. таблицу 2).

Таблица № 2.

Возрастная динамика выполнения методики «Память+счет» детьми сопоставляемых групп.

ПАРАМЕТРЫ		Время подсчета букв (в секундах)			Количество удержанных слов (в абсолютных единицах)		
Серия (карточка)	возраст	7-9 лет	10-12 лет	От 13 лет	7-9 лет	10-12 лет	От 13 лет
1	Норма	45	40	30	2,2	2,4	3
	F21	37,4	37,6	33,5	2,3	2,3	2,3
	F20	36	38	35	2	1,6	2
2	Норма	45	41	30	2,7	3,2	4
	F21	36,8	34,4	35,1	2,7	3,2	3,4
	F20	37	41	35	1,5	3,2	3,4
3	Норма	40	37	30	3,2	3,3	3,5
	F21	37,9	32,7	32,1	2,5	2,7	3,0
	F20	35	36	32	2,3	2,6	2,7

Как видно из таблицы, в норме отмечается положительная возрастная динамика выполнения задания, от 7-8 лет до 13 и старше, это характерно для показателей внимания во всех сериях, также как и для показателей памяти произвольной (1 серия) и произвольной (2 и 3 серии). Время выполнения задания отчетливо снижается с возрастом, введение инструкции на произвольное запоминание сопровождается увеличением времени подсчета букв здоровыми испытуемыми в возрасте от 7 до 12 лет с положительной возрастной динамикой. Во всех пробах здоровые дети и по показателям внимания (время подсчета букв), и по показателям памяти демонстрируют лучшие результаты, чем их больные сверстники. Рассматривая показатели выполнения методики в соответствии с диагнозами, следует отметить, что у больных детей с диагнозом F21 не отмечается положительной возрастной динамики по произвольному объему памяти (1 серия), а в двух других сериях этот показатель увеличивается с возрастом.

Отдельная оценка состояния произвольного внимания проводилась по группе больных с учетом пола и диагноза. Рассмотрение этого показателя по диагностическим группам и по полу показало следующее (см. табл. 3).

Таблица 3.

Показатели произвольного внимания (точность указания цвета букв в трех карточках – в % по группам).

	F20		F21	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
правильно	24	25	44	23
неправильно	76	75	56	77

Как видно из таблицы, диагностическая группа F20 не имеет различий между мальчиками и девочками по показателю непроизвольного внимания, тогда как диагностическая группа F21 дифференцирует мальчиков и девочек – непроизвольное внимание более эффективно у мальчиков.

Влияние мотивации в норме в значительном числе случаев положительное, улучшается время (до 30 сек. во всех возрастах) и количество удержанных слов (объем зрительной памяти – до 3,5-4-х единиц).

У больных шизофренией нет четкой возрастной динамики, часть заданий (темп работы – время подсчета) они выполняют лучше нормы, основные трудности – распределение внимания, мотивирующая инструкция отражается прежде всего на скорости работы: снижается время поиска чисел, однако это проявляется по-разному в зависимости от диагноза и пола больных детей. Показаны отличия во влиянии мотивации на девочек и мальчиков (см. табл. 4)

Таблица 4.

Выраженность мотивирующего влияния инструкции у мальчиков и девочек по диагностическим группам (в % от общего числа испытуемых)

F21	мальчики			девочки		
П+С	есть	нет	Без изменений	есть	нет	Без изменений
время	42,1	49,1	7,0	28,6	61,9	9,5
точность	5,3	21,1	71,9	9,5	19,0	71,4
кол. слов	28,1	47,4	24,6	23,8	42,9	33,3
Шульте	36,8	42,1	21,1	50,0	35,7	14,3

F20	мальчики			девочки		
П+С	есть	нет	Без изменений	есть	нет	Без изменений
время	17,6	58,8	23,5	33,3	33,3	33,3
точность	11,8	41,2	47,1	8,3	0,0	91,7
кол. слов	35,3	52,9	11,8	25,0	50,0	25,0
Шульте	45,5	36,4	18,2	50,0	37,5	12,5

В отношении влияния мотивации на выполнение методики «Таблицы Шульте» следует отметить, что для больных девочек (F20, F21) это влияние заметно в половине случаев, а для мальчиков – менее, чем в половине случаев.

Показатели внимания по результатам выполнения методики «Таблицы Шульте» представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Среднее время выполнения поиска чисел по таблицам Шульте больными детьми (в секундах).

группы номера проб	F20		F21	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки
1 таблица	71	63	54	48
2 таблица	89	72	55	56
3 таблица	73	74	57	51
4 таблица	69	65	57	54

Как следует из таблицы, самые низкие показатели имеют мальчики с диаг-

нозом F20, а самые лучшие – девочки с диагнозом F21. Сопоставление больных только по диагнозу, без учета пола, показывает, что результаты выполнения методики на внимание хуже в группе больных с диагнозом F20.

Общее сопоставление результатов выполнения 1 таблицы здоровыми и больными детьми представлено в табл. 6.

Таблица 6.

Возрастная динамика средних показателей поиска чисел по 1 таблице Шульте в норме и при шизофрении (в секундах).

Возраст (лет)	больные	здоровые
7	101,8	79,7
8	113,3	53,6
9	89,0	50,2
10	97,1	67,9
11	89,4	60,9
12	57,7	55,2
13	60,6	49,6

Как видно из таблицы, дети, больные шизофренией, имеют худшие по сравнению со здоровыми сверстниками результаты поиска чисел во всех сопоставляемых возрастах, за исключением 12 лет. Максимальные отличия касаются возраста 7-11 лет. Во всех случаях здоровые испытуемые справляются с заданием лучше своих больных сверстников. Следует отметить выявляемую методом возрастных срезов положительную возрастную динамику выполнения этой пробы на внимание и в норме, и при шизофрении.

Обобщая полученные данные, следует отметить, что использованный диагностический набор оказался эффективным для оценки разных параметров произвольного и непроизвольного внимания в норме и при шизофрении. Обнаружены общие и особенные характеристики внимания и его возрастной динамики у здоровых и больных шизофренией детей и подростков. Настоящее исследование обозначает подход к оценке состояния произвольного внимания у детей, больных шизофренией, в контексте разрабатываемых автором представлений о когнитивном дизонтогенезе.

Выводы по результатам исследования:

- метод возрастных срезов выявил не совпадающую по темпам в норме и при шизофрении положительную возрастную динамику показателей по большинству параметров внимания от 8-9 к 10-12 годам;
- группа нормы и группа больных шизофренией оказались неоднородны по уровню выполнения заданий на внимание, уровень выполнения проб на внимание в группе нормы был выше, среди больных отмечалось увеличение числа испытуемых с низкими показателями;
- у детей младшего школьного возраста, больных шизофренией, показатель скорости и точности деятельности во всех проведенных пробах на внимание ниже, чем у здоровых детей того же возраста (различия статистически значимы на уровне 0,01);
- имеются значимые различия в выполнении проб на внимание у детей, больных шизофренией с диагнозом F20 и F21, дети с диагнозом F20 справляются с заданиями хуже, чем дети с диагнозом F21;

- имеются отличия между мальчиками и девочками в некоторых пробах на внимание.

Таким образом, можно констатировать, что обнаружены проявления когнитивного дизонтогенеза в деятельности внимания у больных шизофренией детей. Продолжение исследования требует более детального учета диагноза, динамики состояния и других клинических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971.
2. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении. Автореф.дисс...д. мед. наук. - М., 1995.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986.
4. Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез как характеристика познавательного развития при шизофрении в детском возрасте / Другое детство. Сборник научных статей. - М.: МГППУ, 2009. - С. 134-146.
5. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. - М.: Академия. 2008.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1979.
7. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. - М.: МГУ, 1991.
8. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под ред. М.Ш. Вроно. - М. 1986. - С. 147-160.
9. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия /под ред В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. в 2-х тт. - М.: Высшая школа, 2002.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. - СПб, 1998.
11. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. - М.: Медицина, 1974.
12. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - М., 2002.
13. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. – М., 1982.

Н.О. Николаева, Т.А. Мешкова

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ:

СОЦИАЛЬНЫЕ, СЕМЕЙНЫЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Классификация пищевых нарушений

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в условиях стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [10]. Пищевое поведение человека относится к инстинктивным формам деятельности, т. е. определяется врожденными потребностями. Но его нарушения могут быть вызваны очень разными причинами: наследственной предрасположенностью, культурной средой, семейными традициями, особенностями характера и самооценки, влиянием моды, недовольством своим телом, соблюдением диет и др.

Наиболее распространенными формами нарушения пищевого поведения (НПП) являются нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ), сопровождающаяся различными видами очищения (purgings), и компульсивное переедание, так называемое «пищевое пьянство», являющееся гиперфагической реакцией на стресс и приводящее к психогенному ожирению.

Итальянские авторы [13] выделяют еще один вид расстройства пищевого поведения – vomiting. Этот термин применяется для пациентов, у которых основными симптомами являются обжорство и вызывание рвоты. По мнению авторов, если в традиционном определении булимии главный акцент делается на эпизодах обжорства, а очищение посредством вызванной рвоты имеет лишь второстепенное значение наравне с другими способами очищения, то вызванная рвота, vomiting, «представляет собой самостоятельный целостный процесс, начинающийся в подготовительной фантазии, продолжающийся во время переживания и завершающийся заключительным освобождением; при этом данная последовательность действий характеризуется интенсивным удовольствием». Авторы подчеркивают, что именно этот тип расстройства наиболее часто встречается в их практике (65% случаев) и требует других техник терапевтической работы, чем при НА и НБ.

В классической работе «Нервная анорексия» Коркина М.В., Цивилько М.А. и Марилов В.В. [6] описывают медицинскую историю изучения пищевых нарушений: «Впервые нервную анорексию описал R. Morton в 1689 г. под названием “нервная чахотка”, хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. Начало интенсивного изучения этого заболевания связано с работами W. Gull (1868), Ch. Lasague (1873), которые почти одновременно и независимо друг от друга опубликовали статьи о НА. W. Gull предложил термин “нервная анорексия” (“anorexia nervosa”). Во французской литературе чаще используется термин “anorexie mentale” (психическая анорексия), в немецкой — “pubertatsmagersucht”(подростковое истощение). В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит А.А. Киселю. В 1894 г. он описал НА истерического генеза у 11-летней девочки».

В учебном пособии «Патопсихология детского и юношеского возраста» Зверевой Н.В., Казьминой О.Ю. и Каримулиной Е.Г. дается определение данного нарушения пищевого поведения: «Нервная анорексия <...> — заболевание, возникающее преимущественно у девушек-подростков (11–15 лет) и молодых девушек (16–18 лет); иные названия — болезнь отличниц, болезнь тинэйджеров (США), проявляющееся в сознательном и стойком стремлении к похуданию, выражающемся в отказе от еды. По МКБ-10 относится к разделу F50 — расстройства физиологического функционирования.» [4] То, что большую часть больных нервной анорексией (до 90%) составляют девушки и молодые женщины, объясняется некоторыми исследователями как результат раннего использования диет [53].

Диагностические критерии НА, приведенные в МКБ-10, таковы:

1. Вес тела на 15% ниже нормы, определяемой по формуле Кветлета: $ИМТ = V/P^2$, где ИМТ — индекс массы тела; V — вес, кг; P — рост, м.

Нормальные значения индекса Кветлета для подростков равны 17,5–19; для женщин — 18,5–24,9.

2. Искаженное восприятие своего тела (дисморфофобия, дисморфомания, если использовать терминологию, принятую в отечественной психиатрии).

3. Сознательное (но тщательно скрываемое) стремление к снижению массы

тела за счет диет, отказа от пищи, приема рвотных, мочегонных или слабительных средств, чрезмерной физической нагрузки.

4. Нарушение физиологических функций (аменорея, утрата либидо и потенции).

5. Нередко отказ от пищи сочетается с приготовлением самых разнообразных блюд и закармливанием родственников или друзей (приводится по [15]).

Несмотря на значительное истощение больные НА кажутся веселыми, энергичными и неутомимыми. При этом К. Меннингер рассматривает НА как хроническую форму самоубийства [11]. То же подчеркивает и С. Johnson: «Ни одно психическое расстройство не сопровождается таким числом физиологических нарушений и случаев преждевременной смерти молодых людей, как нервная анорексия» [40].

НБ, которой страдает около 2% населения, характеризуется возникновением непреодолимого чувства голода с поглощением больших объемов пищи без ощущения насыщения. За приступом булимии, как правило, следует борьба с перееданием (провоцирование рвоты, прием слабительных и т. п.) [26]. Согласно МКБ-10, НА и НБ выделяются как самостоятельные расстройства. Однако, булимии, как правило, предшествуют более или менее длительные периоды анорексии, что дает основания рассматривать эти проявления в виде единого психического заболевания [13, 14].

Компульсивное переедание («пищевое пьянство»), приводящее к ожирению, в последней четверти XX века стало социальной проблемой в странах с высоким уровнем развития. При недостатке положительных эмоций человек может использовать прием пищи в качестве компенсаторного способа нормализации эмоционального фона [5, 7]. Пищевая зависимость является одним из социально приемлемых и не порицаемых видов аддиктивного поведения.

Популяционные исследования

НПП являются одной из актуальных проблем современной цивилизации. По некоторым данным, ими страдает около 50% населения развитых стран [30, 46] с учетом субклинических форм. Данные по российской популяции говорят о стремительном увеличении распространенности НПП и наличии высокого процента девушек, относящихся к группе риска [3]. Высокие показатели риска развития НПП получены Т.И. Семиной в России в г. Томске. При обследовании 400 старшеклассниц и студенток распространенность пищевых нарушений достигала 37,2% [15, 16].

Нами проводилось исследование московской популяции студентов и их родственников. Было опрошено более 1 500 человек. В исследовании использовалась диагностическая шкала ЕАТ-26 [36]. О наличии риска НПП свидетельствует набор более 20 баллов по тесту ЕАТ-26. По нашим данным, превышение критических значений по тесту ЕАТ-26 среди женщин среднего возраста оказалось равным 9,5%, а среди девушек — 7,6%. Для мужской части опрошенных превышение критических значений встречалось лишь в 1,5% случаев. При этом не наблюдалось связи между баллами по тесту ЕАТ-26 и индексом массы тела [12]. Отсутствие связи между НПП и значениями индекса массы тела были показаны и в работе, проведенной в Германии на 3 021 респонденте в возрасте 14–21 год [45].

Подобные исследования на неклинической популяции имеют большое значение, так как за многие месяцы или годы до манифестации любой болезни наблюдается период инициальных расстройств — начальные проявления болезни

[22]. Предпатология (функциональная норма), или повышенный риск, характеризуется наличием предпосылок для возникновения патологии, что не отражается на общем функционировании организма и личности и не приводит к адаптации [17]. На многообразие биологических, психологических и социальных факторов, участвующих в формировании НПП и являющихся признаками риска, указывается и в диссертационном исследовании Занозина А.В. [3].

Истинные масштабы распространенности НПП определить нелегко, т. к. эти состояния часто скрываются и больные избегают лечения. Клиническая статистика распространенности нервной анорексии (для лиц от 15 до 35 лет) составляет около 1–5%.

Социальные предпосылки развития нарушений пищевого поведения

Современные стереотипы красоты обуславливают рост числа женщин, постоянно использующих ограничительные диеты. Но диеты и сокращение приема пищи повышают риск развития НПП через когнитивные и физиологические механизмы. Артисты, манекенщицы и спортсмены в силу рода своей деятельности относятся к группе риска. Девочки 5-летнего возраста, занятые в эстетических видах спорта (балет или фигурное катание), проявляют более повышенное внимание к массе тела, чем девочки в неэстетических видах спорта или вообще не занимающиеся им.

Белорусский исследователь О. Скугаревский пишет: «Популярные в стране «женские журналы» предлагают большое количество информации, преследующей цель снизить вес (разнообразные диеты, низкокалорийные продукты питания, средства для похудения типа «суперсжигатель жира» и проч.). Существуют свидетельства того, что журналы, наиболее читаемые женщинами в возрасте 18–24 лет, имеют в 10 раз больше «диетического содержания», чем издания, ориентированные на мужчин. Следствием такого рода «информационной обработки» является экспериментирование с диетами, что может начинаться уже с 8–10-летнего возраста» [18].

Также распространение идеалов худобы и нарушения пищевых установок обусловлено высоким уровнем социальной конкуренции среди женщин, их трудовой занятостью, негативными в социальном плане последствиями беременности, стрессом, связанным, в частности, с сексуальным мужским вниманием [42].

M.N. Juda, L. Campbell и Ch.B. Crawford исследовали 100 гетеросексуальных женщин для выявления связи между увлечением диетами и отсутствием социальной поддержки со стороны семьи или сексуального партнера. Женщины, имеющие сложные романтические отношения, отвечали на тест «EDI» («Eating Disorder Inventory»). Анализировались такие факторы, как неудовлетворенность своим телом, стремление к худобе и возрастные страхи. Также предъявлялись вопросы для выявления уровня получения социальной поддержки со стороны родителей, семьи, друзей и того, как женщины понимали готовность к материнству. Женщины, которые имели действительно низкий уровень поддержки, особенно от своих партнеров и семьи, демонстрировали увлечение диетами. Авторы считают, что в подобных случаях нарушения пищевых установок включено в механизм подавления репродуктивности [42].

Психологические особенности, связанные с риском возникновения НПП

При проведении лонгитюдного наблюдения было выявлено, что соблюдающие диету лица, у которых в течение двух лет возникло НПП, имели специфические психологические и поведенческие характеристики [50]. Т.И. Семи-

на в обширном исследовании (более 400 девушек) выявила связь риска НПП с уровнем личной тревожности [16]. Многие исследователи указывают на связь НПП и такой личностной черты как перфекционизм, особенно если он проявился в детском возрасте [31, 33, 39; 49, 51]. Многочисленные исследования показали, что симптомы НА оказались связаны с рядом параметров перфекционизма – «озабоченностью ошибками» и «сомнениями в собственных действиях», а также с наличием особой чувствительности к неадекватно высоким ожиданиям других людей. Было установлено, что лица, очень озабоченные собственным весом, упорно добивались предложенной извне нереалистично высокой цели, при этом проявляя очень высокую чувствительность к обратной связи. Также Fairburn С. и Brownell К. считают, что перфекционизм является важным компонентом когнитивных теорий, объясняющих возникновение и хронификацию НА и НБ. Он проявляется в стремлении иметь идеальную фигуру, а также в альтернативности мышления, в дихотомии отношения к своему телу: идеально стройный—безобразно толстый [33]. Slade Р. и Owens G. А [54] предположили, что следование диете служит формой т. н. позитивного перфекционизма – позволяет пациенткам переживать эмоцию успеха, ощущение собственной силы и морального превосходства над другими в жизненных обстоятельствах, которые воспринимаются ими как недоступные контролю и в целом неудачные (приводится по [2]).

Нами (Николаевой Н.О., Мешковой Т.А., Яковлевой М.К.) также была предпринята попытка исследования перфекционизма и риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков. В исследовании приняли участие 52 школьницы в возрасте от 14 до 16 лет. Использовались три методики: EAT-26 и шкалы перфекционизма из опросников EDI-2 (10-я шкала опросника) и TCI-R («Опросник темперамента и характера»: Cloninger и соавт.). Несмотря на то, что выбранные нами шкалы перфекционизма коррелировали между собой ($R = 0,43$; $p < 0,01$), мы выявили положительную связь только между суммой баллов по тесту EAT-26 и шкалой перфекционизма из теста EDI-2 ($R=0,38$; $p<0,01$). Анализ содержания вопросов выявил, что девушки с риском нарушения пищевого поведения отвечают положительно на вопрос «Я не терплю, когда в чем-то оказываюсь не лучше других» (корреляция с риском нарушения пищевого поведения $R=0,48$; $p<0,01$).

Большой вклад в развитие нарушений пищевого поведения вносит недовольство своим телом, которое специалисты квалифицируют как дисморфофобию-дисморфоманию [6, 20, 27]. Образ тела включает связанные с собственным телом перцепции и установки, в том числе, мысли, верования, чувства и программы поведения. Е.Т. Соколова выделяет в структуре образа тела два компонента — образ физического «Я» как когнитивное образование и эмоционально-ценностное отношение — (самооценка) как аффективное образование [19]. Американские исследователи изучали риск нарушения пищевого поведения и удовлетворенность своим телом. Для определения отношения к своему телу использовалась методика BAS (Body Appreciation Scale) [24]. Была получена отрицательная корреляция между симптомами нарушения поведения и удовлетворенностью своим телом.

Нами (Николаевой Н.О., Мешковой Т.А., Кукиной А.А.) было проведено пилотное исследование влияния образа тела на риск нарушения пищевого поведения у московских школьниц, учащихся 8–10-х классов. Использовались методики BAS и EAT-26. Полученные результаты совпали с описанными выше [24]:

высокие баллы по тесту ЕАТ-26, говорящие о риске нарушений пищевого поведения, отрицательно коррелировали с удовлетворенностью своим телом ($R = -0,43$ при $p = 0,008$; $N = 37$).

Анализ семейных отношений при нарушениях пищевого поведения

Влияние родителей, семейных традиций и наличия сиблингов на пищевое поведение детей отмечается в целом ряде работ.

Больные НБ часто происходят из семей с импульсивной коммуникацией и значительным потенциалом насилия. Структура отношений в таких семьях отмечена высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между людьми, высоким уровнем стресса и малоуспешными стратегиями решения проблем при высоком уровне ожиданий социального успеха [41, 43]. В основном семейные исследования касаются эффектов влияния поведения матери и отца на пищевое поведение дочерей. Влияние отца на пищевое поведение сыновей менее исследовано, но некоторые авторы отмечают специфические влияния на пищевое поведение в парах отец-сын и мать-дочь. Так, датские исследователи выявили, что члены семьи могут оказывать существенное влияние, прямое или косвенное, на пищевое поведение детей. Эти влияния зачастую носят характер повторения родительской модели, предпочтений, убеждений и установок, хотя модели влияний сложны и неоднозначны. Исследовалось семейное сходство и реципрокные влияния при ограничительном пищевом поведении в 404 полных семьях, состоящих из обоих родителей и детей-сиблингов подросткового возраста. Все члены семей описывали свое пищевое поведение как ограничительное. Обнаруженные совпадения между родителями и подростками в ограничительном пищевом поведении касались матерей и дочерей, а также матерей и сыновей. Были обнаружены определенные отличия для мальчиков и девочек, а также для подростков с высокой или низкой выраженностью взаимодействия с родителями [38].

В наших исследованиях также анализировались риски нарушения пищевого поведения по тесту ЕАТ-26 у родственников. Выявлены наиболее тесные связи между пищевым поведением матерей и старших дочерей ($R = 0,44$ при $p = 0,0000$; $N = 328$), отцов и сыновей ($R = 0,39$ при $p = 0,0000$; $N = 116$), в то время как в парах мать—сын и отец—дочь корреляции были невелики ($R = 0,18$ при $p = 0,02$; $N = 152$ и $R = 0,14$ при $p = 0,06$; $N = 191$, соответственно) [47].

В семьях больных анорексией чаще доминирует женский авторитет, будь то мать или бабушка, влияние отцов вследствие этого снижено [8]. В отдельных случаях доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье, воспитывая ребенка в духе повышенной моральной ответственности, к детям предъявляются повышенные требования, искусственно загружают их различными «полезными и престижными» занятиями (иностранные языки, музыка, художественная гимнастика, фигурное катание и т. п.). Таким образом, уже в раннем детстве эти дети бывают очень перегружены занятиями [6]. Особенно матери девушек, больных НА, описывают и другие авторы: «Властная, деспотичная и стеничная мать постоянно подавляет волю детей и лишает их всякой инициативы. Такие матери отличаются, кроме того, большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия. Часто из-за нереализованных в прошлом возможностей они всю свою энергию и власть проявляют в семье, используя детей как ширму для своих прихотей». [6]

В наших исследованиях [48] были получены аналогичные результаты. Сорок семь московских школьниц обследовались с помощью двух методик: «ЕАТ-

26» и подросткового варианта опросника «Взаимодействие родитель—ребенок» И.М. Марковской [9]. Подсчет коэффициента корреляции по Спирмену показал положительную связь оценок EAT-26 с высоким контролем со стороны матери ($R=0,31$, $p<0,05$) и отрицательную — с последовательностью в поведении отца ($R=-0,49$, $p<0,05$). При этом высокий контроль со стороны матери отрицательно коррелирует с последовательностью в поведении отца ($R=-0,51$, $p<0,05$).

В риске возникновения НПП играет роль и отношение к еде в семье. В ряде семей больных НА много говорилось о необходимости ограничивать себя в пище, «чтобы не полнеть», полнота ассоциировалась с «грубостью», «неэстетичностью», «вульгарностью». Матери этих больных нередко прибегали к различным модным диетам. В присутствии детей велись постоянные разговоры о «красоте внутренней и внешней», необходимости иметь «хрупкую воздушную фигуру», у детей воспитывалась неприязнь ко всему «жирному», «полному» [6].

Неодобрительные замечания матери о формах тела дочери вызывают у девочек недовольство своим телом, депрессивные состояния и приводят к чрезмерному увлечению диетами. Frankoa D.L., Striegel-Moore R.H. [34] в своем исследовании показали, что толерантность матерей к внешнему виду своих дочерей различна в разных этнических сообществах. Они выявили, что депрессивные расстройства, связанные с недовольством своим телом, у афроамериканских девочек-подростков встречаются гораздо реже, чем в белых американских семьях. Возможно, это связано с тем, что темнокожие матери более толерантны в отношении своих дочерей, имеющих большой вес, а темнокожие девочки-подростки более удовлетворены своим телом, намного реже вовлечены в соблюдение диет и реже белых девочек-подростков имеют нарушения пищевого поведения. Самооценка у афроамериканских девочек уже с пятилетнего возраста более высокая и стабильная. В работе подчеркиваются влияния, исходящие из семьи и других значимых групп, различия в самоуважении и особая роль культуры, медиа и социокультурных установок на стремление к худобе у белых девочек [34].

Еще ряд семейных и личностных аспектов психогенеза НА выделяют Vandereycken V., Meerman R. [55]:

1. Голодание является эффективным средством в борьбе с родителями. Не добившись внимания в роли примерного ребенка, девочка заставляет родителей тревожиться и умолять ее есть.

2. Чрезмерное внимание родителей к питанию ребенка, особенно если применяются наказания и насильственное кормление, вызывает у девочки рвоту и снижение аппетита.

3. Аппетит снижается под влиянием тревоги больной по поводу реальной или мнимой чрезмерной полноты, а также в связи с одобрением окружающими потери массы тела. Источником тревоги может стать физическое созревание и психосексуальное развитие, которое эффективно тормозит потерю веса.

4. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, а поскольку больная не идентифицирует чувство голода, то безуспешно пытается справиться с тревогой, отказываясь от еды.

Наследственные компоненты нарушений пищевого поведения

Анализ семьи больных с нарушениями пищевого поведения также предусматривает и аспекты наследственной симптоматики. В «Обзоре современной психиатрии» за 2006 г. [29] приводятся данные зарубежных исследований наследственных компонентов НА и НБ. Так, в 80-е годы были проведены близне-

цовые исследования НА, которые подтвердили наличие в формировании расстройства пищевого поведения генетического компонента [28]. Молекулярный генетический анализ фокусируется как на анализе сцепления генов в пределах генома в семьях с множественными случаями заболевания с целью идентифицировать локусы генов в хромосомах, так и на изучении генов-кандидатов. Анализ сцепления генов в пределах генома не обнаружил локусы для широкой диагностической категории НА и НБ, однако анализ родословных как минимум одной пары родственников с ограничительным типом НА определил сцепление с хромосомой 1p34 [37]. Это позволяет рассматривать данный тип нарушения в качестве самостоятельного фенотипа. [29]

На хромосомах 1 и 13 с помощью методов количественной генетики были обнаружены локусы, ассоциированные с анорексией как стремлением к худобе, связанном с ригидностью поведенческих стереотипов [32]. НБ, в особенности форма с самостоятельно провоцируемой рвотой, сцеплена с хромосомой 10 [28], что подкрепляет точку зрения, что эта форма является отдельным фенотипом. Интересно отметить, что примерно там же располагается известный локус гена ожирения. Это согласуется с повышенной частотой случаев ожирения в семейном анамнезе при НБ (приводится по [29]).

В обзоре литературы Ромацкого В.В. и Семина И.Р. содержится упоминание о публикации французских авторов, посвященной особой форме НПП: «За 25 лет на острове Реюньон было зарегистрировано 38 случаев НА. Авторы описали 24 случая, о которых была получена наиболее полная информация (в том числе 14 случаев у мальчиков). В 23 случаях из 24 речь шла о жителях южной части острова, которые практически не поддерживают отношений с материком, и среди них распространены близкородственные браки. Клиника НА манифестировала в возрасте около семи лет и характеризовалась отказом от пищи и неконтролируемой рвотой. Смертность, несмотря на все принятые меры (в том числе парентеральное кормление), составила 45,8%» [15, 52].

Нарушение пищевого поведения требует психиатрической и психотерапевтической помощи. Заболевание, возможно, связано с генетической предрасположенностью и определенными психологическими особенностями, но провоцируется любой причиной, приведшей к увлечению диетами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беюл Е.А., Оленева В.А., Шатерников В.А. Ожирение. — М.: Медицина, 1986. — 192 с.
2. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Современная терапия психических расстройств. — 2006, № 1. — http://www.psychiatry-therapy.ru/archive/n1-2006/n1-2006_163.html
3. Занозин А.В. Клинико-эпидемиологические и психопрофилактические аспекты нервной анорексии. Дис. ... канд. мед. наук. — 2002.
4. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 54 с.
5. Князев Ю.А., Бушуев С.Л. Новые данные о роли цереброинтестинальных пептидов в регуляции аппетита и развитии ожирения // Педиатрия. — 1984, № 5. — С. 45–48.
6. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
7. Коростелева И.С., Роттенберг В.С. Психофизиологические особенности

больных церебральным ожирением в контексте проблем алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994, № 1. — С. 29–36.

8. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. — М.: ЭКСМО, 2007. — 1038 с.

9. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. — СПб., 2006. — 150 с.

10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпресс-информ, 2005. — 432 с.

11. Меннингер К. Война с самим собой. — М.: Эксмо-Пресс, 2000.

12. Мешкова Т.А., Николаева Н.О. Исследование пищевого поведения в трехпоколенных семьях московской популяции с помощью скринингового опросника ЕАТ-26 / От экспериментальной биологии к превентивной и интегративной медицине. — Материалы международного междисциплинарного симпозиума. — Судак, Крым, Украина; 17–28 сентября 2007.

13. Нардонэ Дж, Вербиц Т, Миланезе Р. В плену у еды. - М.: ЭКСМО, 2010. - 282 с.

14. Олейников А.Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией и булимией // Журн. невропатол. и психиатр. — 2000, № 5. — С. 19–22.

15. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / Бюллетень сибирской медицины. — 2006, № 3. — С. 61–69.

16. Семина Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у школьников и студенток // Вестн. СибГМУ. — 2000, № 2. С. 81–82.

17. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987. — 184 с.

18. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: клинико-биологический подход
//http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3562:2010-05-21-08-35-17&catid=168:12002&Itemid=52

19. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М.: Изд-во МГУ, 1989. — 216 с.

20. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - 1974. - 320 с.

21. Татонь Я. Ожирение. Патопсихология, диагностика, лечение. — Варшава: Польское медицинское издательство. — 1981. — 364 с.

22. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М., 1978. - 340 с.

23. Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О., Сидоров К. А. Ожирение. — Л.: Медицина, 1980. — 262 с.

24. Avalos L., Tylka T.L., Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation // Body Image — 2005, 2. — P. 285–297.

25. Barcai A. Predicting the response of children with learning disabilities and behavior problems to dextroamphetamine sulfate. — 1971.

26. Bardone-Cone, A.M., S.A. Wonderlich, R.O. Frost, C.M. Bulik, J.E. Mitchell, S. Uppala and H. Simonich. «Perfectionism and Eating Disorders: Current Status and Future Directions» / Clinical Psychology Review 27(3) (Apr 2007). www.und.edu/dept/library/about/ebls/Robinson2006.

27. Bruch H. The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. — Cambridge, MA: Harvard University Press. — 1978. — 150 p.

28. Bulik, C.M., Devlin, B., Bacanu, S.A., et al. Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa // *American Journal of Human Genetics*. — 2003, 72. — P. 200–207.

29. Collier D.A., Treasure J.L. The aetiology of eating disorders // *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 363–365. / *Этиология расстройств пищевого поведения // Обзор современной психиатрии*. — 2006, 29.

30. Crisp A.H. *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. — London.: Academic Press. — 1980. — 200 p.

31. Davis C., Claridge G., Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. — 2000, V. 27, № 1. — P. 67–73.

32. Devlin B., Bacanu S.A., Klump K.L., et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates // *Human Molecular Genetics*. — 2002, 11. — P. 689–696.

33. Fairburn C., Brownell K. (eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. — Guilford press. New York, London, 2003.

34. Franko D.L., Striegel-Moore R.H. The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls are the differences Black and White? // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2002.

35. Frederick D.A., Fessler D.M.T., Haselton M.G. Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? // *Body Image*. — 2005. Vol. 2, № 1. - P. 81–86.

36. Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. — 1982, 12. — P. 871–878.

37. Grice D.E., Halmi K.A., Fichter M.M., et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1 // *American Journal of Human Genetics*. — 2002, 70. — P. 787–792.

38. Snoek H.M., van Strien T., Janssens J.M.A.M., Rutger Engels C.M.E.. Longitudinal relationships between fathers', mothers', and adolescents' restrained eating // *Appetite*. — 2009, 52.

39. Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis // *Journal of Abnormal Psychology*. — 1996, V. 105, № 2. — P. 276–280.

40. Johnson C. Current challenges in recognizing and treating eating disorders // *Minnesota medicine*. — 2003. - № 86 (11). — P. 34–39.

41. Jonson S., Flash A. Family characteristics of 105 patients with bulimia // *American Journal Psychiatry*. — 1985, vol 142(1), pp. 1321–1324.

42. Juda M.N., Campbell L., Charles B.C. Dieting symptomatology in women and perception of social support: an evolutionary approach // *Evolution and Human Behavior*. — 2004, 25. — 200–208.

43. Kaye W.H., Bastiani A.M., Moss H. Cognitive style of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Journ. of Eating Disorders*. — 1995. V. 18(3). — P. 287–290.

44. Kopelman P.G. *Clinical Endocrinology*. — 1994.

45. Lamertz C., Jacobi C., Yassouridis A. et al. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey // *Obes. Res*. — 2002. № 11. - P. 1152–1160.

46. Lucas A. R., Neale M C., et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa

sa. // American Journal of Psychiatry. — 1991, 148. - P. 1627–1637.

47. Meshkova T., Nikolaeva N. Eating Behavior in Families of Moscow Population: Comparison of three Generations / 20-th Biennial ISSBD Meeting / International Society for the Study of Behavioural Development. — University of Würzburg, Department of Psychology, Germany. — 2008, July 13–17.

48. Meshkova T., Nikolaeva N., Kopnina O. Parenting style and eating behavior of adolescent girls / The 12th Biennial Conference of the European Association for Research of Adolescence. - Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania. — 2010, May 12–15.

49. Minarik M., Ahrens A. Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women // Cognitive Therapy and Research. — 1996. V. 20. - P. 155–169.

50. Patton G., Selzer R., Coffey C. et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years // Brit. Med. J. — 1999. Mar. 20. № 318. - P. 765–768.

51. Plinner P., Haddock G. Perfectionism in weight – concerned and – unconcerned women: an experimental approach // International Journal of Eating Disorders. — 1996. V. 19. № 4. - P. 381–389.

52. Renouil M., Fourmaintraux A., Cartault F. et al., Severe anorexia in infants in Reunion: a new autosomal recessive disease? // Arch. Pediatr. — 1999, V. 6. № 7. — P. 725–734.

53. Richardson P., Kachele H., Rendlund C. Research on psychoanalytic psychotherapy with adults — Karnac London. — 2003.

54. Slade P., Owens G. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory // Behavioral modification. — 1998. V. 22, № 33.

55. Vandereycken V., Meerman R. Anorexia nervosa: A Clinician's Guide to Treatment — Berlin—New-York, 1984.

Н.В. Полянская

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

У ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Московский городской психолого-педагогический университет, Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат № 17 (Москва).

В настоящее время одной из важных задач специальной психологии является разработка эффективных способов социальной адаптации и интеграции в общество подростков с детским церебральным параличом (ДЦП). Многолетний опыт специалистов показывает, что успешность социальной адаптации подростков с ДЦП в значительной степени зависит от наличия у них устойчивых межличностных отношений позитивного характера, способствующих обретению уверенной позиции в обществе. Психофизические особенности, обусловленные ДЦП, как правило, затрудняют самостоятельное включение подростков в систему межличностных отношений, овладение навыками эффективного взаимодействия с окружающими людьми [1, 2]. В результате социальная жизнь этих подростков оказывается обедненной, их межличностные связи ограничиваются отношениями со значимыми взрослыми, а также сверстниками, имею-

щими схожие нарушения в развитии. В последние годы специалистами в области специальной психологии, социологии, социальной работы и других научных дисциплин, активно рассматривается вопрос об интегрированном обучении подростков с ДЦП. Разрабатываются и частично реализуются социально-педагогические проекты, направленные на создание условий для межличностного взаимодействия подростков с ДЦП и их здоровых сверстников в условиях совместной деятельности по интересам. В связи с этим знание закономерностей формирования и структуры содержания межличностных отношений у данной категории подростков, приобретает особенную актуальность и практическую значимость.

В нашем исследовании, направленном на исследование особенностей межличностных отношений подростков с ДЦП, приняли участие 43 подростка в возрасте от 14 до 16 лет.

Экспериментальную группу составили 20 учащихся восьмых классов специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната № 17 Юго-Западного Административного округа г. Москвы. Подростки, составившие экспериментальную группу, имели ДЦП.

Контрольную группу составили 23 учащихся восьмого класса средней общеобразовательной школы № 657 г. Москвы. В соответствии с данными медицинской документации, подростки, составившие контрольную группу, имели нормальный уровень психофизического развития.

В связи со сложной структурой нарушений, к которым приводит данное заболевание, считаем целесообразным остановиться на рассмотрении анамнестических данных подростков. Отметим, что 70% подростков имели легкую степень двигательных нарушений. Двигательные нарушения у них проявляются в негрубых изменениях осанки и походки, недостаточной моторной ловкости при осуществлении произвольных движений. У 30% подростков отмечалась средняя степень двигательных нарушений, что сопровождалось выраженным патологическим рисунком ходьбы, а также стойким ограничением социальной активности. Анализируя особенности речевого развития испытуемых, достаточно часто наблюдаемые в клинической картине ДЦП, мы определили, что 60% подростков имели нарушения речи в форме дизартрии. При этом выраженные проявления дизартрии, делающие речевое высказывание труднодоступным для понимания окружающими, наблюдались только у 2 подростков. Речь остальных подростков с дизартрией, несмотря на своеобразие фонетического оформления, была вполне доступна для понимания. У 40% подростков, согласно результатам анализа медицинской документации, диагностированных нарушений произносительной стороны речи не отмечалось. Речь этих подростков действительно отличалась четкостью и отсутствием деформации артикуляционного аппарата в процессе высказывания. Однако в сравнении со здоровыми подростками, их речь все же казалась несколько замедленной, в ней периодически встречались аграмматизмы. Потенциально сохранный интеллект наблюдался у 45% подростков; у 55% была диагностирована задержка психического развития. Тем не менее все подростки экспериментальной группы обучались по программе общеобразовательной школы.

Важно обратить внимание на выраженные различия численного состава классов, в которых обучались испытуемые контрольной и экспериментальной группы. Наполняемость каждого класса, где учились подростки с ДЦП, составляла 10 человек, в то время как наполняемость класса, в котором обучались

подростки с нормальным уровнем психофизического развития, составила 23 человека. С нашей точки зрения, это обстоятельство само по себе формирует своеобразие межличностных отношений. В таком маленьком коллективе подросткам экспериментальной группы, как правило, сложно обозначить круг лиц, межличностное взаимодействие с которыми является наиболее предпочтительным. В результате недостаточно развитые коммуникативные навыки сочетаются с ограниченностью выбора партнера по общению, что создает дополнительные сложности социальной адаптации подростков с ДЦП.

В качестве диагностического инструментария были выбраны следующие психодиагностические методики: социометрическая методика, методика «внешнегрупповая референтометрия», методика «незаконченные предложения». В качестве дополнения к названному комплексу методик, была разработана и апробирована проективная методика выявления склонности к социальной интеграции или изоляции. Данная методика представляет собой бланк, на котором схематично изображены основные объекты инфраструктуры, которые потенциально могут быть интересны для лиц подросткового возраста. Среди них важно отметить дом и школу – места, где подростки фактически проводят наибольшее количество времени, а также учреждения медицинского и социально-культурного назначения – поликлинику, библиотеку, стадион, кинотеатр и пр. В процессе проведения исследования подросткам предлагалось отметить объект, в пространстве которого они чувствуют себя наиболее комфортно. Полученные результаты подвергались качественно-количественной обработке и были соотнесены с данными других диагностических методик. Выбранные методики модифицированы с учетом возрастных, психофизических и других особенностей подростков. С помощью используемого инструментария можно рассмотреть особенности межличностных отношений подростков с ДЦП, как со сверстниками и ближайшими родственниками, так и определить отношения подростков к окружающим людям в целом, выявить уровень психологической готовности к социальной интеграции.

Анализ результатов социометрической методики позволил определить специфические особенности межличностных отношений у подростков с ДЦП. У них выявлена тенденция к сочетанию недостаточной степени групповой сплоченности с высоким уровнем удовлетворенности подростками своими взаимоотношениями. Данная тенденция не прослеживается у подростков контрольной группы. У последних высокая эмоциональная привязанность друг к другу обнаружена внутри отдельных дружеских группировок, а у подростков экспериментальной группы эмоциональная привязанность характерна для всех учащихся класса. Подростки с ДЦП продемонстрировали наиболее благоприятный фон межличностных отношений в ситуации неформального взаимодействия, предполагающей длительные и устойчивые взаимоотношения, что обусловлено их социальной ситуацией.

Социальный статус подростка с ДЦП является относительно устойчивым, что подтверждает отсутствие разделения подростков, занимающих лидирующие позиции, на формальных и неформальных лидеров. В контрольной группе на социометрический статус подростка решающее значение оказывают такие личностные и характерологические качества, как коммуникабельность, доброжелательность, активность, адекватность эмоциональных и поведенческих реакций. Кроме того, имеют значение внешняя привлекательность и успешность в учебной деятельности. У подростков с ДЦП на социометрический статус также

влияют названные выше личностные и характерологические качества, однако решающее значение оказывает степень выраженности речевых нарушений и интеллектуальной недостаточности, частично – степень выраженности двигательных нарушений. Влияния внешней привлекательности и успешности в учебной деятельности на социальный статус подростка с ДЦП выявлено не было. На социальный статус подростков с ДЦП в условиях школы-интерната также влияет их практическая полезность в различных видах совместной деятельности. Значительное количество предпочтений отдается подросткам, которые в состоянии помочь сверстникам в самообслуживании, в приготовлении домашних заданий и иных ситуациях, предполагающих активную социальную позицию подростка.

Данные внешнегрупповой референтометрии позволили обнаружить у подростков с ДЦП высокую значимость взаимоотношений с родственниками, в особенности с матерью. Состав референтной группы подростков с ДЦП зависит от их статуса в коллективе сверстников. В контрольной группе родственники составляют референтную группу подростков с высоким социальным статусом, а в экспериментальной группе они чаще составляют референтную группу подростков с низким социальным статусом. Для подростков с ДЦП, имеющих низкий социальный статус, характерны две противоположные тенденции: высокая значимость родственников в сочетании с эмоциональной изоляцией от сверстников и, наоборот, выраженная эмоциональная привязанность к сверстникам и высокая потребность в общении с ними. Подростки с ДЦП, имеющие высокий социальный статус, имеют более высокую привязанность к родственникам, чем к сверстникам, но эмоциональной изоляции от сверстников у них не обнаружено.

У подростков экспериментальной группы отмечается высокая значимость товарищей по учебе, по сравнению с подростками контрольной группы. Это может свидетельствовать о том, что такие референтные лица, как лучший друг, лучшая подруга, друзья у подростков с ДЦП чаще оказываются из числа одноклассников, чем у подростков контрольной группы. Установленный факт указывает на взаимосвязь этих данных с данными социометрической методики, где обнаружена высокая эмоциональная привязанность подростков с ДЦП к своим одноклассникам. «Воображаемых» лиц в составе референтной группы подростков как контрольной, так и экспериментальной группы обнаружено не было. Анализ данных внешнегрупповой референтометрии позволил выявить специфические особенности межличностных отношений у подростков с ДЦП, а также определить, что низкий социальный статус подростка с ДЦП в коллективе сверстников либо способствует формированию социальной изоляции и тенденции к ограничению межличностных связей, либо, напротив, усиливает потребность подростка в отношениях со сверстниками.

Анализ методики «незаконченные предложения» также позволил выявить качественное своеобразие межличностных отношений подростков с ДЦП. Мы убедились, что при оценке своих друзей, подростки с ДЦП действительно склонны в большей степени ориентироваться на их реальную полезность, чем на личностные качества. Отказ товарища в помощи, как правило, вызывает у них чувство обиды. В качестве человека, которому больше всего доверяют, подростки, как правило, называют мать, что подтверждает наличие у них высокой эмоциональной привязанности к ней.

С помощью методики «незаконченные предложения», было обнаружено, что высокий статус подростка с ДЦП в коллективе сверстников может высту-

пать фактором, усиливающим его социальную изоляцию. Согласно полученным результатам, подростки с высоким статусом более чувствительны к негативному отношению окружающих, у них сильнее выражен комплекс неполноценности по сравнению с подростками, имеющими низкий статус. Это может быть объяснено их более адекватной оценкой собственных возможностей и способностей, чем у подростков с ДЦП с низким статусом. С другой стороны, возможно, что подростки с ДЦП, чувствуя себя изолированными, как в школе-интернате, так и в социуме, не чувствуют выраженной разницы отношения к себе со стороны окружающих. Подростки, пользующиеся высоким авторитетом в школе-интернате, острее ощущают разницу отношения к ним в школе и за ее пределами. У подростков с низким социальным статусом, по данным «незаконченных предложений», обнаружена высокая потребность во взаимодействии с окружающими людьми.

Методика «незаконченные предложения» также позволила установить негативное влияние низкого социометрического статуса на социальное самочувствие подростка. Некоторые подростки, проявляя готовность к взаимодействию с социумом, склонны выдавать желаемую ситуацию за действительную. У других подростков с низким социальным статусом мы обнаружено наличие «воображаемого партнера» по общению. Причем референтную группу этих подростков составили реальные лица. В отдельных случаях низкий статус подростка с ДЦП в коллективе сверстников может способствовать формированию у него депрессивного состояния. Однако в некоторых случаях подростки с низким статусом проявляют большую социальную активность по сравнению со сверстниками, имеющими благоприятные взаимоотношения в коллективе. С нашей точки зрения, подобная тенденция может быть продиктована степенью удовлетворенности испытуемых имеющимися межличностными отношениями. Подростки с высоким социальным статусом, и, как следствие, более выраженной удовлетворенностью взаимоотношениями, демонстрируют низкий уровень заинтересованности в расширении межличностных контактов, в то время как у подростков с низким социальным статусом потребность в общении за пределами школы-интерната проявляется сильнее. С другой стороны, как мы отмечали выше, статус ученика специализированной школы во многом обусловлен степенью выраженности интеллектуальных нарушений. Следовательно, группа подростков с неблагоприятным статусом представлена лицами, испытывающими сложности адекватной оценки своих коммуникативных возможностей. Однако, с нашей точки зрения, любые проявления социальной активности подростков являются благоприятным диагностическим показателем, степень адекватности которого целесообразно повышать в процессе специально-организованных психокоррекционных занятий.

Методика «Незаконченные предложения» позволила определить ряд позитивных сторон личности подростков с ДЦП. Они положительно относятся к обучению, желают продолжать образование после окончания школы, ориентированы на трудовую деятельность. В то же время у части подростков мы обнаружили несоответствие профессиональных намерений их психофизическим особенностям, что, с нашей точки зрения, можно успешно преодолеть путем своевременного проведения профориентации.

Проективная методика выявления тенденции к социальной изоляции или интеграции позволила определить общественные места, нахождение в которых обеспечивает благоприятное социальное самочувствие подростков с ДЦП. В

список таких комфортных для некоторых подростков мест попали ночной клуб, стадион и кинотеатр. Основная часть подростков с ДЦП (60%) наиболее комфортно ощущает себя в школе или дома. Дом является местом, где комфортно ощущают себя 40% подростков с ДЦП в независимости от социального статуса в классе. Выбор дома характерен для большей части подростков, имеющих в составе референтной группы родственников. Зависимости между выбором других объектов и референтными предпочтениями подростков не обнаружено. В школе чувствуют себя комфортно 20% подростков с ДЦП, как правило, имеющие, низкий социальный статус. Это подтверждает высокую потребность подростков с низким социальным статусом в межличностных отношениях со сверстниками. Подростки, предпочитающие школу или дом в качестве места, где им комфортно, имеют, на наш взгляд, тенденцию к социальной изоляции. Среди подростков, обнаруживших тенденцию к социальной изоляции, оказались подростки с выраженными речевыми нарушениями, подросток с тяжелой степенью двигательных нарушений и три подростка со средней степенью двигательных нарушений. Данный факт дает основание полагать что, степень выраженности двигательных и речевых нарушений влияет на формирование у подростка тенденции к социальной изоляции. Для подростков, выбирающих общественные места, социальная интеграция является желаемой, и, возможно, реализуется в действительности.

Таким образом, проведение методики, направленной на выявление тенденции к социальной изоляции или интеграции дает возможность получить достаточно показательные результаты, однако ее последующее использование требует введения одного или нескольких вопросов, отвечая на которые подростки смогут обосновать выбор тех или иных объектов инфраструктуры. Кроме того, специально разработанные вопросы позволят определить степень фактической причастности подростков к определенным местам социально-культурного назначения, которая может быть значительно преувеличена вследствие имеющейся тенденции представлять желаемое как действительное.

Проведенное исследование дает возможность сформулировать основные проблемы, стоящие на пути специалиста, занимающегося исследованием межличностных отношений детей и подростков с двигательными нарушениями, в частности, с последствиями ДЦП. Среди них важно подчеркнуть маленькую наполняемость классов специализированных школ-интернатов VI вида, что в значительной степени ограничивает выбор партнеров по общению, недостаточную объективность оценки интеллектуального развития учащихся, отсутствие понимания внутренних мотивов ответов испытуемых. В процессе качественного анализа результатов социометрической методики также обозначилась проблема оценки интеллектуальных возможностей учащихся спецшколы-интерната. В связи с тем что интеллектуальный потенциал подростка играет не последнее место в формировании его социального статуса, в процессе исследования возникает необходимость научного обоснования уровня умственного развития данной категории испытуемых. Психологическая оценка интеллектуального развития учащихся с ДЦП, по мнению ряда исследователей, является наиболее актуальной в младшем школьном возрасте, когда рассматривается вопрос о выборе программы обучения. На более поздних этапах в сфере профессиональных интересов специальных психологов, как правило, находятся личностные особенности клиентов данной группы. Однако рассматриваемое исследование показало, что диагностика личности и межличностных отношений подрост-

ков с ДЦП должна сочетаться с выявлением объективных показателей их интеллектуального развития. Третьим направлением будущих исследований может стать исследование психологических механизмов, например психологической защиты, влияющей на высокую привязанность подростков с ДЦП друг к другу и игнорирование оценки своего и чужого внешнего вида при выделении главных качеств товарища, влияющих на эту привязанность.

Тем не менее, результаты, полученные в исследовании, позволяют определить некоторые направления психологической работы с подростками, имеющими ДЦП. С подростками, имеющими высокий социальный статус, необходимо проводить психокоррекционную работу, направленную на преодоление комплекса неполноценности, повышение уверенности в себе, формирование потребности в межличностных связях вне школы-интерната. С подростками, имеющие низкий социальный статус, следует проводить работу, направленную на повышение их статуса в группе сверстников, оптимизацию детско-родительских отношений. Особое внимание необходимо уделять подросткам, находящимся в депрессивном состоянии, имеющим тенденцию к патологическому фантазированию. С подростками с ДЦП, в независимости от их социального статуса, необходимо проводить профориентацию.

В настоящей статье отражены основные этапы организации и проведения экспериментального исследования особенностей межличностных отношений у подростков с ДЦП, дан анализ полученных результатов, а также определены основные направления коррекционной работы. Настоящее исследование позволило обнаружить особенности личности подростков с детским церебральным параличом, знание которых повышает эффективность психолого-педагогического воздействия при работе с данной категорией лиц. Результаты исследования послужили основой для разработки методических рекомендаций для родителей и педагогов по оптимизации межличностных отношений у подростков с детским церебральным параличом. Однако на сегодняшний день проблема изучения межличностных отношений у подростков с ДЦП остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб., 2003.
2. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Учебное пособие для ВУЗов. - М., 2004.

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

Н.А. Мазаева

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Нервная анорексия (НА) входит в круг психической патологии, хорошо изученной на синдромальном уровне, но при этом с остающейся неустановленной этиологией. НА относится к числу наиболее устойчивых в своем клиническом выражении синдромов. Первые описания больных такого рода можно встретить со времен Авиценны, однако последовательное исследование этой патологии началось с работ W.Gull и Ch.Lasegue во второй половине XIX столетия. В отечественной психиатрии повышенный интерес к проблеме НА отмечается в последние 50–60 лет [1, 5 и др.].

Распространенность

Долгое время НА считалась уделом развитой западной цивилизации с ее идеалами стройности тела. Так, отмечалась чрезвычайная редкость НА в Малайзии, среди чернокожего и смешанного населения Африки.

По данным С.М. Bulik et al. [9] распространенность НА отчетливо выше среди родившихся после 1945 г. J. Milos et al. [24] отмечают наиболее значительный рост НА в 1960–1970 гг. S. Theander [30] указывает ежегодную заболеваемость НА в Швеции за 1960 г. 0.24 на 100 000, оговорившись при этом, что за прошедшую декаду она возросла в два раза. А.Н. Crisp et al. [10] отмечают увеличение числа больных тяжелыми формами в школьном контингенте: 1 случай приходится на 200 учениц, а в возрастной группе 16 лет и старше – на 100 учениц. В работе 1983 г. J. Willi и S. Grossman [31] приводят показатели заболеваемости НА в 1956–58 гг. – 0.38 на 100 000, а в 1973–75 гг. – 1.12 на 100 000. Проанализировав данные по Северо-Восточной Шотландии за 1972–1982 гг., G.E. Szmuckler et al. (цит. по [27]) исчислили ежегодную заболеваемость НА как 4.06 на 100 000. Частота встречаемости НА у женщин 16–25 лет оказалась 0.30 на 1000 с пиком, приходящимся на возраст 18 лет. За тот же период показатели ежегодной заболеваемости НА в Нидерландах для женской популяции в целом составили 5.0 на 100 000, а для возраста 15–24 лет 37.1 на 100 000.

В 1989 г. А. Marcus et al. [22] пишут о дальнейшем росте распространенности НА среди 16-летних за предшествующие 10 лет с 1,6% до 10,5%. При этом показатели смертности колеблются в широком интервале от 4 до 22%.

В 1989 г. М. Rastam et al. [27] относят пик заболеваемости уже к 14 годам, а позднее (1995) характеризуют НА как распространенное расстройство приема пищи, начинающееся в подростковом возрасте и поражающее более 1% женщин и 0,1% мужчин моложе 18 лет. М.А. Цивилько с соавт. [5] при сплошном обследовании школьников общеобразовательных школ у 3,4% выявили клинические признаки НА в инициальной и второй стадиях болезни. Еще 12,3% подростков были отнесены к группе риска. Пик заболеваемости приходился на 15–17 лет. В Швейцарии получены показатели заболеваемости, оценивавшиеся по обращаемости за помощью – 17 на 100 000 женского населения 12–25-летнего возраста [15].

А. Keski-Rahkonen et al. [21] указывают, что НА на протяжении жизни на-

блюдается у 2,2% женского населения, при этом половина случаев остается вне поля зрения служб здоровья. S.J. Crow et al. [11] отмечают, что частота встречаемости НА и шизофрении сопоставима и составляет 1-2%. Распространенность так называемых атипичных форм, не полностью отвечающих диагностическим критериям, в несколько раз выше, чем классических вариантов.

На протяжении десятилетий произошли определенные изменения в показателях болезни. Расширилась география НА, возросла ее выявляемая распространенность, предпочтительное начало болезни сместилось на более ранний (подростковый) возраст с отчетливым ростом заболеваемости у мужчин. Что же касается клинической картины, то она остается относительно стереотипной, за исключением более раннего присоединения булимических расстройств и, по-видимому, ускорения темпа развития болезни с укорочением ее инициального этапа.

Классификационная позиция

Поражает сходство клинических картин, приводимых на протяжении многих десятилетий различными исследователями, уделявшими внимание этой патологии. В настоящее время основными проявлениями НА принято считать преднамеренное снижение веса и удержание его на низком уровне (не достигающем 80% нормативного), осуществляемое самим пациентом путем уменьшения объема употребляемой пищи (вплоть до отказа от нее), приемом слабительных и мочегонных препаратов, прибеганием к чрезмерной физической нагрузке, а также двигательную гиперактивность. В МКБ-10 НА отнесена в раздел – Расстройства приема пищи (F50) в рубрику «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». Ее обязательными диагностическими критериями также являются искажение образа своего тела, выступающего в виде навязчивой сверхценной идеи, страх перед ожирением, наличие «общего эндокринного расстройства», захватывающего ось гипоталамус-гипофиз-половые железы.

Клинические проявления и течение

Хотя НА считается патологией, предпочтительной для пубертатного периода, ее начало может иметь место в любом возрасте. Клинические признаки НА легко распознаваемы, что обуславливает высокий уровень согласованности при ее диагностике.

В отечественной психиатрии в развитии НА непроцессуального генеза принято выделять четыре этапа [1]: инициальный, рестриктивный, кахектический и этап редукции симптомов НА. Зарубежные психиатры подразделяют течение болезни на активную (острую) стадию, длительностью в среднем 5-6 лет, с частыми обострениями и наступающий следом (за исключением случаев перехода в хроническую форму) период ремиссии симптомов, который имеет различную продолжительность и заканчивается либо выздоровлением (иногда много лет спустя после начала НА), либо прерывается поздними рецидивами. С учетом наличия или отсутствия булимических симптомов НА подразделяют на два основных подтипа: 1) рестриктивный и 2) с переяданием с последующим «очищением» (вызывание рвоты). При типичном течении, особенно у подростков и молодых взрослых, в начальных стадиях болезни преобладает рестриктивный вариант, в булимическая симптоматика присоединяется позднее, через несколько лет от ее начала.

Достоверно установлено преимущественная подверженность НА лиц женского пола (встречается у женщин в 6-10 раз чаще, чем у мужчин).

Поскольку больные НА негативно относятся к лечению у психиатра, к мо-

менту госпитализации речь идет обычно о продвинутых стадиях заболевания, когда большинство больных имеет индекс массы тела (ИМТ) в интервале 11-17 кг/м² [14]. Снижение ИМТ ниже 13 кг/м² считается предиктором повышенного риска смерти в остром периоде болезни вследствие множественных эндокринных и метаболических нарушений, в первую очередь, электролитного баланса и внутрисердечной проводимости. Наблюдаемые осложнения затрагивают большинство органов и систем организма, в том числе кардиоваскулярную и периферическую васкулярную, гастроинтестинальную, гематологическую, ренальную, скелетную. Эндокринные и метаболические нарушения включают в себя аменорею, отставленный пубертат, гипотиреозидизм, гиперкортизолизм, недостаточность инсулиноподобного фактора роста, гипогликемию, гипофосфатемию и свидетельствуют о наличии гипоталамической дисфункции, поражающей основные эндокринные оси: гипоталамо-питуитарно-адреналовую, гипоталамо-питуитарно-овариальную и гипоталамо-питуитарно-тиреоидную [24].

Из эндокринно обусловленных функций нарушается раньше и восстанавливается позже других репродуктивная. Прекращение менструаций чаще всего имеет место уже при потере 15% нормативной массы тела. Изменения в репродуктивной системе характеризуются центральным торможением секреции гонадотропин-рилизинг гормона, резким снижением гонадотропной функции гипофиза, торможением фолликулогенеза и синтеза стероидных гормонов в яичниках. Дефицит эстрогенов является, в свою очередь, важным фактором риска потери костной массы и развития остеопороза. Так, частота переломов у женщин со средней продолжительностью НА более 5,8 года в семь раз выше, чем у здоровых женщин того же возраста [7].

Прогноз НА всегда проблематичен. Результаты лечения малоутешительны, как и много лет назад. Практическое выздоровление наступает менее чем в половине случаев. 21-25% больных никогда не достигают здорового веса и восстановления нормального менструального цикла. 5% ежегодно умирают [28]. Среди всех психических болезней показатели смертности вследствие НА остаются одними из наивысших. Наиболее частые причины смерти – это прямые последствия голодания, острая сердечная недостаточность, биохимический и эндокринный дисбаланс. Нередкой причиной смерти оказываются суициды, частота которых среди женщин, болеющих НА, по данным Р.К. Keel et al. [20], в 57 раз превышает наблюдаемую в общей популяции, сопоставимой по полу и возрасту. Н.Р. Miller et al. [22] указывают среднюю продолжительность периода между установлением диагноза и наступлением смерти - 11 лет, а средний возраст к моменту наступления смерти – 35,8 года.

Даже при улучшении состояния более трети больных продолжают испытывать болезненные симптомы, озабоченность своим весом, обнаруживать булимические проявления, злоупотребление субстанциями, обсессивно-компульсивные расстройства. Несколько выше шансы на выздоровление у больных подросткового и молодого возраста (до 50-70%). Наименее благоприятно начало болезни в допубертатном периоде. В этих случаях его проявления задерживается (прекращается) рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы.

Прогноз репродуктивной функции у большинства больных также сомнителен. При начале НА до полового созревания и ее хроническом течении существует риск того, что половая зрелость не наступит вовсе. Длительная аменорея

чревата глубокими дистрофическими изменениями в половой сфере и утратой детородной функции.

НА приводит к асинхронии психосексуального развития, замедлению темпа освоения половой роли, удлинению фаз платонического и эротического либидо, задержке становления взрослой сексуальности [4]. Наличие НА во время беременности и в раннем анамнезе создает повышенный риск ее прерывания, задержки гестационного развития, рождения плода с пониженным весом, малой окружностью головки. Особенно опасно для плода голодание будущей матери в первом триместре беременности.

Нейробиологические данные

Функциональные и анатомические особенности головного мозга у больных НА включают в себя замедленный церебральный метаболизм и кровоток, отклонения в уровне транмиттеров, нарушение выполнения когнитивных тестов, отклонения в электрической активности головного мозга (снижение вольтажа), дезорганизованный тип ЭЭГ, реже – признаки пароксизмальной активности и преходящие расстройства сенсорного синтеза, которые после восстановления веса сохраняются у значительной части больных. Одни исследователи выявляют пониженную метаболическую активность в хвостатом ядре при интактности фронтальных долей, другие акцентируют внимание на преимущественной редукции связывания 5-НТ2А рецепторов в медиальном височном отделе коры, миндалине и гиппокампе.

По мнению Е.А. Stamatakis и М.М. Netherington [27], G.K. Frank et al. [13], М. Rastam [26], голодание ассоциируется с потерей серого и белого вещества головного мозга. Магнитно-резонансное исследование и компьютерная томография выявляют у больных НА признаки так называемой псевдоатрофии головного мозга, сопровождающейся расширением кортикальных борозд, межполушарной щели и желудочков мозга. Наружная гидроцефалия топически особенно близка к цистерне мозжечка, атрофия которого отчетливо выявляема. Отмеченные структурные изменения частично обратимы после восстановления массы тела, но дефицит серого вещества головного мозга может оставаться и после выздоровления от НА. D.K. Katzman et al. [18] отнесли обнаруживаемые у подростков больных НА структурные изменения в головном мозге к самым ранним последствиям этой болезни, лежащим в основе наблюдаемого у них когнитивного дефицита. Существует, однако, и альтернативная точка зрения о первичной роли в этиологии НА изначально недостаточного развития некоторых областей мозга. Так, таламус и средний мозг у больных НА меньших размеров, чем у больных нервной булимией и в контрольной группе здоровых. МРТ-исследования гипофиза выявили уменьшение его размеров или недостаточное его увеличение в сравнении с ожидаемой для пубертатной нормы гипертрофией.

Этиология и патогенез

После отграничения НА от гипоталамической кахексии (болезнь Симмондса) предпринимались попытки ее рассмотрения в контексте различных психических заболеваний (психосоматозов, шизофрении), хронобиологической патологии, аномального развития личности в подростковом периоде и других форм так называемой пограничной психической патологии. Однако, ни одна из них не получила должного научного обоснования и не снискала широкого признания. Можно лишь с определенностью констатировать, что синдром НА как устойчивое клинически очерченное образование по аналогии с другими психопатологическими синдромами (астеническими, аффективными, невротическими)

может наблюдаться при различных в нозологическом отношении заболеваниях, подвергаясь определенному видоизменению в соответствии с их клинικο-динамическими закономерностями.

В последние десятилетия все большее внимание привлекают генетические аспекты НА. Получены свидетельства повышенной частоты НА среди родственников первой степени родства (около 20% в сравнении с 3% в популяции здоровых). Наиболее генетически гомогенным оказался рестриктивный подтип НА. Еще в 1988 г. A. Holland et al. [16] отнесли к одной из причин высокой конкордантности по НА однозиготных близнецов (55%) в сравнении с дизиготными (7%) врожденный тип личности, предрасполагающий к ритуалистическому поведению, приверженности к соблюдению заведенного порядка и стереотипа и ассоциирующийся с рестриктивным типом расстройств пищевого поведения. Более поздние исследования [31] подтвердили, что такие личностные свойства, как обсессивность, ригидность, перфекционизм, могут отражать семейно обусловленные факторы риска развития НА.

Именно с чертами ригидности ассоциируются обнаруживаемые у больных НА и их здоровых сиблингов трудности выполнения психологических тестов с быстрой сменой заданий, требующих переключения от одного к другому [9, 17]. Сниженная когнитивная и перцептуальная гибкость как семейная черта соотносится с большим риском развития НА, чем ее последствия или картина болезни. Выявленные паттерны нейropsychологического функционирования рассматриваются как потенциальный биологический маркер (или врожденный эндотип) при НА, причинно связанный со стойкими аномальностями серотониновой системы, наблюдаемыми при НА, включая повышенный уровень 5-НТ^{2А} серотонина в мозговом кровотоке и изменения в связывании 5-НТ^{2А} рецепторов [8, 13, 19]. Установлено, что нарушение трансмиссии серотонина значимо для формирования патологии пищевого поведения и может быть фундаментальным проявлением патофизиологии НА. Повышение 5-НТ активности ведет к уменьшению приема пищи, а ее снижение преципитирует переедание [6]. Ген мозгового нейротрофического фактора также задействован как ген восприимчивости к НА. Он играет важную роль в синаптической пластичности и нейрональном развитии и наряду с другими факторами ответственен за пищевое поведение и регуляцию веса. Предполагают, что потеря массы тела у больных НА является следствием аномального пищевого поведения, обусловленного низким уровнем мозгового нейротрофического фактора [25].

Появились также сообщения о наличии подозрительного в отношении связи с рестриктивным типом НА локуса на хромосоме 1p, определяющего, по меньшей мере, генетическую предрасположенность к болезни. В предварительном исследовании было найдено сцепление между НА и маркерами хромосом 1-5, 13 и X. Сообщается также о наличии взаимосвязи между уязвимостью к НА и полиморфизмом 5-НТ^{2А} рецептора и не сцепленными генами протеинов. Однако вышеприведенные генетические находки подтверждаются не всеми исследователями. Вплоть до настоящего времени многие авторы склонны расценивать НА как заболевание сложной мультифакторной природы с включением генетических факторов.

Результаты научных исследований последних десятилетий хотя и не вносят желаемой ясности в этиологию НА, существенно расширяют привычные представления о ее патогенетических механизмах. Наряду с наследственной отягощенностью расстройствами приема пищи вероятность развития НА по-

вышают акушерские осложнения, патология во время беременности у матери: анемия, диабет, а также наличие в раннем анамнезе инфекционных болезней с потенциальным нейротропным действием, которые могут обуславливать формирование биологической уязвимости к расстройствам пищевого поведения и гормональной дисфункции. Выделены также многочисленные факторы, predisposing к развитию НА. К их числу относятся особый склад личности с чертами ригидности и перфекционизма, избыточная масса тела, вовлеченность в виды деятельности, требующие стройности фигуры и ограничения в весе (танцы, фигурное катание, художественная гимнастика, верховая езда и др.), недовольство своей внешностью, культуральные, семейные и разнообразные средовые воздействия.

Формирующееся изначально сверхценное отношение к своей внешности с непреодолимым стремлением добиться идеальной фигуры как средства достижения социального и карьерного благополучия приводит к воздержанию от приема пищи с использованием всех доступных способов похудения. На этом фоне быстро присоединяется искажение восприятия своего тела и утрачивается критическое отношение к своему состоянию. По времени это соотносится с появлением описанных выше функциональных и структурных изменений в головном мозге, наступающих вследствие потери веса, которая происходит прежде всего за счет снижения массы жировой ткани. Как установлено к настоящему времени, жировая ткань является не только запасом необходимой для организма энергии, но и важным эндокринологическим органом [2]. Редукция запасов жировой ткани в масштабах, наблюдаемых при НА, приводит к утрате ее функции и тяжелой эндокринной недостаточности. В жировой ткани экспрессируется значительное число гормонов и гормоноподобных пептидов, в частности, лептин, уровень которого в сыворотке крови больных НА резко снижен.

Согласно современным представлениям, лептин играет значимую роль в таких физиологических процессах, как воспаление, ангиогенез, гепатопозис, иммунные реакции и в репродукции. Важнейшей мишенью действия лептина является гипоталамус. В условиях голодания падение уровня сывороточного лептина супрессирует тиреоидную функцию и, частично, образование тиротропин-рилизинг гормона в паравентрикулярных ядрах гипоталамуса, снижая тем самым термогенез. Падение уровня лептина в крови вследствие потери жировой массы ниже критического порога приводит к редукции секреции гипоталамического гонадотропин-рилизинг гормона и фолликулостимулирующего гормона, секретлируемого гипофизом, с последующим сокращением овариальной продукции эстрогенов и подавлением репродуктивной функции. Аменорея при НА имеет адаптивное значение, предохраняя организм женщины в условиях физического истощения от повышенных энергетических затрат, связанных с беременностью.

Лептин вступает в сложное взаимодействие с различными нейропептидами и нейротрансмиттерами, регулирующими вес тела и потребление пищи. Его концентрация в крови соотносится с уровнем других гормонов (инсулина, глюкокортикоидов, стероидных гормонов), факторами роста и цитокинами. Таким образом, лептин принимает несомненное патогенетическое участие в соматоэндокринных нарушениях, развивающихся при НА, наряду с другими, на настоящий момент менее изученными гормонами, регулирующими пищевое поведение, в частности, грелином и нейропептидом Y. При сохранении относительно однотипного психического состояния формирующаяся нейродисфункция начинает играть важную роль в последующей динамике заболевания и в какой-то

мере определять возможности и сроки наступления выздоровления [3].

Обязательным условием выздоровления считается восстановление здорового веса и восстановление эндокринных функций, в частности, нормализация уровня лептина в сыворотке крови. Неблагоприятные исходы с тенденцией к рецидивам без выхода в устойчивую ремиссию ассоциируются с очень низким уровнем лептина в манифестной стадии болезни, нестабильными или чрезмерно повышенными в сравнении с нормативными показателями его содержания в сыворотке крови на момент выписки, недостаточной или, наоборот, излишней прибавкой в весе, что является свидетельством сохраняющейся эндокринной дисфункции. Прогностически неблагоприятны также наличие массивной сопутствующей симптоматики невротического и аффективного круга, неполная критика к болезни, остающееся искаженное восприятие формы своего тела.

Принципы ведения больных НА

Высказывается единодушное мнение о необходимости комплексного лечения больных НА, которое должно включать восстановление питания, психосоциальные вмешательства и медикацию. Основные задачи терапии: достижение больными здоровой массы тела (ассоциируется с возвратом менструаций и нормальной овуляции у женщин, нормального сексуального влечения у мужчин); купирование физических осложнений; повышение мотивации к сотрудничеству в восстановлении здоровых пищевых паттернов и участию в лечении, обучение больных здоровому питанию и поведению и ряд других. При нетяжелой потере веса, а также атипичных вариантах НА возможны попытки амбулаторной терапии. К изменениям витальных проявлений, которые указывают на необходимость срочной госпитализации, относятся ортостатическая гипотензия с учащением пульса на 20 уд/мин или падение кровяного давления в позиции стоя на 20 мм рт.ст.; брадикардия с частотой сердечных сокращений менее 40 уд/мин или неспособность поддерживать основную температуру тела выше 36,0°.

Дети и подростки нуждаются в больничном лечении, даже если имеющаяся у них потеря массы тела не столь выражена, как у взрослых больных. Небольшие размеры тела ребенка предполагают при относительно меньшей потере массы тела большую физиологическую угрозу. В далеко зашедших случаях при уменьшении массы тела, требующей немедленной госпитализации, лечение может быть менее эффективным, возобновление кормления сопряжено с большим риском и прогноз проблематичнее, чем при вмешательстве на более ранней стадии заболевания. Раннее распознавание болезни важно и для предупреждения перехода в хроническое течение.

Возобновление кормления может сопровождаться нежелательными эффектами - появлением болевых ощущений в области живота, болезненностью грудных желез, а при проведении нутриционной терапии в сжатые сроки тяжелым рефидинг-синдромом, вероятность которого особенно высока у больных с низкой массой тела (менее 70% здоровой). Этот синдром включает в себя гипофосфатемию, гипомagneзиемию, гипокальциемию, ретенцию жидкости, тиаминовую недостаточность. Чрезмерно интенсивное возобновление кормления чревато потенциальной опасностью острой задержки жидкости, возникновения сердечной аритмии, сердечной слабости, респираторной недостаточности, рабдомиолиза, дисфункции красных кровяных телец и несет в себе угрозу неожиданной смерти, особенно у больных с низким весом. У детей и подростков с тяжелой недостаточностью массы тела (масса тела менее 70% нормативной) желателен мониторинг сердечной деятельности, особенно в ночное время.

Распространенные ранее методы принудительного кормления, назогастральное и парентеральное кормление в настоящее время используются редко, хотя в тяжелых случаях, когда больная оказывает физическое сопротивление и упорно отказывается от перорального приема пищи, допускается хирургическое введение гастростомы и еюностомы.

После восстановления веса многие больные НА нуждаются в длительной (до года и более) поддерживающей психотерапии. Особенный акцент в европейских странах делается именно на психологических методах лечения: когнитивно-аналитической и когнитивно-бихевиоральной терапии, интерперсональной психотерапии, фокальной психодинамической терапии и семейных вмешательствах. У подростков наиболее эффективной считается семейная психотерапия. В российской психиатрии психотерапия, в частности, поведенческая, хотя и признается одним из важных компонентов лечебного процесса, все же ведущая роль отводится психофармакотерапии НА. Формально назначение психотропных препаратов оправдано лишь при наличии выраженной сопутствующей симптоматики (депрессивных, обсессивно-фобических расстройств) или в случаях недостаточной эффективности нутриционной терапии в процессе восстановления массы тела. Больные пониженного питания больше других предрасположены к побочным эффектам медикации. Так, применение у них трициклических антидепрессантов может ассоциироваться с более высоким риском гипотензии, сердечных аритмий. Бупропион повышает вероятность возникновения припадков, а мirtазапин – риск развития нейтропении.

Во избежание экстрапирамидных расстройств при назначении антипсихотиков предпочтение отдается препаратам нового поколения, так называемым атипичным антипсихотикам и в первую очередь тем из них, которые вызывают прибавку в весе. Нельзя считать такую практику полностью оправданной. По данным последних лет восстановление массы тела при приеме атипичных антипсихотиков прежде всего происходит за счет висцерального жира, тогда как лептин вырабатывается предпочтительно подкожной жировой клетчаткой. Увеличение висцерального жира может приводить к развитию метаболического синдрома во всех его проявлениях и набору больной чрезмерного веса, что само по себе чревато рецидивом болезни.

Назначение психотропной терапии большинством зарубежных исследователей не приветствуется еще и в силу ее малой эффективности. Предпринимались безуспешные попытки лечения больных НА всеми психотропными препаратами, появлявшимися на протяжении последних 20-30 лет [11]. Прежде всего авторы отмечают крайне низкий комплаенс, мешающий проведению длительной фармакотерапии, преодоление которого возможно лишь при параллельном использовании психотерапии. Они также считают, что физическое истощение и нутриционный дефицит приводят к нарушению выработки достаточного для получения ответа на фармакотерапию количества нейротрансмиттеров. В качестве одной из причин называют также «неправильные» подходы к оценке эффективности терапии и неправильно выбранные мишени терапии. Динамика показателей веса считается основным показателем при оценке эффективности лечения, тогда как когнитивные исходы не учитываются. Если же допустить, что в основе НА лежат переменные, не связанные с весом (например, нейропсихологические маркеры), то понятно, что фармакологическое лечение, направленное на увеличение веса, имеет ограниченную ценность. Авторы не исключают, что НА может относиться к тем формам психической патологии, которые

не чувствительны к существующей на данный момент фармакотерапии, тогда как к поиску эффективных средств для лечения НА фармацевтическая промышленность все еще не проявила должного интереса.

Можно надеяться, что бурно развивающиеся нейронауки позволят прояснить этиопатогенетические закономерности этой патологии и выработать патогенетически обоснованные подходы к ее терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. - М.: Медицина, 1986. - 176 с.
2. Мазаева Н.А. Жировая ткань, лептин и нервная анорексия (обзор) // Психиатрия и психофармакология. – 2008, № 2. - С. 18-27.
3. Мазаева Н.А., Самочатова Н.В. Психосоматические соотношения при нервной анорексии // Психические расстройства в общей медицине. – 2008, № 4. - С. 20-30.
4. Олейников А.Н. Особенности сексуального поведения у больных нервной анорексией: Автореф. дис... канд. мед. наук.- М., 2000. - 22 с.
5. Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьников // Журн. невролог. психиатр. – 1999, № 3. - С. 47-49.
6. Akkermann K., Paaver M., Nordquist N. et al. Association of 5-HTT gene polymorphism, platelet MAO Activity and drive for thinness in population-based sample of adolescent girls // Int J Eat Disord.- 2008. Vol. 45.- N 5.- P. 399-404.
7. Biller B.M., Saxe V., Herzog D.B. et al. Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa // J Clin Endocrinology and Metabolism.-1995. N 68. - P. 548-554.
8. Bosanac P., Norman T., Burrows G., Beumont P. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? // Austral NZ J Psychiatry. - 2005. Vol. 39.-P. 146-153.
9. Bulik C.M., Sullivan P.F., Tozz F. et al. Prevalence heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa // Arch.Gen.Psychiatry. - 2006. Vol. 63. - P. 305-312.
10. Crisp A.H., Palmer R.L., Kalucy R.S. How common is anorexia nervosa? A prevalence study // Brit J Psychiatry. - 1976. Vol. 128. - P. 549-554.
11. Crow S.J., Mitchell J.E., Roerig J.D., Steffen Kr. What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? // Int J Eat Disord. - 2009. Vol. 42. - P. 1-8.
12. Frank G.K., Bailer U.F., Henry Sh. et al. Neuroimaging studies in eating disorders // CNS Spectrums. - 2004. Vol. 9. - N 7. - P. 539-548.
13. Frank G.K., Kaye W.H., Meltzer C.C. et al. Reduced 5-HT_{2A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa // Biol Psychiatry. - 2002. Vol. 52. - P. 896-906.
14. Hebebrand J., Mullert.D., Holtkamp K., Herpertz-Dahlmann B. The role of leptin in anorexia nervosa: clinical applications // Mol Psychiatry. - 2007. N 12. - P. 23-35.
15. Hewitt P.L., Coren S., Steel G.D. Death from anorexia nervosa: age span and sex differences // Aging and mental health. - 2001. - Vol.5. - N 1. - P. 41-46.
16. Holland A., Sicotte N., Treasure J. Anorexia nervosa – evidence for genetic basis // J Psychosom Res. - 1988. Vol. 32. - P. 561-571.
17. Holliday J., Tchanturia K., Landau S. et al. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? // Am J Psychiat. - 2005. - Vol. 162. - P. 2269-2275.
18. Katzman D.K., Christensen B., Young A.R., Zipursky R.B. Starving the brain: structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa // Semin Clin Neuropsychiatry. - 2001. Vol. 6. - N 2. - P. 146-152.

19. Kaye W.H., Frank G.K., Bailer U.F., Henry S.E. Neurobiology of anorexia nervosa; clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems // *Int J Eat Disorders*. - 2005. Vol. 37 (suppl). - P. S15-S19.
20. Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T. et al. Predictors of mortality in eating disorders // *Arch Gen Psychiatry*. - 2003. Vol. 60. - P. 179-183.
21. A. Keski-Rahkonen, H.W. Hoek, E.S. Susser. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. - *Am J Psychiatry* 164:1259-1265, August 2007.
22. Marcus A., Blanz B., Lehmkuhl G., Rothenberger A., Eisert H.G. Somatic findings in children and adolescents with anorexia nervosa // *Acta Paedopsychiatrica*. - 1989. Vol. 52. - P. 1-11.
23. Miller H.R., Wardell F., Vyvyan J. et al. Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland 1965-1999 // *Am J Psychiatry*. - 2005. Vol. 162. - P. 753-757.
24. Milos J., Spindler A., Schnyder U. et al. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development // *Int J Eat Disorders*. - 2004. Vol. 35.-N 3.- P. 250-258.
25. Munoz T.M., Argente J. Anorexia nervosa in female adolescents: endocrine and bone mineral density disturbances // *Eur.J. Endocrinology*. - 2002. Vol. 147. - P. 275-286.
26. Nakazato M., Hashimoto K., Shimizu E. et al. Depressed level of serum brain-derived neurotrophic factor in female patients with eating disorders // *Biol Psychiatry*. - 2003. - Vol. 54. - P. 485-490.
27. Rastam M., Gillberg Chr., Garton M. Anorexia nervosa in Swedish urban region: a population based study // *Brit J Psychiatry*. - 1989. Vol. 155. - P. 642-646.
28. Stamatakis E.A., Hetherington M.M. Neuroimaging in eating disorders // *Nutritional Neuroscience*. - 2003. Vol. 6. N 6. - P. 325-334.
29. Steinhausen H-Chr. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century // *Am J Psychiatry*. - 2002. Vol. 159. N 8. - P. 1284-1293.
30. Theander S. Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients // *Acta Psychiat Scand* - 1970. Suppl. - 214 p.
31. Willi J., Grossman E. Epidemiology of anorexia nervosa in defined region of Switzerland // *Am J Psychiatry*. - 1983. Vol. 140. - P. 564-567.
32. Wonderlich S.A., Lilienfeld L.R. et al. Personality and anorexia nervosa // *Int J Eat Disord*. 2005. Vol. 37. - S68-S71.

И.В. Вачков

ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ КОНТУРЫ СКАЗКОТЕРАПИИ

Московский городской психолого-педагогический университет, Сообщество сказкотерапевтов (Москва).

Анализируются позиции, существующие в психологии по отношению к современной сказкотерапии, и констатируется недостаточная разработанность ее теоретических основ. Опираясь на идеи Ф.Е. Василюка о необходимости развития психотехнического подхода, автор предполагает, что сказкотерапия обладает чертами психотехнической системы. В статье указаны возможные подходы к пониманию объекта, методов и сущности сказкотерапии как особого научно-практического направления.

Ключевые слова: сказкотерапия, практическая психология и психотерапия, психотехнический подход, сказочная метафора, методологические основания.

Несмотря на тот факт, что термин «сказкотерапия» прочно вошел в лексикон психологов, психотерапевтов, психиатров и даже психологически «продвинутых» обывателей, содержание этого термина остается размытым. Диапазон его применения настолько широк, что существует реальная угроза «опустошения» понятия «сказкотерапия», поскольку этим словом порой называют абсолютно любой способ обращения к сказке. В то же время многие искренне полагают, что сказкотерапия – это чтение ребенку вслух каких-нибудь (но лучше специально подобранных) сказок и что к этому все ее методы и сводятся. Ситуация усугубляется появлением немалого количества поп-психологических книг, еще более запутывающих читателей неадекватным использованием понятия. Нынешнее положение вещей является следствием хорошо знакомого специалистам парадокса, когда практическое применение метода намного опережает осмысление результатов деятельности и развитие научных оснований возникшего направления.

Не претендуя на исчерпывающее раскрытие содержания понятия сказкотерапии и разработку ее методологической базы (это дело будущего), рискну в этой статье наметить границы сказкотерапевтической территории, указав на некоторые аспекты возможного понимания ее сущности.

ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ СКАЗКОТЕРАПИИ

Если оставить в стороне наивные представления об этом методе, сложившиеся в обыденном сознании непсихологов, можно выделить несколько оформившихся к настоящему времени подходов относительно происхождения, сущности и видовых особенностей сказкотерапии.

Первую позицию отстаивает один из самых известных специалистов-сказкотерапевтов, директор Института сказкотерапии из Санкт-Петербурга Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. Согласно ее точке зрения, сказкотерапию следует понимать как набор способов передачи знаний о духовном пути души и социальной реализации человека, как воспитательную систему, сообразную духовной природе человека [5]. Раскрывая свое понимание, она пишет о том, что сказкотерапия – это и «открытие тех знаний, которые живут в душе и являются в данный момент психотерапевтическими» [5, с. 8], и «процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем» [5, с. 8], и «процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни» [5, с. 9], и «процесс объективации проблемных ситуаций» [5, с. 12], и «процесс активизации ресурсов, потенциала личности» [5, с. 12], и «процесс экологического образования и воспитания ребенка» [5, с. 13], и «терапия средой, особой сказочной обстановкой, в которой могут проявиться потенциальные части личности, нечто нереализованное, может реализоваться мечта» [5, с. 14], и «процесс подбора каждому клиенту его особенной сказки» [5, с. 15].

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева полагает, что родиной сказкотерапии является Санкт-Петербург, а в качестве предшествующих ее возникновению этапов называет

- устное народное творчество; собирание и исследование сказок и мифов (К.Г. Юнг, М.-Л. фон Франц, Б. Беттельхейм, В.Я. Пропп и др.);
- психотехнический этап (применение сказки как повод для психодиагностики, коррекции и развития личности);
- интегративный, связанный с «формированием концепции Комплексной сказкотерапии, с духовным подходом к сказкам, с пониманием сказкотерапии как природосообразной, органичной человеческому восприятию воспита-

тельной системы, проверенной многими поколениями наших предков» [5, с. 14].

Вторая позиция зафиксирована в ряде работ, посвященных арт-терапии. Так, по мнению известного специалиста в этой области Л.Д. Лебедевой [8], можно построить следующую иерархию направлений на основе искусства и творческой деятельности:

Тип: терапия искусством.

Класс: терапия творчеством (креативная терапия).

Подкласс: экспрессивная терапия.

Семейства: терапия творческим самовыражением; музыкальная терапия; игровая терапия; драма-терапия; сказкотерапия; библиотерапия; танцевальная терапия; телесно-двигательная терапия; арт-терапия.

Таким образом, получается, по Л.Д. Лебедевой, что самая крупная таксономическая единица (тип) в этой иерархии — терапия искусством. Она связывает все научные и прикладные направления, имеющие общее основание: использование в «лечебных целях» различных форм художественной деятельности субъекта, продуктов его творчества или прославленных шедевров. Тогда сказкотерапия оказывается одной из составляющих терапии искусством. Как указывает Л.Д. Лебедева, в терапевтическом мире, основанном на гуманистических принципах, за невербальной и/или метафорической экспрессией зарезервирован термин «экспрессивная терапия» (от англ. — выражающий, выразительный). Это комплекс разнообразных форм творческого (художественного) самовыражения с применением движения, рисования, живописи, скульптуры, музыки, письма, вокализации, импровизации — в условиях, обеспечивающих поддержку человека с целью стимулирования его личностного роста, развития и исцеления. С этой позиции сказкотерапию можно считать наряду с другими направлениями видом экспрессивной терапии.

Третья позиция начала складываться в последние годы в связи с приходом в нашу страну знаний о нарративной психотерапии, знакомством психологического сообщества с носителями этих знаний и создателями этого подхода, а также появлением своих отечественных нарративных психотерапевтов. Нарративный, или повествовательный, подход (основателями считаются Майкл Уайт и Дэвид Эпстон) в психотерапии тесно связан с постмодернистским мышлением и на практике заключается в вовлечении клиента в процесс создания им своего жизненного сценария, истории, в описание своей биографии. Нарративный подход в работе с людьми основывается на идее о том, что люди строят свою жизнь в соответствии с историями, которые они рассказывают о себе другим и самим себе, и в соответствии с историями, которые рассказывают о них другие люди [10]. Поскольку огромную роль в нарративной практике имеют метафорические истории, а также активно применяются народные и авторские (художественные) сказки, то это дало основания ряду психологов отнести сказкотерапию к одному из методов нарративной психотерапии.

Согласно *четвертой позиции* сказкотерапии вообще следует отказать в самостоятельном существовании как направлению, поскольку это всего лишь обобщенное название для группы приемов работы со сказочными образами и сюжетами, применяемых в разных психотерапевтических школах: в гештальт-терапии, психодраме, транзактном анализе, гипнотерапии и других.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СКАЗКОТЕРАПИЯ ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ?

Думается, что каждая из описанных позиций может быть подвергнута кон-

структивной критике. Пафос данной статьи заключается в обосновании возможности рассмотрения сказкотерапии как особого психологического направления, имеющего свою специфику, свой предмет, свою логику развития и свои особые методы и средства. Имеются серьезные аргументы в пользу того, чтобы увидеть в сказкотерапии один из способов реализации психотехнического подхода в психологии и оценить ее перспективы на этом пути как очень многообещающие.

Итак, начнем с анализа первой позиции. Рассмотрение сказкотерапии, прежде всего, как воспитательной системы уводит ее с психологического поля на дидактическое и сужает круг ее целей и задач. Вместе с тем, сама сказкотерапевтическая практика обнаруживает наличие огромных психокоррекционных и собственно психотерапевтических потенциалов этого направления, а ее эффекты выходят далеко за рамки сугубо воспитательных и развивающих. Кроме того, постоянная апелляция к ребенку как объекту сказкотерапевтического воздействия не учитывает колоссальных возможностей сказкотерапии в работе с подростками и взрослыми, а ведь уже накоплен громадный опыт такой работы (о чем упоминает сама Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева). Конкретизация определения сказкотерапии и дифференциация ее составляющих обнаруживает «мозаичность» такой трактовки понятия, поскольку выделяемые компоненты относятся к разным уровням содержания и либо излишне обобщены, либо исключительно операциональны, что не позволяет создать четкую картину, отражающую сущность понятия.

Возможно, основы концепции комплексной сказкотерапии как особого авторского подхода к методам применения сказки и были разработаны в Санкт-Петербурге, однако, как указывает сама Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, сказкотерапия имеет многотысячелетнюю историю, а как психотерапевтическое направление она не один десяток лет существует не только в России, но и в других странах, где работают специалисты, называющие себя сказкотерапевтами.

Следовательно, нужно раздвинуть границы понимания сказкотерапии, оценить по достоинству ее место среди других психологических направлений.

Что касается второй позиции, сформулированной Л.Д. Лебедевой, то она, по-видимому, сводит эффекты сказкотерапии к результатам творческого самовыражения, происходящего при создании своей собственной или при восприятии уже готовой сказки. Безусловно, эти эффекты играют немаловажную роль в сказкотерапевтической работе, но существуют не только они: взаимодействие со сказочными персонажами и образами запускает, с одной стороны, активные интеллектуальные процессы и рефлексии, а с другой, - бессознательную перестройку привычных паттернов. То есть, при анализе сказкотерапии мы вынуждены выходить за рамки механизмов терапии искусством, поскольку сказочные образы характеризуются не только и не столько эстетическими признаками, сколько архетипическим содержанием и связью с сакральными аспектами социальной жизни. Иными словами, в узком смысле слова сказкотерапия может быть рассмотрена как один из вариантов экспрессивной терапии, а в широком смысле она выступает как самостоятельное направление наряду с терапией искусством и другими мощными школами.

Прокомментируем третью позицию. Нет сомнений, что у нарративного подхода и сказкотерапии много общего. Н.Ф. Калина указывает, что нарративная психотерапия представляет собой одну из основных ветвей общелингвистического подхода в психологии, в котором уделяется немалое внимание и сказочному жанру. Но, в отличие от семантических, семиотических, психолингвистических и

других сфер исследования в психологии, где изучается слово, значение и смысл, в нарративном подходе ведется анализ более крупных единиц – нарративов (рассказов, повествований, сказок), которые построены по принципу художественного текста. Именно поэтому в фокусе внимания нарративных терапевтов оказываются текстуальные характеристики человеческой речи, а не на грамматические и лексические особенности. Сами создатели этого подхода М. Уайт и Д. Эпстон в качестве цели нарративной психотерапии называют содействие клиенту с целью написания последним таких альтернативных историй, которые бы формировали в нем новое представление о себе самом, при этом создание среды для достижения цели также является важной задачей терапии.

Одной из важных техник нарративной терапии является экстернализация проблемы как такой психотерапевтический прием, который позволяет клиенту объективировать имеющиеся у него проблемы, благодаря чему они начинают восприниматься клиентом как отдельные от его личности. Следует заметить, что известный отечественный арт-терапевт А.И. Копытин и его коллега Е.Е. Свистовская полагают, что экстернализация проблемы заключается в природе арт-терапии [6]. Скажем, клиент создает изобразительный продукт, перенося на него свои переживания и проблемы. Подобное вынесение вовне того, что ранее находилось внутри у клиента, как раз и определяет лечебно-коррекционный потенциал арт-терапии и отличает ее от других методов и приемов. Важно указать, что вместо рисунков может быть использован готовый текстовый материал, например, сказки – как народные, так и авторские, а также мифы, притчи, придания. На основании этого материала происходят создание рисунков и затем уже сочинение своих историй на базе готового материала.

В этом случае мы наблюдаем пересечение некоторых приемов и арт-терапии, и нарративной терапии, и сказкотерапии. У нарративной психотерапии, как показывает анализ, есть общие принципы с арт-терапией и сказкотерапией, например, следование за инициативой клиента, признание возможности различной интерпретации его повествования и изобразительного материала.

Вместе с тем, существуют и несомненные отличия их друг от друга. Так, наиболее распространенные формы работы в нарративной практике связаны с использованием уже готовых сказочных сюжетов. Нарративные специалисты-практики с особой симпатией относятся к авторским сюжетам сказок и народным волшебным сказкам; при этом возможности этих сюжетов для терапевтической работы принципиально различны. Одним из часто используемых приемов выступает обсуждение разнообразных чувств и реакций героев в соответствии с конкретным сюжетом. Текст не трансформируется на протяжении занятия. В этом заключается один из принципов психотерапии, поскольку, по мнению нарративных практиков, неизменность текста создает базу для безопасности и свободы творчества.

Для сказкотерапии сохранение сказочного сюжета, незыблемость текста вовсе не являются обязательными, напротив, изменение фабулы, нахождение новых возможностей, новых моделей поведения героя клиентской сказки, с точки зрения сказкотерапевтов, позволяют найти новые варианты собственного развития клиента. Кроме того, сказкотерапевтические техники обладают большим разнообразием, чем техники нарративного подхода, и, что самое главное, принципы сказкотерапии, несмотря на внешнее сходство с принципами нарративной терапии, базируются на совершенно иной методологической основе, о чем речь пойдет ниже.

Таким образом, уподобление сказкотерапии и нарративного подхода и, тем более, включение сказкотерапии «внутри» нарративной терапии как ее части представляется совершенно неправомерным.

Относительно четвертой позиции следует заметить, что применение разнообразных приемов использования сказок в разных психотерапевтических школах вовсе не «уничтожает» сказкотерапию как отдельное направление. Более того, этот факт свидетельствует о силе и популярности сказкотерапии, чьи методы проникают на «смежные психотерапевтические территории». В настоящее время практически ни одна психологическая практика не обходится без применения метафоры (очень часто – сказочной метафоры). Но только сказкотерапия сделала метафоры основным средством психологической помощи. Собственно, в этом и заключается одна из отличительных черт рассматриваемого направления.

Вообще говоря, взаимопроникновение методов разных направлений – явление весьма распространенное, и оно не приводит к мысли о вторичности какой-то из психологических или психотерапевтических школ. Достаточно вспомнить спор между психодраматистами и гештальт-терапевтами об авторстве метода пустого стула, применяемого и теми, и другими. А работа с сопротивлениями, начавшаяся в психоанализе, теперь ведется почти всеми психологами и психотерапевтами. Это же не говорит о растворении психоанализа в других школах.

СКАЗКОТЕРАПИЯ: ЛАНДШАФТЫ И ГРАНИЦЫ

Так что же представляет собой современная сказкотерапия как самостоятельное направление? В настоящее время это пока еще только психологическая практика, имеющая слабо разработанную научную основу (это, кстати, можно сказать об очень многих психологических и психотерапевтических направлениях).

На серьезный разрыв между психологической наукой и психологической практикой еще пятнадцать лет указал Ф.Е. Василюк, заявив, что они живут параллельной жизнью как две субличности диссоциированной личности. Он назвал подобное положение схизисом [1]. За эти годы ситуация не слишком сильно изменилась, и по-прежнему актуальными являются его слова о необходимости реализации психотехнического подхода. Ф.Е. Василюк утверждает, что психотехника есть общепсихологическая методология, не навязанная извне, а генетически «заложенная» в отечественной психологии. По мнению Ф.Е. Василюка, сущность психотехнического подхода состоит в том, что он «вводит психологическую практику внутрь психологической науки, а науку – внутрь практики» [1, с. 39], а важнейшие методологические черты психотехнической системы можно определить так [2]:

прагматические и этические ценности включены в ткань теории;

ее «пользователем» является психолог-практик;

объектом такой теории становятся не психика и сознание, а работа с сознанием;

предмет и метод психотехнической теории находятся в таком соотношении, что практический метод воздействия является в то же время оптимальным эмпирическим методом исследования этого предмета.

Опираясь на идеи Ф.Е. Василюка, М.А. Степанова доказывает, что концепция П.Я. Гальперина имеет несомненный психотехнический характер, и делает общий вывод о значении теории П.Я. Гальперина для практики образования [9]. Разработка им психотехнического подхода, по мнению М.А. Степановой, определяет возможность его активного применения в образовательной практике педагогами-психологами, поскольку его теория именно им адресована и выдер-

живает испытание практикой (далеко не обо всех психологических теориях это можно сказать).

Выстраивание теории сказкотерапии, происходящее в наши дни, позволяет выдвинуть предположение о возможном психотехническом характере и этого направления. Мы полагаем, что сказкотерапия может стать одним из способов реализации психотехнического подхода, поскольку общие тенденции ее развития свидетельствуют о проявлении соответствия ее основным признакам психотехнической системы.

Что касается первых двух методологических черт из названных Ф.Е. Василюком, то в силу очевидности их приложимости к сказкотерапии, на них останавливаться не будем.

Одним из самых сложных вопросов является вопрос об объекте сказкотерапии. Если рассматривать сказкотерапию с точки зрения того, что она изучает и на что она воздействует, то вроде бы в качестве объекта следует выделить сказочные образы. При этом понятие «сказочные образы» может иметь два значения: во-первых, как нечто условно «объективное», внешнее по отношению к психике, имеющееся в сказочных текстах и обладающее достаточно устойчивыми характеристиками; во-вторых, субъективное психологическое образование, специфичное для каждого человека, связанное с его индивидуальным восприятием сказки и изменчивое. Однако такое «раздвоение» объекта приводит к разделению и самой сказкотерапии на две ветви: на психологию сказки, в которой, по аналогии с психологией искусства, предпринимается «объективное» изучение сказочного жанра, его происхождение, его психосемантика и психолингвистика, особенности восприятия, а также символика образов, - и на практическую сказкотерапию, где акцент делается на разработке методов оказания психологической помощи с опорой на сказку.

В этом случае, по-видимому, следует говорить о двух уровнях анализа объекта сказкотерапии и, соответственно, о двух методологических уровнях психотехнической теории.

Второй вариант анализа объекта сказкотерапии может быть связан с подходом к пониманию практической психологии в целом. В настоящее время практическая психология может рассматриваться не только как сфера приложения психологических знаний, не только как психологическая практика и способ проверки умозрительных психологических моделей, но и как новая активно развивающаяся отрасль психологической науки, имеющая свой предмет изучения и разработки. В качестве такового выступают принципы, методы и формы психологической помощи, психологической поддержки, психологического содействия и психологического сопровождения развития человека [4]. Думается, что с ориентацией на эту позицию в первом приближении объект сказкотерапии можно определить как принципы, методы и формы психологической работы, опирающиеся на сказочную метафору. При этом необходимо особо подчеркнуть, что важнейшим инструментом, психологическим средством сказкотерапии является сказочная метафора. Этот факт также составляет особенность сказкотерапии как отдельного научно-практического направления.

Анализируя последнюю черту психотехнической системы, выделенную Ф.Е. Василюком, и соотнося ее со сказкотерапией, следует заметить, что в последней очень четко проявляется единство практического метода воздействия и оптимального эмпирического метода исследования предмета. Как у К.-Г. Юнга теория выступала скорее инструментом анализа, чем формализованной системой, так и в

сказкотерапии работа с клиентской сказкой, например, оказывается процессом, в котором слиты, переплетены и практически не отделимы друг от друга оказание психологической помощи и изучение психологом отраженных в сказочных образах сущностных субъектных свойств нуждающегося в помощи человека.

Сказки – и народные, и авторские (художественные), и созданные «под проблему» сказкотерапевтом, и написанные самим клиентом – в сказкотерапии решают две важнейшие задачи. Первую можно метафорически назвать «задачей зеркала»: сказка может помочь клиенту (ребенку или взрослому) увидеть самого себя, встретиться с собой, а значит, развить самосознание и дать возможность гармонизировать свое личностное пространство. Вторая задача может быть названа «задачей кристалла»: сказка позволяет по-новому увидеть других людей и мир вокруг себя, и, следовательно, построить новые более конструктивные отношения с людьми и миром. Решая «задачу зеркала» и «задачу кристалла», то есть развивая самосознание человека и раскрывая его потенциалы в отношениях с окружающим, сказка формирует его способность стать творцом собственного внутреннего мира и мира внешнего. А именно эта способность определяет человеческую субъектность. Следовательно, важнейшей целью сказкотерапии можно считать развитие субъектности.

В рамках такого понимания сказкотерапии могут быть применены самые разнообразные методы психологического и психотерапевтического использования сказок. Все вышесказанное позволяет дать следующее рабочее определение: *сказкотерапия – это такое научно-практическое направление, которое, используя метафорические ресурсы сказки, позволяет людям развить самосознание и построить особые уровни взаимодействия друг с другом, что создает условия для становления их субъектности* [3].

Таким образом, можно предположить, что в своем дальнейшем развитии, обретая все большую теоретическую оформленность, сказкотерапия станет подлинной психотехнической системой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василюк Ф.Е. Методологический смысл психологического схизиса // *Вопр. психол.* 1996. № 6. - С. 25-40.
2. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // *Моск. психотерапевт. журн.* 1992. № 1. - С.15-32.
3. Вачков И.В. Интегративная сказкотерапия как метод реализации субъектного подхода в работе школьного психолога // *Вестник Московского городского педагогического университета.* 2010. № 2(12).
4. Вачков И.В., Гриншпун И.Б., Пряхников Н.С. Введение в профессию «психолог» / Под ред. И.Б. Гриншпуна. – М.: МОДЭК, МПСИ, 2007. – 464 с.
5. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. - СПб.: Речь, 2000. – 310 с.
6. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Руководство по детско-подростковой и семейной арт-терапии. - СПб.: Речь, 2010. – 256 с.
7. Калина Н.Ф. Лингвистическая психотерапия. - Киев: Ваклер, 1999. – 282 с.
8. Лебедева Л.Д. Теоретические основы арт-терапии // *Школьный психолог.* 2006. № 3.
9. Степанова М.А. От Л.С. Выготского к П.Я. Гальперину: психотехнический подход в психологии образования // *Вопр. психол.* 2010. № 4. - С.14-27.
10. Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. Пер.с англ. – М.: Генезис, 2010. – 326 с.

А.М. Щербакова

**ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОГО ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА
ДЕТЕЙ-СИРОТ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ НАРУШЕНИЕМ СТРУКТУРЫ
ПРИНИМАЮЩЕЙ СЕМЬИ**

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Для большинства регионов Российской Федерации в настоящее время характерна сложная демографическая ситуация. Ежегодно жителей нашей страны становится меньше почти на 700 тысяч человек включая детей [1]. Прогнозируется дальнейшее сокращение детского населения [6]. При этом возрастает численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Формами семейного устройства осиротевших детей, которые предусмотрены в СК РФ, являются усыновление (удочерение), опека (попечительство), приемная семья. Наиболее распространенными путями компенсации утраченных детьми семейных отношений в России являются опека и попечительство (68-70% от общего количества переданных в семью) и усыновление (5-6%) [3]. Не подлежит сомнению преимущество семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, перед институциональными формами воспитания [4, 9]. Между тем, как показывает опыт, воспитание в замещающей семье не всегда осуществляется оптимальным для приемного ребенка образом, в некоторых случаях приводя к нарушениям социализации и к дизадаптации воспитанников, а также к «вторичному сиротству» [11]. Как правило, причины неудач семейного воспитания видят в недостаточной информированности и компетентности приемных родителей (опекунов, воспитателей). Очевидна необходимость отбора и подготовки кандидатов в приемные родители, предлагаются различные пути решения этой задачи [8]. Однако анализ конкретных проблемных случаев семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, позволяет выявить и другие причины неудач деинституционализации.

Опека и попечительство осуществляются в большинстве случаев кровными родственниками детей, оставшихся без попечения родителей [3]. Как правило, сиротство внука, племянника, брата или сестры связано с тяжелыми событиями, непосредственно затрагивавшими родственников. Ведущей причиной является алкоголизм родителей, а отсюда – жестокое отношение к детям в семье, пренебрежение их потребностями и интересами. Увеличивается число «круглых» сирот из-за преждевременной смертности населения, чаще всего по неестественным причинам. Увеличивается количество недееспособных родителей, в т.ч. из-за психических заболеваний, а также находящихся в местах заключения. Деградация одного или обоих родителей не может рассматриваться вне контекста их расширенной семьи [10]. Тяжелый кризис переживает семья в целом. Часто еще в прародительской семье изменено отношение родителей к детям, в значительной степени утрачены семейно-нравственные традиции, разрушен психологический климат.

Ребенок, устроенный в семью под опеку родственников, нередко сталкивается с деформированной структурой семейной системы, которая не может предложить ему непротиворечивой и продуктивной позиции. Приведем пример выдвигаемому положению.

Пример 1.

Семья Л. Глава семьи Олег – производящий положительное впечатление мужчина под сорок лет. Женат, имеет двоих детей. Максиму 14 лет, Ане 9. Под

опекой находится родной племянник Сережа, ему тоже 14 лет. Племянник - сын родного старшего брата Олега. Отец Сережи погиб в пьяной драке от ножевого ранения, его жена - мать Сережи - в настоящее время лишена родительских прав, ее местонахождение неизвестно. По словам Олега, его старший брат был удивительным человеком, "вел его по жизни". После армии брат стал выпивать. На семейном совете было решено купить ему машину, чтобы она его "тормозила". На самом деле так и произошло - на некоторое время брат стал таким как прежде. Потом встретил бывшую одноклассницу, та была уже замужем и имела ребенка. «Увел» ее, женился. Она, по мнению Олега, "страшный человек". В семье родился сын. Постепенно оба супруга стали запойно пить. Возникли тяжелые конфликты с родителями, у которых жила семья брата. Сережа стал практически безнадзорным.

Олег женился одновременно со старшим братом, его первенец Максим ровесник Сереже. После Максима жена Олега вынашивала еще сына, но тот умер через день после родов. Потом родилась дочка Аня. Вынашивание ее было трудным, наблюдалась нефропатия. Роды через кесарево сечение. Была спокойным ребенком. Когда Ане было 8 месяцев, семья была в гостях. Папа по неосторожности ошпарил ей ноги кипящим кофе. Сильный ожог, пересадка кожи под общим наркозом. Когда Ане было три года, Максим, возясь с ней, опрокинул и ударил ее головой. Девочка получила сотрясение мозга средней тяжести. Находясь в больнице без мамы, упала из кровати второй раз.

Взаимоотношения в семье. Олег четко делит отношение к детям. Максим - его "кровиночка". Создается впечатление, что он пытается играть по отношению к сыну ту же роль, что старший брат играл по отношению к нему самому. "Я его веду". Неоднократно подчеркивает свою ведущую роль в воспитании (сам делал массаж, отслеживал успехи, наставлял, рисует перспективы дальнейшей жизни). При этом не исключает физических наказаний. Аня - "кровиночка" матери. Мать очень к ней привязана.

Характеризуя свою жену, Елену, Олег подчеркивает ее негативные качества: любимое слово "нет"; отношения с детьми директивные; раздражается от непослушания, переживает, что ее не уважают; не может уйти от конфликта, перевести его в шутку. Несколько лет назад ушла в депрессию, началось "тихое пьянство". Раньше не привечала гостей, друзей мужа, а начиная с этого времени стала радоваться любому застолью, возможности посидеть с бутылочкой. Возвращалась домой в таком опьянении, что падала, раздеваясь. Исходя из анализа истории семьи, можно предположить, что начало алкоголизации Елены относится к тому времени, когда стали явными нарушения в развитии дочери, фактически инвалидизированной отцом и братом.

Сын очень ревновал мать к сестре Ане. По свидетельству отца, он видел мало ласки от матери. Сейчас Максим груб с матерью, не слушается ее.

По мнению Олега, Елена не выполняет задач матери, домохозяйки (она не работает). Спит до полудня, не готовит завтрака, о детях не заботится. На советы и требования мужа "взять себя в руки" отвечает агрессией. Детей очень сильно обижает, стремится унижить словами. Во хмелю раздражительна. К моменту консультации Олег не работал - он перенес операцию. Вернувшись после больницы и опять обратившись к жене с увещеваниями, он встретил жесткий отпор: "Убирайся вон отсюда!" - сказала неработающая жена мужу, содержащему всю семью.

Опишем **материальное положение** семьи. Олег работает менеджером в

преуспевающей фирме, занят целый день. Взяв кредит в фирме, купил однокомнатную квартиру на одной лестничной площадке с принадлежащей семье двухкомнатной квартирой. “Я выполнил программу-минимум”. Все деньги до последнего времени отдавал жене, потому что “так всегда было заведено в его семье” - всеми деньгами распоряжалась его мать. Только полгода назад обратил внимание на то, что деньги, отданные жене на хозяйство, исчезают. Объявил, что отныне заработком станет распоряжаться сам.

Судьба Сережи. Отец (старший брат Олега) погиб, когда Сереже было семь лет. Бабушка (мать отца) братья внука не хотела. На ее отношении к внуку сказались тяжелые конфликты с его матерью. Олег не представлял, что его племянник окажется в детском доме, и путем шантажа вынудил мать взять внука на воспитание. “Ничего хорошего из этого не вышло”. Через пять лет, когда Сергею исполнилось 12 лет, Олег понял, что он “может его потерять”, и забрал племянника в свою семью. Сергей уважает и боится дядю, дружит с двоюродным братом Максимом. Елену присутствие племянника в семье раздражает.

До последнего времени семья с тремя детьми жила в трехкомнатной квартире. Рядом в однокомнатной находилась теща - мать Елены. Сережа жил в одной комнате с Максимом. Ему там поставили раскладушку. После ссоры с Еленой Олег перебрался в однокомнатную квартиру, а теща переселилась в общую квартиру. До этого ее жилье было “закрытой зоной”. Вместе с дядей в однокомнатной квартире поселился и Сережа.

Оценка ситуации

Олег вопреки фактам убежден, что пьянство Елены спровоцировано взятием под опеку племянника. При этом, невзирая на злоупотребление алкоголем, до последнего времени она бесконтрольно распоряжалась всеми средствами семьи.

Теперь Олег раздумывает над тем, не лучше ли будет, забрав Сережу, уехать к матери, которая к тому же нуждается в уходе (“потеряла здоровье из-за племянника”). Отец Олега скоропостижно скончался после одного из конфликтов. Причины развала своей семьи видит в неготовности Елены к семейной жизни: “Мне отец говорил - ты берешь жену из неполной семьи, она не видела образца полноценных семейных отношений”.

Анализ ставших известными сведений показывает, что Олег, представляя свою родительскую семью, видит ее образцом отношений. В этом представлении трагическая судьба брата не может иметь иного объяснения кроме как встречи с роковой “страшной” женщиной. Олег стремится “вжиться” в роль старшего брата, младшим же братом был вначале Максим, а теперь становится Сергей. Сейчас роль нехорошей, “роковой” женщины отводится Елене.

Семейная структура искажена дисфункциональными вертикальными коалициями (отец-сын, затем племянник; мать-дочь) [10]. Таким образом, вытесняя собственную ответственность за отношения в семье, Олег перекладывает вину за ее распад на трагические, “роковые” обстоятельства, персонализирует которые его племянник Сергей.

Находясь во власти семейного мифа об идеальной родительской семье, Олег долгое время был не способен видеть крушение собственной семьи. Стремление переехать к матери вместе с племянником можно трактовать как попытку вернуться в идеальное детство. Успешность позитивной социализации Сережи в описанных условиях вызывает сомнение.

Взятие на себя родительских обязанностей прародителями может также

являться сложной задачей.

Пример 2.

Семья Р. Внук Денис усыновлен родной бабушкой - Аллой Андреевной. Ее дочь была замужем, брак был конфликтным. Когда Денису было три года, его отец в острой ссоре убил жену. Потом он целый день гулял с ребенком по улицам, объясняя, что маму нельзя беспокоить, она спит. Затем папа с сыном все-таки вернулись домой. Там отец лишил жизни себя. Денис долгое время пробыл в квартире один - с покойными родителями, где его обнаружила бабушка. С тех пор Денис воспитывается бабушкой, которая усыновила его. Он считает и называет ее мамой. Пережив трагедию гибели дочери, Алла Андреевна не получила психологической помощи. При общении поражают ее застывшее лицо, малая эмоциональность. С одной стороны, ее поддерживает желание собрать все силы, чтобы поднять внука, так поздно оказавшегося на ее попечении. С другой стороны, неспособность понять и принять сложность и своеобразие его развития приводит к отвержению ребенка. Сочетание столь разнонаправленных чувств как переживание вины перед ребенком и, в то же время, неприятие его - практически дезориентировали бабушку-усыновителя, не дали ей выработать цельную продуктивную позицию во взаимоотношениях с внуком-сыном. Алла Андреевна признает, что ей трудно быть эмоционально открытой перед мальчиком. Сухое регламентирующее общение, формализм требований и оценок, определенная изоляция мальчика (считая, что все ее силы должны принадлежать Денису, Алла Андреевна рассталась со своим мужем, лишив тем самым внука возможности общаться с близким старшим мужчиной) привели к нарушениям в становлении его эмоциональности, самосознания, произвольной регуляции поведения. Из рассказа Аллы Андреевны о тринадцатилетнем Денисе: "Друзей до сих пор не было. Если кто-то приходит в дом - особенных эмоций не проявляет. Основные занятия: леги, телевизор, компьютерные игры. Совместного общения мало, совместных мероприятий нет".

При этом бабушка не вполне адекватно оценивает учебные возможности Дениса. Присущие ему колебания внимания, истощаемость, низкую работоспособность воспринимает как лень, равнодушие к познанию. Неудачи внука в ведущих предметах обучения раздражают Аллу Андреевну. Требования, превышающие уровень возможностей мальчика, недоверие к испытываемым им трудностям привели к потере школьной мотивации, а затем и к отказу от усилий в учебной деятельности. Кроме того, не имея образца и опыта межгрупповых эмоциональных отношений различной модальности, Денис стал испытывать серьезные трудности, ища свое место в коллективе сверстников. Стремление быть принятым настолько сильно, что подросток готов ради этого поступиться социальными нормами. Не прислушавшись к рекомендациям специалистов, Анна Андреевна перевела Дениса в школу с более высокими требованиями, чем та, в которой он обучался до сих пор. Перевод этот она мотивировала тем, что мальчик не получал в прежней школе достаточно знаний - наглядная иллюстрация отрицания очевидных фактов (например, того, что Денис практически не учился последнее время). Шел в новую школу Денис с огромным желанием. Он испытывал инфантильную надежду достичь успеха в новой обстановке, что не имело под собой никакого реального обеспечения. Встретившись, как и следовало ожидать, с непреодолимыми учебными трудностями, Денис испытал стресс неудачи, приведший к неадекватности поведения. Он ходит в школу, сидит на уроках - но совершенно ничего не делает. В отношениях с од-

ноклассниками избрал роль шута, что только отталкивает их от него. Подросток почти не общается со своей матерью-бабушкой, негативистичен.

В этом случае мы сталкиваемся с сочетанием у обоих членов семьи пережитого травматического опыта с отсутствием возможности сформулировать и выразить его, что не позволяет выйти из патогенного прошлого и выстроить позитивную перспективу будущего.

Неоднократно обсуждался вопрос о несоответствии интересам ребенка тайны усыновления [1, 5]. Помимо того, что такая ситуация препятствует становлению непротиворечивой идентичности, нередко страх, испытываемый приемными родителями – страх раскрытия тайны усыновления, – лишает их спокойствия и уверенности во взаимодействии с ребенком. Тревожность и неуверенность родителей тем или иным образом влияет на состояние ребенка, осложняет его развитие. Раскрытие “тайны” часто бывает травмой для ребенка, последствия которой не всегда изживаются им. К сожалению, и в настоящее время положение дел меняется незначительно.

История семьи Т. является тому подтверждением.

Пример 3.

Иван родился с тяжелыми нарушениями развития. Мать, Марина, отказалась от него в роддоме, отец не проявил интереса к ребенку, расстался с матерью. Бабушка Ивана, Елена Алексеевна, усыновила его, хотя врачи отговаривали ее от этого шага: объясняли, что ребенок не будет самостоятельно передвигаться, не овладеет речью, не сможет обучаться. Иван рос, считая бабушку и дедушку матерью и отцом. Усыновительнице ценой самоотверженных усилий удалось опровергнуть медицинские прогнозы: Иван самостоятельно передвигается, речь его развита на высоком уровне, он успешно обучается по программе массовой школы. Некоторое время назад скончался дед мальчика. Бабушка-усыновительница теперь единственный взрослый, отвечающий за воспитание ребенка. Кровная мать стала появляться в его жизни: она изредка приезжает в гости к своей матери, иногда оказывает материальную помощь. При этом заявила, что воспитанием ребенка никогда заниматься не будет.

Елена Алексеевна обратилась за консультацией по поводу резкого изменения поведения мальчика. Он стал неуправляемым, наотрез отказывается учиться, в коллективе сверстников вызывающе демонстративен. Бабушка объясняет это пережитыми год назад испытаниями: она перенесла перелом ноги, была лишена возможности передвигаться даже по квартире. Ее дочь (кровная мать Ивана) отказалась от посещений и непосредственной помощи, но наняла сиделку, которая в течение нескольких месяцев находилась с бабушкой и внуком. Сиделка была груба до жестокости и с бабушкой, и с мальчиком, который пережил стресс, поняв, что он беззащитен в такой ситуации. Но факты свидетельствуют о том, что изменения в поведении Ивана совпадают по времени с началом регулярных посещений Мариной их дома. Елена Алексеевна приняла решение объявить Ивану, кто на самом деле является его родной матерью, и просит объяснить ей, каким образом это сделать, не травмировав ребенка. Но она уже говорит Ивану, что Марина для нее «то же самое, что и Ваня, а для него – даже больше, чем она сама».

Такие неопределенные высказывания тревожат ребенка, который, судя по всему, уже догадывается об истинном положении вещей. Важно, что при этом неизвестна позиция Марины: знает ли она о планах своей матери, согласна ли она на раскрытие тайны. Характерно, что в обоих случаях, принимая решение

об усыновлении внуков, бабушки не получили ни психологической помощи, ни психологического сопровождения. Более того, состояние усыновительниц свидетельствует о необходимости получения ими психотерапевтической помощи как в преодолении посттравматического состояния, так и нормализации структуры семьи.

Взрослые, принявшие решение о воспитании ребенка-сироты, далеко не всегда готовы ответить себе на вопрос, кем они станут для него. Речь идет не о юридическом статусе, а об определении той позиции, которая будет предъявляться ребенку. Для него очень важно, чтобы эта позиция была цельной, непротиворечивой. Любые возможные изменения этой позиции болезненно переживаются ребенком.

Пример 4.

Семья Б. Диме четыре с половиной года. Ксения усыновила его в возрасте полутора лет. До этого мальчик находился в детской больнице. Всего несколько раз выходил на улицу, общался только с персоналом. Известно, что его кровная мать страдала героиновой зависимостью. В момент усыновления Ксения не была замужем, не имела детей, ей было немногим более двадцати лет. Родные и близкие отговаривали ее от этого шага, но она не отступила от своего решения. Спустя полтора года она усыновила сестру Димы (рожденную героинозависимой матерью от другого отца) в возрасте полугода. Через некоторое время Ксения вышла замуж. Сейчас ждет ребенка.

Обратилась с жалобами на двигательную расторможенность мальчика, его невнимательность, непослушание. Ребенок не может находиться в детском саду, постоянно конфликтует с детьми.

Дима производит впечатление ребенка более младшего возраста как по своему физическому, так и психическому состоянию. Выраженная задержка речевого развития. При частой смене стимулов сохраняет интерес к занятиям в течение полутора часов. Собирает конструктивные игрушки, вслед за взрослым рассказывает сказку при наличии предметной опоры, проявляет познавательный интерес в отношении необычных объектов, повторяет стихи, сопровождающие игру. К концу встречи, как бы насытившись впечатлениями и оказываемым ему вниманием, мальчик затевает собственную игру. Мама соглашается с тем, что если «с ним все время заниматься», Дима не будет бесцельно метаться по комнате, разбрасывать игрушки, капризничать. Ксения вспоминает, что пока они с сыном были вдвоем, их отношения были гармоничными, ребенок радовал ее быстрым продвижением и значительными успехами в развитии.

В настоящее время условия жизни семьи достаточно стесненные. Семья, состоящая из Ксении, ее мужа и двоих детей четырех с половиной и трех лет, проживает в однокомнатной квартире. Мама на девятом месяце беременности. Муж приходит с работы уставший и требует тишины в доме. В этой ситуации Ксения все больше и больше раздражается на Диму, применяет по отношению к нему физические наказания.

О Диме Ксения рассказывает без эмоций, с потухшим взглядом. Разговаривает с ним отстраненно, ровным, тихим голосом. Признается, что не испытывает к нему теплых чувств, не понимает его.

В беседе выясняется, что двигательное беспокойство мальчика, его «неуправляемость» приняли крайне выраженный характер в то время, когда стала очевидной беременность Ксении. Диме объяснили, что из живота мамы родится ребенок. Дима стал настойчиво выяснять, откуда же взялся он сам. Он хорошо

помнит, что его сестра появилась не из живота мамы. Они вместе с Ксенией ходили в больницу и забрали оттуда сестренку. Приемные родители оказались неготовыми дать Диме объяснение. Папа на вопрос Димы, из чьего животика появился он, пробормотал: «Из маминого, из маминого...». Эти слова не убедили мальчика, он снова и снова возвращается к волнующей его теме.

В описываемой ситуации наличествуют, по крайней мере, три ключевых момента. Первый касается изменения отношения Ксении к ребенку по мере усложнения семейной ситуации. В два года, обретя маму и теплые, эксклюзивные отношения с ней, Дима постепенно стал их терять. Вначале в семье появилась сестра, затем муж Ксении, теперь – ожидание малыша, который, согласно опыту мальчика, еще более отдалит от него маму.

Вторым важным обстоятельством является эмоциональное (и не только эмоциональное) истощение Ксении. Конфликт с ближайшими родственниками из-за непонятного им решения усыновить двоих детей; неприятие мужа родительской семьей; необходимость сменить место жительства и проживание в стесненных жилищных условиях; воспитание двух малолетних детей – достаточно тяжелые испытания. Вынашивание беременности в этих условиях, неприятное и неприемлемое поведение сына привели к эмоциональному отвержению его, безуспешному стремлению насильно загнать его в рамки требуемого поведения.

Третьим важным аспектом данной ситуации является кризис идентичности у мальчика. С одной стороны, он считает себя сыном Ксении, с другой – испытывает в этом серьезные сомнения. Доступные ему воспоминания и факты настоящей жизни не увязываются в единую понятную схему. Ситуация неопределенности в столь важном вопросе: «Откуда я взялся?» порождает сильнейшую тревогу.

Тревога – вот ключевое понятие, позволяющее объяснить резкие негативные изменения в поведении мальчика. Не имея возможности уяснить суть отношений, связывающих членов его семьи, Дима испытывает тревогу, не позволяющую ему сосредоточиться на каком-либо занятии, организовать собственное поведение. Единственный способ снизить тревогу – оказывать Диме индивидуальное внимание, напивать его эмоционально насыщенным общением. Как раз этого и не может дать ему мама, предельно уставшая, растерявшаяся. К тому же теперь, в отличие от первого времени после усыновления Димы, он не является для нее единственным и желанным объектом заботы. Сестра Димы, по словам Ксении, «совсем другой ребенок», понятный, послушный. Очевидна привязанность к мужу, отцу ее будущего ребенка, желание уделить ему внимание. Дима, безусловно, чувствует изменение отношения к нему мамы, но не может понять причины такого изменения. И он буквально мечется в замкнутом пространстве тесной квартиры, вызывая еще больше негативных эмоций в свой адрес. Его тревога выражается и в повышенной конфликтности, отмечаемой в детском саду. Ожидая угрозы от всех, в том числе и от сверстников, Дима первым идет на конфликт. А так как он маленький и слабый, он становится «мальчиком для битья», причем до такой степени, что воспитатели требуют вывести его из группы. Интересно, что во время занятий с мальчиком, уже при установившемся контакте, была использована наручная кукла, которая появилась из-за спины Димы и радостно поздоровалась с ним. Ответом был... мощный удар кулаком прямо в лицо кукле! Такая реакция иллюстрирует стиль поведения Димы и объясняет непродуктивность его контактов со сверстниками.

Сейчас у Ксении родился ребенок. Диму передали на воспитание бабушке, матери Ксении. Обстановка у бабушки спокойная, она уделяет Диме много внимания. Конечно, это не в буквальном смысле «вторичное сиротство» - ребенок воспитывается в семье. Но опыт отвержения со стороны обретенной, казалось бы, мамы, им получен.

Выводы

Дисфункциональное состояние детско-взрослой общности, в которой отношение взрослого к ребенку не обязательно носит явно выраженный психотравмирующий характер, тем не менее, препятствует нормальному развитию ребенка, наносит ущерб его личностному становлению. В описанных нами случаях дисфункции семейной системы определяются, прежде всего, искажением или неопределенностью ее структуры. При этом мы видим, что такие нарушения структуры заложены изначально, являются, так сказать, «ошибкой проекта», и наличие их значительно обесценивает результативность семейного устройства ребенка, оставшегося без попечения родителей. Для предупреждения такого развития событий необходимо обязательное участие семейного психолога в построении «проекта» новой семейной системы любого статуса, будь то усыновление, опека/попечительство, приемная семья. При необходимости приемные родители (усыновители, опекуны) должны иметь возможность получить превентивную психотерапевтическую (а не только консультативную) помощь. Практика показывает, что такая необходимость чрезвычайно велика. Очевидно, что в такой помощи нуждается и значительная часть устраиваемых в семью детей.

Рассмотренные примеры показывают, каким образом развивается ситуация в случае отсутствия своевременной помощи специалистов в преодолении посттравматического состояния родственников детей, оставшихся без попечения родителей, психотерапевтической работы с ребенком, руководства в гармонизации семейных отношений. Взаимодействие со специалистами в тот период, когда исходные проблемы приобретают стойкий характер и вызывают вторичные негативные последствия, не может быть эффективным в той мере, как это было бы желательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. 3.З. Алиева. Процессуальные особенности рассмотрения дел об усыновлении детей российскими гражданами. – Автореферат ... уч. степени кандидата юридических наук. - М., 2007.
2. А.Я. Варга. Системная семейная психотерапия. – СПб., 2001.
3. А.З. Дзугаева. О некоторых вопросах устройства детей, оставшихся без попечения родителей / Право ребенка на семью. - М., 2001.
4. В.К. Зарецкий и др. Пути решения проблемы сиротства в России. – М., 2002.
5. М.Г. Кириллова. Право и насущная потребность сирот знать свою историю // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 (7), № 2.
6. Комплексная помощь семье с приемным ребенком: методическое пособие / Под ред. А.М. Щербаковой. – М., 2002.
7. В.Н. Ослон. Влияние сиротства на формирование психического и телесного «я» ребенка-сироты и компенсаторные возможности замещающей семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 (7), № 2.
8. В.Н. Ослон. Жизнеустройство детей-сирот. Профессиональная замещающая семья. – М., 2006.

9. Распоряжение правительства Российской Федерации о Концепции федеральной целевой программы «Дети России» на 2007-2010 годы от 26 января 2007 года № 79-р.

10. А.В. Черников. Системная семейная терапия. Интегративная модель диагностики. – М., 2001.

11. А.М. Щербакова Проблема подготовки к самостоятельной жизни подростков-сирот, воспитывающихся в приемной семье // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008 (8), № 1.

**АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ,
СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ**

Архив психиатрии и нервных заболеваний (1944), 117, стр. 76-136³

(Из Венской университетской детской клиники)

«АУТИСТИЧЕСКИЕ ПСИХОПАТЫ» В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Доц. доктор Ханс Аспергер, руководитель Лечебно-педагогического
отделения. (Поступила 8 октября 1943.)**

Перевод А.В. Челиковой.

Научное редактирование А.А. Северного

Эрнст К.

Мальчик семи с половиной лет также поступил к нам по направлению школы вследствие больших проблем с поведением и трудностей в учебе.

В анамнезе следует подчеркнуть следующее: роды и развитие протекали нормально. Эрнст является единственным ребенком в семье. Он несколько с опозданием начал говорить (первые слова в возрасте полутора лет), долгое время, как говорят родители, он не мог правильно выговаривать слова (лепет), но теперь он говорит очень хорошо, «как взрослый».

Уже в раннем детском возрасте с ним было очень непросто, он не слушался ни уступчивую маму, ни строгого папу. Обычные требования повседневной жизни он практически не выполняет; мама считает, что он очень неловкий, поэтому ему приходится намного труднее, чем другим детям; так, его до сих пор приходится одевать, потому что в одиночку он копается бесконечно и многое делает неправильно, самостоятельно есть он тоже научился совсем недавно, при этом он делает это очень неаккуратно, кругом размазывает еду. Но мама считает, что многое он просто делает назло.

Он никогда не ладил с другими детьми: с ним нельзя была пойти в парк, так как он тотчас же оказывался втянутым в какую-нибудь потасовку, вслепую бил других детей, употреблял грубые бранные слова. С той поры, как он пошел в школу, стало особенно тяжело. На одноклассников он действует, как красная тряпка, на него нападают, над ним смеются, его бьют, и как говорит мать, он совершенно беззащитен. Но он не уходит от контакта с другими детьми – обычно он дает повод к конфликтам; он затевает злобные выходки, щиплет и щекочет других, колет их пером.

Он любит рассказывать фантастические истории, в которых он играет героическую роль, говорит матери, как его перед всем классом хвалил учитель и т.д.

Умен он или нет сказать трудно. Перед тем, как он пошел в школу, все были убеждены, что он будет очень хорошо учиться, так как он делал очень умные замечания, и был очень самобытно наблюдателен; он абсолютно «сам по себе» научился считать до 20, выучил несколько букв. Но в школе он учится очень плохо; хотя он и окончил первый класс (и, как мы убедились, это было ошибочным решением школы), во втором классе, по уверениям учителя, он совершенно не успевает; однако мать полагает, что причина этого в том, что он невнимателен и рассеян. Вместо того чтобы слушать и правильно отвечать, он начинает

³ Окончание. Начало в предыдущем выпуске.

спорить с учителем, например, о том, как правильно держать перо.

Он вообще склонен всем противоречить, делать замечания, он «очень точен»: некоторые вещи должны лежать на строго определенном месте, происходить определенным образом, иначе он устроит сцену. По словам матери, он в этом очень противоречив: в чем-то он очень небрежен, не может привыкнуть к порядку, а в другом он педантично точен, церемонен и преисполнен сомнений.

Семья. Об *отце* говорят, что он очень нервный и раздражительный человек. По профессии он подмастерье у портного. Мы видели его только однажды, хотя знаем мальчика много лет. Он выглядит довольно странно и представляется одиночкой. Мать неохотно рассказывает об их семейной жизни, но можно понять, что отношения в семье далеко не гармоничны, в первую очередь из-за сложного характера отца.

Мать умная, очень милая женщина, которой в жизни приходится нелегко. Она говорит о себе, что очень нервная, часто страдает головными болями, и очень чувствительна в психическом отношении. Для нее очень тяжело, что ее сын, который, видимо, является смыслом ее жизни, такой странный и всюду терпит неудачи, она старается заступиться за него в школе, ожесточенно сопротивляется его переводу во вспомогательную школу.

Остальные члены семьи, по нашим сведениям, без особенности. Данные на этот счет довольно скудные.

Внешний вид и поведение

Эрнст - мальчик высокого роста (на 12 см выше среднего роста, характерного для детей его возраста), однако очень худой и хрупкого телосложения; осанка плохая, плечи опущены. Лицо красивое, с тонкими чертами, его портят только оттопыренные некрасивые уши. Он очень вазолабилен, когда он смущен или возбужден, на лице появляются четко очерченные красные пятна, на переносице выступают крупные капли пота.

У него очень характерный взгляд, который кажется совершенно потерянным, ни на чем не фиксируется, не охватывает предметы, а обычно устремлен в даль. В первую очередь из-за этого кажется, что мальчик «с неба свалился». И голос очень подходит к его облику. Он говорит высоким голосом, несколько в нос и растягивая слова, как персонаж анекдота про опустившегося дворянина (например, как бессмертный граф Бобби⁴).

Впечатление комичного, карикатурного, которое вызывает уже голос ребенка, усиливает его манера говорить. Мальчик говорит постоянно и когда его не спрашивают, все, что он делает, он сопровождает обстоятельными разъяснениями, обосновывает, почему он делает то или это именно так, а не иначе; все, что он подмечает, он должен незамедлительно сообщить другим, при этом неважно, уместно ли его замечание в данной ситуации или нет. Некоторые из этих замечаний весьма неплохи – и не только потому, что он произносит их, как взрослый, в них зачастую сквозит и хорошая наблюдательность. Но ярким контрастом к этому являются его практические навыки. Он совершенно невосприимчив к простейшим требованиям. Если даже он ежедневно во всех подробностях повторяет вслух последовательность действий при вставании и умывании, он забывает или путает многое из того, что так хорошо разъяснено теоретически, и ведет себя до смешного неловко.

⁴ Герой многочисленных, преимущественно скабрезных венских анекдотов (прим. науч. ред.)

В группе, которая должна подчиняться общему требованию, он ведет себя просто невозможно. В особенности во время занятий спортом он совершенно выпадает из группы; не только потому, что он чисто с моторной точки зрения очень неловок, но прежде всего потому, что у него нет ни малейшего понятия о дисциплине и реакции на обращение. Он всем мешает, неважно, капризничает ли он, или обижается, или же совершенно безобидно начинает говорить: «о да, я уже понял, я знаю».

Вплоть до последнего дня своего пребывания в отделении он остается чужаком, ходит среди детей, не принимая по настоящему участия в их играх, в крайнем случае делает кому-либо замечание, внезапно оказывается втянутым в жестокую драку либо из-за того, что над ним кто-то посмеялся – а он прекрасный объект для насмешек, все его существо их провоцирует, – либо из-за того, что он сам дал для этого повод; он довольно таки коварный мальчик, исподтишка щиплет или толкает других детей, мешает им играть. Если младшие дети плачут, а воспитатель сердится, для него это только повод для дальнейших шалостей.

Он сам усложняет себе жизнь своей церемонностью и опасениями. Если что-то идет не так, как он себе вообразил, или как он привык, он не находит себе места, начинается долгий спор; для воспитателя очень трудно урезонить его, даже когда он не собирается ввязываться в дискуссию. Но ребенок сам мучает себя и других своей навязчивой педантичностью, не может смириться с тем, что что-то может быть иначе, чем он ожидал (например, на Рождество в качестве подарка он хотел получить свитер; так как это пожелание не могло быть выполнено, ему подарили очень красивую рубашку и игрушки: эта «неправильность» его очень расстроила, он даже не посмотрел на другие подарки и все Рождество был несчастен).

Тест на уровень умственного развития и учебные задания

Сколь хороши бы ни были некоторые из его замечаний и сколь бы точны они порой ни были, во всем его поведении сквозило такое нарушение приспособления к требованиям окружающего мира, что с самого начала трудно было ожидать хороших результатов проверки уровня умственного развития. Так оно и оказалось.

Эрнст совершенно не может сосредоточиться: не потому, что его отвлекают извне («пассивное внимание»), а в силу того, что у него нарушено активное внимание. Во время тестирования, как это часто случается и в другое время, он будто с неба свалился, совершенно отсутствует, не настроен на правильное реагирование, в случае большинства вопросов он совершенно беспомощен и демонстрирует очень плохие результаты, даже когда его пытаются поддерживать при помощи взглядов или слов.

Очень показательны его ответы на вопросы на различие. Вот несколько примеров:

Муха – бабочка. У мухи крылья, как стекло, а из крыльев бабочки можно делать шелк (вероятно, он имеет в виду шелковистый блеск!), они пестрые; бабочка, когда становится холодно, она умирает, а весной она становится гусеницей, а потом опять становится бабочкой, вначале она становится куколкой, она вся из серебра; потом он рассказывает о своих личных переживаниях, о моли в комнате, про червей в супе, которые не имеют никакого отношения к вопросу.

Река – озеро. В реке вода течет, а в озере она стоит, а сверху зеленая тина.

Дерево – стекло. Стекло легче ломается, чем дерево; стекло – это масса, а дерево сочное и влажное, у него есть сердцевина, дерево сторае и получается

пепел, а стекло тянется и потом растекается.

Стремянка – лестница. Стремянка так косо идет, а лестница вот так и вверх (жестами «рисует» ступени), у лестницы есть такое место, куда наступают, а у стремянки вот такие перекладыны.

Ребенок – гном (карлик). Гном маленький, ребенок большой, гном совсем по-другому выглядит, он носит колпак, он красный, а у ребенка чепчик.

Здесь мы вновь сталкиваемся со своеобразием «ума аутистов»: там, где ребенок говорит спонтанно, успехи наилучшие, а там, где надо идти определенным, предписанным путем, особенно когда надо пересказать выученное, показатели наихудшие. Источником знаний о мире становятся, прежде всего, собственные переживания, а не то, что ребенок перенял, чему он научился от других. Успехи одаренных детей от этого выглядят более оригинальными, это придает им определенное очарование, у детей менее одаренных или с более тяжелыми нарушениями ответы выглядят скорее неправильными, они не имеют ценности, сведения, почерпнутые из случайных впечатлений, не отражают суть вещей. Так же обстоят дела и с языковым выражением: при удачном стечении обстоятельств мы услышим особенно меткие самостоятельные формулировки, при менее удачном – выражения, зачастую доходящие до словотворчества, окажутся скорее неправильными, нежели порадуют нас.

В случае Эрнста К. негативные стороны преобладают (надо принять во внимание, что он на полгода старше, чем описанный ранее Харро Л.⁵ При этом его результаты при ответах на вопросы на различия еще самое лучшее, что он может показать, они демонстрируют его умение самостоятельно наблюдать и переживать. При других заданиях, особенно тех, в которых требуется выполнение школьных требований, его ум в очень значительной степени демонстрирует свою оборотную сторону: если кто-то может только оригинально переживать, если он является только «своим собственным Я», а не частью мира, и не находится с ним в постоянном взаимодействии, – тогда он не способен учиться; он не может принимать то, что другие пытаются дать ему в форме готовых знаний и умений, он не поддается «механизации» посредством тренировки и привычки.

Поэтому все страдающие аутизмом испытывают характерные сложности с процессами и знаниями, требующими механистического подхода. В то время как наиболее умные из них в конце концов преодолевают трудности посредством интеллекта, дети с более тяжелыми нарушениями совершенно не справляются с учебой, причем в еще большей степени, чем это соответствует их формальным умственным способностям. Подобный неблагоприятный вариант развития событий мы имеем в случае Эрнста К. По всем предметам он учится очень плохо. Считать он может только с постоянной наглядной опорой (он считает очень ловко и быстро на пальцах, и при этом иногда возникает впечатление, что он обладает умением, которого в действительности нет). Читает он очень медленно, часто путает буквы, сочетание звуков представляет для него большую трудность. Понимание прочитанного несколько лучше. Наихудшие результаты он демонстрирует в письме. Как почти все аутисты, такой моторно неловкий мальчик пишет как курица лапой; перо его не слушается, застревает, чернила текут; не обращая ни на что внимания, он исправляет, при этом он пишет новые буквы поверх старых, зачеркивает, пишет то крупнее, то мельче. Но

⁵ Ошибка автора – возраст Харро Л он указывал как 8,5 (прим. перев.)

форма еще не самое худшее. Уже при списывании, где он с трудом срисовывает одну букву за другой, он делает много ошибок. При диктанте же практически невозможно понять, что это за слово; он пропускает буквы, вставляет их или переставляет, форма некоторых букв так искажена, что их невозможно узнать.

После подобных результатов не совсем понятно, как мальчик был переведен из первого во второй класс. Причина, видимо, кроется в том, что мы могли наблюдать и во время проведения теста: он постоянно спрашивает, говорит о чем-то другом, проявляет инициативу; и все вместе это иногда смотрится неплохо и на первый поверхностный взгляд маскирует то, что он не справляется с заданием. Можно представить себе, что учитель в первом классе, когда он еще не так хорошо знает своих учеников, счел мальчика, который так много говорит, умным, объяснил плохую успеваемость невниманием и надеялся на улучшение.

Уже при проведении тестирования стало очевидно, что проблемы с правописанием, возникающие у мальчика, связаны в первую очередь с тем, что он не может разложить отдельные слова на буквы и не понимает, как слова складываются из нескольких элементов. Поэтому мы попробовали учить методом целостного чтения, отказались от произнесения слова по буквам и учили его читать и писать слово как одно целое. Но и здесь мы продвигались невероятно медленно и с большим трудом. Помимо особых трудностей с правописанием существовали и проблемы с ведением занятий вообще, связанные с нарушением контакта с внешним миром у мальчика. Мы не будем останавливаться на подробностях. Все же оказалось, что успехи мальчика несколько улучшились. Конечно, доля участия воспитателя в этом была особенно велика – разумеется, занятия с ним приходилось проводить индивидуально, в большой группе его невозможно было заставить сконцентрироваться. – Уже тогда стало очевидно, что развитие мальчика при учебе в нормальной школе невозможно, и что перевод во вспомогательную школу является неизбежным. Так как мать воспринимала это как деградацию ребенка, была предпринята еще одна попытка оставить его в начальной школе. Но по окончании второго класса он все же был переведен. Теперь, два года спустя, он учится в третьем классе вспомогательной школы, ни к коей мере не является одним из лучших, как бы то ни было в школе ему сложнее, чем детям, которые составляют большинство учеников вспомогательной школы – примитивным, неспособным к абстрактному мышлению, но хорошо усваивающим механические знания и обладающим практической жилкой.

Если в случае этого ребенка все же есть сомнения, является ли он особо умным или все-таки дебильным, то существует великом множество однозначно слабоумных детей, у которых мы обнаруживаем типичные, не вызывающие сомнения черты больных аутизмом: нарушение контакта с внешним миром с его характерными проявлениями во взгляде, голосе, мимике, жестикуляции и моторике, проблемы с дисциплиной, злобные выходки, педантичность, стереотипии, автоматизмы, характерные для личности в целом, недостаточная способность усваивать механические знания и навыки при относительно более высоких результатах при спонтанной деятельности. У слабоумных описанные отклонения выражены еще более ярко, так как у них нет противовеса со стороны нормальных функций личности.

Тот, кто знаком с многочисленными подобными случаями – а они не столь уж редки, если вы располагаете значительным материалом амбулаторных наблюдений, и опытный специалист, как правило, легко распознает их с первого взгляда, - не может не заметить их поразительного сходства с нарушениями

личности, которые, без сомнения, возникают на основании церебральных нарушений: вследствие родовой травмы или заболевания энцефалитом в раннем детском возрасте (оба эти заболевания приводят к одинаковым патологоанатомическим и функциональным расстройствам).

В первую очередь, для аутистов и слабоумных с церебральными нарушениями характерны одинаковые стереотипии: подпрыгивание и подергивание, повороты вокруг себя, кручение и верчение других предметов (порой с поразительной ловкостью), ритмичное покачивание, например, верхней части тела. И там, и здесь мы обнаруживаем и инстинктивные злобные выходки, которые кажутся изощренными даже в случае глубоко слабоумных (и приводятся родителями как свидетельство ума их детей), потому что эти дети очень хорошо ощущают, что в данной ситуации будет наиболее неприятно (особенно они любят водопровод, так как с его помощью можно много чего натворить, любят и выбрасывать вещи в окно, даже если его открыли всего на несколько мгновений); инстинктивная агрессия, направленная против окружающего мира, характерна для картины обоих заболеваний, щипки, кусание, царапанье; в первую очередь, для больных с церебральными нарушениями характерно умение «мастерски» плевать – вследствие повышенного слюноотделения у них всегда достаточно «материала»! Но и столь часто описываемое нарушение контакта с внешним миром у больных аутизмом с его характерными проявлениями мы обнаруживаем и у больных с постэнцефалитными состояниями.

Идет ли в подобных случаях речь о нарушении, к которому существует предрасположенность (аутизм) или о следствии полученного повреждения мозга, с дифференциально-диагностической точки зрения определить непросто. Важно следующее: анамнез (история рождения, заболевание, сопровождающееся высокой температурой с потерей сознания, болезненная сонливость, рвота или даже конвульсии, судороги в какое-либо время), а затем, в первую очередь, неврологические симптомы (признаки спастических парезов, которые иногда проявляются незначительно, дизартричная речь, заикание, симптомы со стороны глазных мышц или страбизм) или вегетативные признаки (повышенное слюноотечение, которое, согласно нашему опыту, характерно для всех больных с церебральными нарушениями, усиленный блеск глаз, который наряду с другими признаками, что не так легко описать, составляет основу «энцефалитического взгляда», повышенное потоотделение) и, наконец, эндокринные нарушения, прежде всего ожирение (все больше сторонников, не в последнюю очередь благодаря исследованиям *O. Gage*l, приходит к мнению, что причиной эндокринных нарушений выступают первичные церебральные нарушения, это, в первую очередь, верно для нарушений деятельности гипофиза); к эндокринным нарушениям относятся в определенной степени и трофические отклонения (особая гиперрастяжимость суставов, в особенности суставов пальцев, сильно выступающая вперед средняя часть лица - альвеолярные отростки становятся большими и грубыми, десны гипертрофированными и утолщенными - это особенно показательно в случаях, когда мы наблюдаем, как черты лица детей, перенесших энцефалит, до этого бывших красивыми, как эльфы, через 3, 4, 5 лет после болезни искажаются!). В качестве примера мы рассмотрим следующий случай.

Хельмут Л.

Мальчик – четвертый ребенок в семье, родители ничем не выделяются, появился на свет через 7 лет после рождения третьего ребенка, когда матери был 41 год. При родах была асфиксия, его долго реанимировали. Вскоре после

рождения с ним случились судороги, в последующие дни приступы повторились еще дважды, но после этого судорог более не было. Развитие было замедленным. Ходить и говорить ребенок научился к концу второго года жизни; дальнейшее обучение говорению проходило довольно-таки быстро, так что уже в раннем детском возрасте он говорил, «как большой».

Он всегда был толстым совершенно гротескным образом; несмотря на строгую диету под наблюдением врача – аппетит ребенка вовсе невелик – он очень быстро полнел. Когда мы познакомились с ним 6 лет назад – тогда ему было 11 лет – у него были ярко выраженная жирная грудь и полные бедра; подобное состояние сохранилось до настоящего момента (недавно мы вновь видели его). До настоящего времени наблюдается двусторонний крипторхизм (уже год юноша много занимается онанизмом!). С раннего детского возраста мальчика лечили гормональными препаратами, в первую очередь для щитовидной железы и гипофиза, при этом они не оказывали лечебного эффекта ни на ожирение, ни на крипторхизм. Суставы обладают гиперрастяжимостью. Когда вы пожимаете ему руку, возникает впечатление, что у него вообще нет костей, а рука сделана из резины; у него вальгусная стопа и плоскостопие; у него нет ярко выраженного слюнотечения, но явно повышенное слюноотделение – когда он говорит, вы слышите, как во рту пузырится слюна.

Его внешний вид кажется гротескным: на массивном теле, над большим лицом с висящими щеками располагается очень маленькая черепная коробка (ее вполне можно назвать микроцефалической) с близко посаженными глазками. Взгляд потерянный и отсутствующий, но иногда он вдруг злобно сверкает. Как уже можно ожидать по его внешнему облику, он невероятно неловок. В игровой группе он стоит, как неподвижный колосс; он никак не может поймать брошенный ему мяч, даже когда ему хотят облегчить задачу, его движения при попытке поймать мяч или бросить его самому кажутся невероятно странными. Неподвижное достоинство его лица при этом выглядит особенно смешным. С раннего возраста, по словам его близких, он был очень неловок во всех практических делах, и остался таким и по сей день.

Когда вы слышите, как он говорит, вы удивляетесь тому, как умно все это звучит. И при говорении он сохраняет свое неподвижное достоинство, говорит медленно, почти скандируя, он исполнен превосходства и благоразумия; он часто использует необычные слова, иногда из поэтического языка, порой в необычных сочетаниях (это связано с тем, что он, по словам матери, особенно интересуется поэзией). У него явно нет ощущения того, насколько он не вписывается в этот мир, иначе он не стал бы так себя вести, прежде всего перед детьми. Неудивительно, что он давно стал объектом самых грубых насмешек со стороны других детей, что дети бежали за ним по улице и издевались над ним – не в последнюю очередь потому, что он так смешно сердился, сразу же впадал в ярость, но, конечно, ничего не мог сделать ловким озорникам и только выглядел смешным в своем беззащитном гневе. Это же послужило причиной того, что мать просила в последние годы обучения в школе давать ему уроки индивидуально. Но все же он доучился до пятого класса.

Его школьные знания очень неоднородны; у него отличная орфография, он вообще не делает ошибок, у него также неплохой стиль; в то же время способности к арифметике невелики, при этом не только задания, требующие механического применения правила, но и задания на смекалку обычно получаются плохо. То, насколько он неприспособлен, сколь мало он знает о реальной жиз-

ни, становится очевидным, когда вы задаете ему вопросы о совершенно обычных вещах из практической жизни; он совершенно не справляется, дает ничего не говорящие, но обычно очень выпренные ответы. Мать права, когда говорит о нем, что он витает в более возвышенных материях. Что не останавливает его делать гадости тем, с кем он живет, и другим детям (в особенности, когда он был маленьким, он любил ломать вещи, прятать их и т. п.).

С раннего возраста он был особенно педантичен, как рассказывают его близкие, устраивал сцены, если что-то лежало или стояло не так, как он привык. Во всем, что он делал, он соблюдал свои особые церемонии. Он очень следит за своей одеждой, не выносит на ней ни пылинки, очень часто моет руки, наблюдает за своим телом и его отправлениями. Этой педантичностью он терроризирует свое окружение, и вообще с раннего возраста в педагогическом отношении до него было очень трудно достучаться.

Очень многое в этом описании напоминает нам случаи, рассмотренные до этого: для молодого человека характерен аутистический автоматизм, он апрактичен, у него нарушены инстинкты, связи его с внешним миром и всеми его задачами сужены, подлинные взаимоотношения с людьми отсутствуют, он исполнен злобы и педантичен.

Помимо этого существуют ясные указания на то, что все нарушения в личностном развитии, с которыми мы здесь встречаемся, вероятно возникли на основе церебрального нарушения в результате родовой травмы: анамнез (асфиксия при рождении, судороги), эндокринные нарушения, повышенное слюноотечение в качестве вегетативного симптома, апрактические нарушения в столь высокой степени, которые, вероятно, являются проявлением нервного расстройства.

На данный момент мы хотели бы отметить, что есть случаи, при которых церебральное нарушение может создавать картину, по многим параметрам очень сходную с той, которую дает нам аутизм, – органическое нарушение, которое в очень похожей форме проявляется и у других членов семьи.

Общая картина аутистических психопатов

Вместо того чтобы и далее подробно описывать отдельные случаи, мы предпримем попытку выявить общие, типичные черты подобных детей. Это будут черты, собранные нами от всех аутистических детей. Не каждый из этих детей будет обладать данной чертой – подобного невозможно требовать ни от одного типологического подхода. Но для того, кто знаком с такими детьми, всегда бывает удивительно, в сколь многих кажущихся отличительными мелочах они совпадают, сколь однородным, таким образом, является данный тип. Но при этом все же индивидуальные различия внутри типа велики. Мы бы сами сочли свой подход неверным, если бы от нас ускользнули подобные различия, если бы неповторимая личность отошла в тень типичного. Отдельные личности отличаются друг от друга не только по степени нарушенности контакта с внешним миром, умственной одаренности, складу характера, но и большим количеством индивидуальных черт, особым способом реагирования, особыми интересами (которые именно внутри данной группы особенно самобытны и различны).

В пользу единства данного типа выступает и еще одна характерная черта: его постоянство. Уже начиная со второго года жизни его основные признаки несомненны. Они сохраняются в течение всей жизни. Конечно, интеллектуальные способности и характер развиваются, в ходе развития отдельные черты выходят на первый план или же становятся менее заметными, различаются и про-

блемы. Но сущность остается неизменной. Трудности, которые маленький ребенок испытывает при овладении простейшими навыками практической жизни, а также в процессе социальной адаптации, проистекают из того же нарушения, следствием которого становятся проблемы с учебой и поведением в школьном возрасте, которое обуславливает проблемы в профессиональной деятельности или же выдающиеся достижения в юности и которое стоит за семейными и социальными конфликтами во взрослом возрасте. Помимо однородности картины ее постоянство позволяет говорить о данном состоянии как о типичном. Тому, кто однажды познал данный склад человека, тому подобные дети откроются очень быстро по мелким деталям, например, по тому, как они в первый раз приходят к нам в амбулаторию, и тому, как ведут себя здесь в первый момент, по первым словам, которые они произносят. Как и при рассмотрении отдельных случаев, сначала мы остановимся на

Физическом облике и феноменах самовыражения

Эти дети особенно быстро утрачивают младенческие черты лица, пухлость, мягкость, неопределенность; у них хорошо проработанные черты лица с особым отпечатком, часто утонченные, как у принцев, порой несколько напоминающие опустившихся аристократов. Раннее мышление сформировало лицо. Насупленные брови зачастую говорят о такой черте, как размышление.

Всегда присутствуют характерные особенности взгляда. Не только поэты знают о том, что душа человека в его взгляде. С того момента, как ребенок может «смотреть», то есть с третьего месяца жизни, задолго до того, как у него появится возможность языкового выражения, большая часть его взаимоотношений с окружающим миром реализуется посредством взгляда. Кто как не маленький ребенок впитывает мир глазами, постигает вещи, выражает свои чувства посредством взгляда намного более открыто, чем взрослый, который научился скрывать свои чувства и отстраняться от мира. Принципиально иначе это происходит у наших детей, которые описаны здесь. Едва ли их взгляд осознанно останавливается на каком-либо отдельном предмете или человеке и демонстрирует таким образом деятельное внимание, живой контакт. Никогда нельзя точно сказать, направлен ли взгляд вдаль или внутрь себя, также как и никогда точно не знаешь, чем эти дети в данный момент заняты, что происходит у них внутри. Особенно явно данное нарушение проявляет себя в разговоре с другими. Взгляд не встречается с ответным взглядом, устанавливая единство, необходимое для контакта в процессе диалога – когда мы говорим с кем-либо, то «ответ» мы получаем не только посредством слов, назначение которых состоит в том, чтобы передать абстрактное содержание, но едва ли не в большей мере посредством взгляда, тона речи (о чем мы сейчас будем говорить), посредством выражения лица и жестов. Большая часть этих отношений выстраивается, таким образом, посредством взгляда. Но в этом аутистический ребенок с нарушенным контактом вовсе не заинтересован. Поэтому он преимущественно не смотрит на говорящего, он смотрит мимо собеседника, иногда вскользь задевая его. Вообще для этих детей характерно то, что они не смотрят прямым, заинтересованным взглядом, а так, будто бы воспринимают все периферийным зрением, и все же при этом они, как впоследствии случайно обнаруживается, воспринимают и усваивают так много информации об окружающем мире. – Но в одном случае взгляд этих детей становится очень выразительным: когда они замышляют какую-нибудь злую проделку – тогда их глаза блестят, и вот они уже что-то направили.

После всего сказанного не удивительно, что мимика и жестикуляция аутистических детей довольно бедны. Они не могут быть отражением мимики и жестов человека, с которым они в данный момент находятся в контакте, и они не нуждаются в мимике как выражении наличия контакта с собеседником. Порой на их лицах напряженно-задумчивое выражение. Но во время беседы их лица обычно пусты и расслаблены в дополнение к потерянному взгляду. Они бедны и на жесты, выразительные движения, которые не отражаются на лице, хотя они совершают множество движений – но это двигательные стереотипии, которые в плане выражения совершенно ничего не дают.

Помимо взгляда для выражения очень важен язык. Мы уже говорили при описании первого случая, что в человеческих отношениях выразительная функция языка по крайней мере так же важна, как и способность языка передавать некое содержание; все аффекты передаются, главным образом, при помощи языка; то, в каких отношениях находятся собеседники, кто из них стоит выше, а кто ниже, испытывают ли они симпатию или антипатию друг к другу, – все это безошибочно можно определить по тону их слов, даже если содержание их речи вводит в заблуждение; то, каков человек по духу, выражается именно посредством этой стороны языка – тому, кто умеет слышать, человек открывается посредством того, как он говорит: что есть правда и ложь, что есть «звучащая медь и звенящий бубенчик», что существенно – все это мы прежде всего узнаем посредством этих способов выражения.

Возможности этой стороны языка столь же многообразны, как и человеческие характеры. Поэтому мы не в состоянии подробно перечислить всего того, что в мелодии речи, ее тоне и громкости, ее течении и остановках может открыться нам о личности говорящего, не в состоянии хотя бы уже потому, что многое из этого не может быть понято интеллектуально, а может быть лишь воспринято в ощущении.

И вновь нас не должно удивлять, что у людей, у которых нарушен контакт с внешним миром, нарушены и все эти проявления выразительности. Всегда, когда мы обращаем на это внимание, речь аутистов кажется нам странной – и этот вывод для нас очень важен с диагностической точки зрения. В каждом случае будут существовать различные виды отклонения от нормы: то голос удивительно тихий и далекий, звучит изысканно и несколько в нос, а то вдруг резкий, каркающий, неуместно громкий, так что даже ушам больно; то речь течет монотонно, без подъема или падения тона – в том числе и в конце предложения – певуче, как шарманка; или же это речь с чрезмерными модуляциями, она похожа на плохую декламацию с неуместным пафосом. Как бы велико ни было количество возможных вариаций, общим во всех этих случаях является следующее: даже неподготовленному слушателю подобная речь покажется неестественной, как карикатура, доведенная до издевательства. И еще одно замечание: их речь не обращена к собеседнику, все говорится будто бы в пустоту, аналогично тому, как их взгляд не направлен на собеседника, а скользит мимо него.

К способам выражения в более широком смысле слова относится и выбор слов. Об этом пойдет речь в следующем разделе.

Аутистический интеллект

Успехи ребенка являются следствием напряжения между двумя полюсами: тем, что он делает спонтанно и самостоятельно, и подражанием тому, что ему показывают, овладением знаниями и умениями, которыми взрослые уже обладают. Для получения хорошего результата обе эти стороны должны находиться

в правильном соотношении. Если самостоятельность отсутствует, хотя бы и самостоятельная переработка того, что ребенок перенимает от других, то результат будет пустым, формальным, поверхностным механическим копированием, просто «напоказ». С противоположным явлением мы сталкиваемся в случае интеллекта аутистов. Эти дети могут продуцировать только спонтанно, могут быть только оригинальными, их способность учиться значительно снижена, их очень сложно научить механистичным процессам, они вовсе не настроены перенимать знания у взрослых, например, у учителя. В этом причина особых способностей и особых сложностей этих людей – как и в каждом человеке его преимущества и недостатки неразрывно связаны.

Особенно наглядно все вышесказанное проявляется свободном говорении: у аутистических детей, особенно у наиболее интеллектуально одаренных из них, особое творческое отношение к языку, они могут выразить свои оригинальные переживания и наблюдения в оригинальной языковой форме – они либо употребляют необычные слова, которые, как мы полагаем, далеки от сферы жизни ребенка, или же выражения, придуманные ими самими или же сильно видоизмененные, которые порой бывают очень точными и характерными, а порой неприемлемыми. Следует отметить, что у маленьких детей мы довольно часто видим свободное отношение к языку, они беззаботно образуют новые слова, которые обычно очень метки, – именно в этом и состоит очарование «детского языка», – но в более старшем возрасте подобные свободно составленные выражения, согласно нашему опыту, можно найти только в речи детей-аутистов.

Приведем несколько примеров: мальчик шести–семи лет объясняет разницу между лестницей и стремянкой: «стремянка остроконечная, а лестница «змеекольцовая».

Особенно богата оригинальными языковыми находками была речь одного одиннадцатилетнего мальчика-аутиста: «устно я это не могу, а могу головно» (он хотел сказать, что он это понял, но не может выразить); «сон мой сегодня был длинным, но тонким» (это и пример самоанализа аутистов); «для художественного глаза эти картины, может быть, и красивы, но мне они не нравятся», «яркое солнце я не люблю, но и темноту тоже, больше всего мне нравится мелированная тень»; (ответ на вопрос, набожен ли он) «я не хочу сказать, что я не набожен, но я не имею признака Бога».

За самобытностью языковых формулировок стоит оригинальность восприятия. Дети-аутисты обладают способностью видеть предметы и процессы в окружающем мире с новой точки зрения. И их точка зрения часто оказывается на удивление зрелой, проблемы, которые они перед собой ставят, намного превосходят те, над которыми размышляют дети их возраста. Хорошей иллюстрацией вышесказанного является описание второго случая (Харро Л.). Обычно это строго ограниченная, изолированная область, которая развита гипертрофированно.

Один из них может быть «натуралистом», поднимающим по-настоящему научные вопросы, он наблюдает и необычайно хорошо видит суть явлений, составляет из них свою картину мира, выстраивает собственные теории, которые порой несколько запутанны; немного из этого было им прочитано или услышано, он всегда основывается на собственных переживаниях. Другой – химик, который все свои деньги – даже если ему приходится красть их – тратит на эксперименты, которые часто вызывают ужас его окружения; некоторые идут в

своей специализации еще дальше – на экспериментах, где что-то взрывается или воняет; другой мальчик-аутист сосредоточился на ядах, располагал совершенно невероятными знаниями по этой теме, имел коллекцию ядов, частично наивно приготовленных им самим; он попал к нам, так как украл из ящика с ядовитыми химическими реактивами в школе довольно много цианистого калия! Для иного важно царство чисел: без каких-либо инструкций и занятий в школе самые сложные счетные операции не представляют для него никакой трудности; вспомним первый описанный случай (Фриц Ф.), где ярко проявляется и несостоятельность аутистов; может случиться так, что подобный ребенок, поражающий своих близких решением трудных математических задач, столкнется с большими проблемами при изучении методов, которые преподаются в школе, а значит, привнесены извне. Еще один ребенок интересуется преимущественно техникой, он знает невероятно много об устройстве сложных машин – он приобрел эти знания путем подробнейших расспросов, от которых невозможно было уклониться, и в первую очередь посредством собственных наблюдений – он занимается фантастическими изобретениями, такими как космические корабли и т. п. – легко заметить, сколь часто интересы аутистов далеки от реальной жизни.

Следующей «изысканной» чертой некоторых детей-аутистов является зрелость художественного восприятия, которая обычно не наблюдается в этом возрасте. «Нормальный» ребенок не понимает высокого искусства – ему нравятся аккуратно нарисованные яркие картинки с большим количеством голубого и розового цвета, часто даже и китч (строгие стилизованные детские книжки с картинками, которые были «в моде» 15–20 лет назад, выглядят совершенно не по-детски, сейчас ситуация значительно исправилась). Дети-аутисты часто поражают полностью сформированным чувством стиля, они уверенно отличают искусство от китча, они даже понимают смысл «трудных» произведений, которые недоступны многим взрослым, например, романской скульптуры или картин Рембрандта, они очень точно судят не только о том, что изображено на картине, но и о том, что за этим стоит, каким характером обладают изображенные на картине персонажи, какое настроение передано. Только подумайте, многие взрослые так никогда и не достигают такой степени зрелости и осознанности личности, которые являются предпосылкой подобного знания!

Такому художественному восприятию сродни и еще одна способность, которая также часто встречается у детей-аутистов: особая саморефлексия и умение точно судить о других людях. В то время как «нормальный» ребенок просто живет, едва ли осознавая себя самого, но в то же время является правильно реагирующей частью этого мира, дети-аутисты часто размышляют о себе, наблюдательны по отношению к себе, становятся сами для себя проблемой, обращают внимание на функции своего тела. Вот пример: девятилетний мальчик с высокой степенью аутизма, который, как и большинство таких детей, в первые дни пребывания в отделении очень тоскует по дому, рассказывает о том, как он успокаивает сам себя по вечерам, лежа в постели – в это время тоска по дому особенно сильна: «Когда кладешь голову на подушку, то в ухе так шумит, и надо долго лежать тихо, и это так хорошо». Этот же мальчик описывает микропсию, которая у него порой бывает: «В школе, там я иногда вижу, у госпожи учительницы такая маленькая голова, и тогда я не знаю, что это; мне так неприятно, что я такое вижу, тогда я прямо глаза выдавливаю (показывает, как он надавливает себе на глаза), и становится лучше».

Эти особенности подводят нас к замечанию, которое, вероятно, не совсем уместно в данный момент. Как всегда, если человек обращает внимание на удивительные автоматизмы вегетативной системы, которые лучше всего функционируют без участия сознания, это приводит к нарушению их функций. *Hamburger* всегда совершенно правомерно указывал на то, что воспитатель никогда не должен обращать внимание ребенка на процесс еды и питья, дефекации и мочеиспускания, иначе это наверняка приведет к возникновению нарушений данных автоматизмов. У детей-аутистов функции собственного тела сами, без участия воспитателя, вторгаются в сознание, регистрируются и принимаются всерьез – и очень во многих случаях имеются их нарушения. Особенно часто возникают нарушения сна и процесса приема пищи, которые в семьях приводят к тяжелым конфликтам.

Эти дети наблюдают сами за собой, и в силу этого они порой удивительно зрело и правильно судят о людях из своего окружения, очень хорошо чувствуют, кто к ним расположен, а кто нет, даже если этот человек держит себя совершенно иначе, у них очень точное чутье на ненормальность других детей, они буквально сверхчувствительны к этому, как бы ненормальны ни были они сами.

Здесь мы должны разрешить кажущееся противоречие, которое, однако, позволит нам продвинуться вперед в одном очень важном вопросе. Мы хотим продемонстрировать, что значительное отклонение от нормы у аутистов является нарушением живого отношения к миру, нарушением, которое объясняет все их аномалии. Но как же нарушение контакта с миром сочетается с подобным умением ясно видеть, о котором говорят только что описанные нами их основные черты, как может человек, отношения которого с внешним миром нарушены, переживать осознанно столь многие вещи? Это только мнимое противоречие. Нормальный ребенок, особенно маленький, который правильно ориентируется в окружающем мире, правильно на него реагирует и находится в ритме его колебаний, делает все, руководствуясь здоровым инстинктом, и до осознанной оценки дело не доходит; для этого нужна дистанция по отношению к конкретным вещам. Дистанция от предмета является предпосылкой абстракции, осознания, формирования понятия. Именно усиленная личная дистанция, нарушение инстинктивной, чувственной реакции, что характерно для аутистов, в определенном смысле является хорошей предпосылкой постижения мира при помощи понятий. Поэтому мы и говорим о «психопатическом ясновидении» этих детей, так как данный феномен встречается только у них. При благоприятном исходе эта способность, которая, конечно, сохраняется и в дальнейшем, является хорошей предпосылкой для профессиональной деятельности, обуславливает выдающиеся достижения таких людей, не доступные другим. Хорошая способность к абстракции является условием успехов в науке. И действительно, в рядах ведущих ученых мы находим личности аутистического типа. Беспомощность, проистекающая из нарушения контакта, – характерная черта «профессора», бессмертного карикатурного персонажа – прекрасно это доказывает.

К сожалению, положительные стороны характера аутиста, которые могут пригодиться в будущем, преобладают далеко не в большинстве случаев. Мы уже говорили о том, что подобный характер свойствен личностям различного уровня развития: это и оригинальность, граничащая с гениальностью, далекие от реальности, зажатые, не способные к каким-либо успехам чудачки, и слабоумные, действующие, как автоматы, у которых контакт с миром в тяжелой форме нарушен. Представление о средней из перечисленных групп может дать

описанный нами третий случай, случай Эрнста К. В качестве следующего примера мы приводим ответ мальчика 8–9 лет: (вопрос: разница между деревом и стеклом) «древесина растет и у нее кожа становится грязной, она впитывает грязь из земли и становится такой твердой, что прилипает к дереву и больше не сходит, так земля прилепляется к дереву; если уронить стекло, оно разобьется, хотя оно сковано вместе, потому что клей, который в него добавлен, не держит, и оно разбивается» - это достаточно абсурдная теория, которая, скорее, представляется странной, нежели оригинальной!

Перечисление типов, границы между которыми весьма нечетки, заканчивается теми слабоумными со стереотипными привычками, как у автоматов, с ничемными, причудливыми интересами; это «люди-календари», знающие именинников для каждого дня года, дети, которые задолго до того, как пойдут во (вспомогательную) школу, знают наизусть все трамвайные маршруты Вены со станциями отправления и конечными, также дети с другими автоматическими мнемоническими достижениями.

Если до сих пор мы рассматривали интеллектуальные успехи детей-аутистов с точки зрения спонтанного продуцирования и интересов, то теперь нас будет занимать их *учеба* в школе. Тот, кто следует только своим спонтанным импульсам и малодоступен требованиям окружающего мира, тот, вероятно, может быть оригинальным, но не может учиться. И это подтверждается в большинстве подобных случаев. Эти дети, порой поражающие учителя ответами, свидетельствующими о несоответствующей их возрасту зрелости, явно не успевают по школьным предметам и в особенности не справляются с требованиями, требующими механистичного усвоения, которые легко даются даже самым глупым, даже многим ученикам вспомогательной школы, то есть с чтением, правописанием и счетом (таблица умножения!). Иногда дела идут хорошо по предметам, которые совпадают с областью особых интересов ребенка: некоторые из этих детей с особенной легкостью учатся чтению, так как они уже в необычно раннем возрасте, в 6, 7 лет, «заглатывают» все, что можно прочесть (обычно страсть к чтению приходит в возрасте около 10 лет); любители арифметики обычно и в школе хорошо считают, хотя и здесь есть весьма характерные противоречия: мания во всем идти своим путем, использовать изобретенные ими самими методы, препятствует ребенку усвоить математические методы, которые преподаются в школе; они сами усложняют себе жизнь, в конце концов запутываются и получают неверный результат. При описании первого (Фриц Ф.) и второго (Харро Л.) случаев мы привели множество подтверждающих это примеров. Еще один пример: первоклассник, аутист, который сам ставит себе задачу, сколько секунд в двух часах, и решает ее, получает задание подсчитать, сколько будет 5 плюс 6: «Да, я не люблю считать с маленькими числами, я больше люблю 1000х1000». После того, как он долго демонстрировал свои «спонтанные» математические способности, его все же попросили решить задание, он описал следующий оригинальный, хотя довольно сложный метод: «Смотрите, это я считаю так: 6 плюс 6 будет 12, 5 плюс 6 на один меньше, значит, 11». Эти сложные методы далеко не всегда приводят к правильному результату; не только потому, что он сам все так усложнил, здесь проявилась и еще одна черта, которая очень мешает таким детям показывать хорошие результаты: он был очень несобран, внутренне совершенно отвлечен.

Это *нарушение активного внимания* почти регулярно встречается у детей данного типа. Таким образом, наблюдается не только типичное нарушение кон-

центрации, характерное для многих детей с нервной патологией, которых отвлекают от цели любые внешние раздражители, движение и беспокойная обстановка. Эти дети с самого начала не склонны направить свое внимание, сконцентрироваться на том, что требует от них внешний мир, в данном случае школа. Они заняты своими собственными проблемами, которые обычно столь далеки от обычных, не позволяют себе мешать и обычно не дают другим заглянуть в их внутренний мир. Как и в случае их проблем с поведением, на них и в этом случае очень трудно повлиять извне.

В силу этого вовсе неудивительно, что большинство детей, больных аутизмом, испытывают проблемы с учебой. В случае наиболее умных из них учителя порой смотрят сквозь пальцы на их более плохие показатели в том, что требует механистического выучивания, в силу иных успехов или же столь привлекательных умных ответов. Обычно же учителя приводят в отчаяние мучительные усилия, которые приходится прилагать обеим сторонам из-за подобного нарушения традиционного способа работы. В ряде случаев происходят очень характерные конфликты между учителями и родителями: родители, которым вообще свойственно переоценивать детей, судят о ребенке по спонтанным проявлениям его ума, то есть по его оригинальным идеям, – и считают его очень умным. Учитель же видит, что ребенок не справляется с тем, чему можно научиться, и ставит плохие оценки – это и становится основой конфликта, в котором обе стороны по-своему правы.

Здесь будет уместно и еще одно замечание о нашем методе проверки уровня умственного развития. Подавляющее большинство методов, и прежде всего, метод *Binet* и его модификации, сознательно отказываются от проверки школьных знаний, так как эти знания в большой мере зависят от экзогенных факторов; в рамках этих методов предлагаются задания, при выполнении которых выученное в школе, а также обусловленное средой не играет роли (что, в общем-то, строго говоря, невозможно). В результате использования теста *Binet* исследователь получает неправильное представление о способностях аутистов, как и детей некоторых других типов: тесты *Binet*, задания которых, особенно для детей более старшего возраста, апеллируют к логически-абстрактному мышлению, очень подходят этим детям, так что их результатом становятся высокие значения коэффициента интеллектуального развития. Когда же этим детям дают учебные задания, когда сам исследователь в ходе теста наблюдает уже описанное нами нарушение способа работы во время учебы, только тогда и становится ясным, с чем не справляются подобные дети. Поэтому мы и включили в нашу методику учебные тесты, которые не только позволяют увидеть школьные знания детей, но и дают нам информацию об их способе работы, внимании, концентрации, выдержке, о том, насколько они склонны отвлекаться. Совершенно очевидно, что при оценке результатов должно учитываться и влияние экзогенных факторов, например то, насколько ребенок запущен в учебном отношении, и это, безусловно, требует большого опыта – но это необходимо и при проведении теста по методике *Binet*, если исследователь хочет, чтобы результат тестов был достоверным (в качестве примера можно привести тот факт, что развитие разговорных навыков у детей из более высоких социальных слоев вообще не помогает исследователю и часто создает иллюзию более высоких показателей при прохождении теста!)

Поведение в обществе

Мы хотим продемонстрировать, что основным нарушением у аутистов яв-

ляется сужение их взаимоотношений с окружающим миром и что именно через эту призму мы можем постичь личность подобных детей, так как это нарушение является ее организующим началом. До этого момента мы рассматривали детей изолированно, мы показали, как отражается это нарушение на их внешних проявлениях и умственном потенциале. Но наиболее непосредственно сущность этих детей обнаруживает себя, когда мы рассматривает их отношение к другим людям.

В действительности их наиболее просто понять через их поведение в обществе, из тяжелых конфликтов, которые возникают вокруг них начиная с раннего возраста. Наиболее тяжелый характер эти конфликты имеют в ближайшем окружении, к которому человек принадлежит с момента рождения, то есть в семье. (В качестве аналога можно привести тот факт, что и в случае с больными шизофренией наиболее тяжелый характер носят конфликты в семье. Причина этого очевидна: общность семьи основывается, в первую очередь, на эмоциональной связи членов семьи друг с другом. Влияние на ребенка, который воспитывается в семье, оказывается, главным образом, посредством чувств, посредством взаимодействия чувств детей и родителей. Как и больной шизофренией с обедненным чувственным миром, так и аутист, спектр чувств которого сужен, не знает, что же делать с этим семейным чувством, не понимают его, даже защищаются от него. Но именно родители наиболее сильно ощущают на себе бесчувственное отношение своих детей, и это делает их особенно несчастными).

Прежде всего в семье разыгрываются «акты агрессии» подобных детей. Для них характерна особая изоциренность: с неизменной точностью дети находят то, что в данной ситуации выглядит наиболее неприятным, обидным, они берутся за дело, продумав все в точности; у этих бедных в чувственном отношении детей совершенно отсутствует понимание того, какую боль они причиняют другим – младшим братьям и сестрам физически, а взрослым душевно. Порой дело доходит до садистских действий (о чем речь пойдет далее). Желание сделать нечто плохое – это практически единственное, от чего загорается их обычно потерятный взгляд, – отсутствует у них очень редко.

На акты агрессии очень похожи и негативистские реакции, которые были описаны нами при рассмотрении отдельных случаев, в особенности первого. Помимо спонтанного, импульсивного в их негативистском поведении, корнем его, без сомнения, является и несостоятельность этих детей, неумение справляться с повседневными задачами практической жизни – мы уже говорили о том, насколько дети-аутисты неловки, как им приходится с трудом, при помощи разума, правил и законов научиться тому, чему другие дети учатся «сами по себе», бессознательно подражая тому, что делают взрослые. Но этого родители обычно не понимают. В каждодневных делах, таких как умывание, одевание, еда, они требуют само собой разумеющегося подчинения – и таким образом именно в этих ситуациях дело доходит до тяжелейших конфликтов и сцен, негативистских реакций и агрессии со стороны детей.

Только что мы рассмотрели реакции, которые выражают враждебное по отношению к семье отношение, но в любом случае имеет место и изоляция ребенка-аутиста в семье, особенно очевидным это становится, когда он живет среди братьев и сестер, но это происходит и в том случае, если это единственный ребенок в семье, как это обычно и бывает. «Как будто он один на белом свете», – слышим мы довольно часто; он бродит как чужой, кажется, не замечает того, что вокруг него происходит – но порой удивляешься тому, сколь много

из того, что его окружает, он воспринимает и перерабатывает, несмотря на свою отрешенность. Эти дети сидят, погруженные в свою игру или иное занятие, далеко в углу или же посреди шумных и веселых братьев, сестер или товарищей, но они являются инородным телом, шум и движение вокруг их совершенно не трогают, они абсолютно недоступны в том, что они делают, они не воспринимают импульсов извне, их крайне раздражает, если им мешают.

Занятие маленьких детей-аутистов зачастую представляет собой стереотипные действия, иногда это обычные двигательные стереотипии, ритмичное покачивание, однообразная игра со шнурком от ботика, которая может продолжаться часами, или определенной игрушкой, с которой он обращается практически как с фетишем, например, плеткой, старой куклой; дети стучат и бьют, они явно наслаждаются ритмом, они выкладывают свои игрушки рядами, например, раскладывают кубики по цвету, форме, размеру, или руководствуясь иными непонятными законами, вместо того чтобы действительно построить из них что-либо. Обычно их невозможно оторвать от игры и собственных проблем. У одного семилетнего мальчика-аутиста возникали тяжелые конфликты во время еды, так как он, не отрываясь, наблюдал за пятнами жира в своей тарелке с супом – они очень интересовали его, он двигал их взад-вперед, или же дул на них – очевидно, меняющиеся формы казались ему живыми и значительными.

Эти дети следуют, в первую очередь, своим собственным импульсам, своим интересам, при этом требования окружающих их не заботят. В семье можно в значительной мере потакать этим особенностям, позволить им идти своим путем. Однако когда речь идет о таких повседневных делах, как подъем, одевание, умывание, еда, доходит до характерных столкновений. Совсем иначе обстоит дело, когда ребенок идет в школу. Там он в значительной степени лишен свободы спонтанных импульсов и интересов. Он должен сидеть тихо, быть внимательным, постоянно реагировать так, как положено – а все это подобным детям дается с большим трудом или не дается вообще. Количество поводов для возникновения конфликтов резко возрастает. В то время как с особенностями маленьких детей-аутистов родители зачастую справляются самостоятельно, первоклассники практически всегда попадают в лечебно-педагогические консультации, так как справиться с ними обычными способами не удастся.

При описании двух первых случаев мы подробно останавливались на проблемах с учебой, так что мы можем сослаться на них. Мы описывали как проблемы с учебой, проистекающие из особенностей поведения аутистов, так и поведенческие проблемы, асоциальное поведение в обществе одноклассников. Причин для конфликтов предостаточно. Уже один тот факт, что эти дети совершенно иные, чем остальные, выделяются всем своим существом из остального коллектива, является основанием для неприятия или нападок со стороны одноклассников. Их манера держаться, говорить, не в последнюю очередь и их гротескная неловкость провоцируют подразнить их – у детей ведь особенно острый взгляд на особенности других людей, и их насмешки попадают точно в цель.

Поэтому нередко можно наблюдать ситуацию, когда ребенок-аутист на перемене, а в особенности по дороге в школу, оказывается в центре улюлюкающей толпы мальчишек, он либо набрасывается на них в слепой ярости – отчего выглядит особенно нелепо, – либо беззащитно плачет, в любом случае он беззащитен перед своими умелыми мучителями. Иногда дело доходит до того, что только мать, провожающая ребенка в школу, может защитить его от жестоких одноклассников, так что ребенок нуждается в этом до конца начальной школы,

а порой и дольше, как нуждается он в помощи или руководстве при одевании. В благоприятных случаях таким детям удается благодаря особым способностям, уму или особенно отчаянным попыткам защититься снискать себе уважение, хотя и не свободное от насмешек.

Влечения и чувства аутистов

Из всего вышесказанного уже совершенно ясно, сколь негармонична личность описываемых нами детей. В то время как их интеллект часто развит выше среднего уровня, обнаруживаются значительные нарушения в глубинных слоях личности, в зонах, отвечающих за инстинкты и влечения, что проявляется в нарушениях инстинктивной ситуационной адаптации, в несостоятельности в выполнении повседневных дел. Описание внешних проявлений и поведения этих детей делает это полностью очевидным. Теперь мы хотели бы отдельно остановиться на нарушениях в сфере инстинктов и чувств.

Начнем с *сексуальности*. Здесь картина не единообразна. Некоторые на протяжении всего детского и переходного возраста остаются сексуально холодными и незаинтересованными, влечение у них выражено слабо – и в более позднем возрасте они не достигают здоровой мощной сексуальности. Но в большинстве случаев сексуальное поведение обнаруживает себя уже в раннем возрасте. Во многих случаях оно проявляется в форме рано начинающейся, интенсивной, упорно сохраняющейся мастурбации, которая не поддается попыткам лечения. Зачастую чувство стыда и вины в значительной мере отсутствует, которое обычно сопровождает подобные действия; дети предаются своей страсти порой наподобие эксгибиционистов, со всей настойчивостью и невосприимчивостью к влиянию аутистов. Известны и акты гомосексуального характера у довольно маленьких детей (случай 2!).

Часто речь идет и о садистских чертах. В качестве примера мы можем привести высказывания семилетнего мальчика со значительными аутистическими наклонностями: «Мамочка, когда-нибудь я во зму но ж и во жну его тебе в сердце; тогда хлынет кровь и будет очень красиво». «Было бы здорово, если бы я был волком, тогда я бы мог растерзать овец и людей и потекла бы кровь». Когда мать однажды порезала палец, ребенок сказал: «Почему кровь больше не течет, кровь же должна течь». По рассказам, когда он сам поранился, он пришел в совершенный восторг, так что врач, которая бинтовала его рану, нашла его состояние очень странным. При этом в остальных случаях мальчик очень боязлив, боится упасть со стула, на улице его пугают быстро едущие машины. У этих детей нередко склонность к копролалии – и это поведение очень контрастирует с их обычно изысканной речью!

Подобно тому, как в рассмотренной нами первой сфере инстинктов, связанной с сексуальностью, в большинстве случаев обнаруживается явная дисгармония – либо ослабленное влечение, либо ранняя зрелость или суженное влечение при отсутствии гармоничного созревания, становящегося частью личности, – мы обнаруживаем аналогичные проявления и в различных сферах чувственной сферы. Здесь противостоят друг другу чрезмерная чувствительность и полная бесчувственность.

Приведем несколько примеров.

Практически регулярно мы обнаруживаем различные вкусовые предпочтения или неприятие в области вкусовых ощущений – их частота для нас является доказательством завершенности данного типа: часто они отдают предпочтение очень кислым или острым блюдам, таким как огурцы или копченое мясо; не-

редким является и непреодолимое отвращение к овощам или молочным блюдам. Нечто аналогичное мы находим и в области осязания: для многих из этих детей характерно очень сильное, доходящее до ненормальности отвращение к ощущениям от соприкосновения с бархатом, шелком, ватой мелом, они не выносят грубого прикосновения новой рубашки, заштопанных чулок, стрижки ногтей, возникающее после стрижки ногтей неприятное ощущение является поводом для сцен при выполнении данной процедуры. И вода при мытье часто становится источником неприятных ощущений и тем самым поводом для конфликтов. В госпитале проявляется и особая гиперчувствительность гортани, так что каждодневный контроль ее состояния при помощи шпателя становится непростой процедурой. Эти дети часто гиперчувствительны по отношению к шороху или шуму, порою именно те, которые в других ситуациях совершенно не обращают внимания на то, что вокруг них происходит, в том числе и на шум.

Ощущение отсутствия гармонии, противоречия, которое у нас уже возникло до этого, еще усилится, когда мы перейдем от рассмотрения восприятий органов чувств к более высоким чувствам, к тому, как они проявляют себя по отношению к вещам, животным и другим людям. Как только вы начинаете заниматься подобными детьми, у вас сразу же возникает ощущение, что у них есть явный дефект в сфере чувств, который следует рассматривать в качестве конечной причины нарушения взаимоотношений с окружающим миром.

Этот дефект проявляется уже в изоляции этих детей среди других людей, в их негативном отношении к своему окружению, в особенности к своим близким. Они скупы на проявления нежности, которые обычно доставляют столь много радости во взаимоотношениях с маленьким ребенком. О некоторых из этих детей говорят, что они совершенно не могут лстать или «быть милыми», они даже становились агрессивными, когда им пытались угодить. Акты агрессии и жестокости тоже говорят об их бесчувственности.

Они до крайности эгоцентричны, следуют только своим желаниям, интересам, спонтанным импульсам, не обращая внимания на запреты и заповеди. Им недостает чувства уважения по отношению к другим людям. Когда Вы говорите с ними, они общаются с Вами на равных, они говорят с непреложной уверенностью; и в неповиновении для них характерно непревзойденное неуважение – но вскоре становится ясно, что это не сознательное и намеренное проявление наглости, а просто дефект восприятия другого человека.

У них отсутствует представление о личной дистанции: подобно тому как они совершенно беззаботно прислоняются к другим людям, даже к совершенно посторонним, хватаются за них, как будто бы это не человек, а какая-то вещь или предмет мебели, они могут воспользоваться другим человеком, не испытывая ни малейшего отчуждения, просят его о чем-либо, заводят разговор, тему которого определяют сами – и все это, несомненно, без малейшего внимания к различию в возрасте, отношениям подчинения, требованиям приличий и вежливости.

Отношение детей-аутистов к вещам также аномально. В то время как для нормального ребенка, особенно в раннем возрасте, вещи буквально становятся живыми, потому что он наполняет их своей собственной жизнью посредством хорошего к ним отношения, в то время как он формируется в общении с вещами, набирается опыта, связывает с ними свою любовь, – у детей-аутистов мы ничего подобного не обнаруживаем. Либо они вообще не замечают вещей окружающего их мира, например, их никак не трогают игрушки, либо их привя-

занность к какой-нибудь отдельной вещи носит патологический характер, они ни на минуту не упускают какую-то плеточку, кусок дерева, примитивную куклу из виду, не могут отправиться есть или спать, если «фетиш» не находится при них, устраивают ужасные сцены при попытке отобрать у них вещь, которую они столь страстно удерживают.

Часто отношение этих детей к вещам сужено до *коллекционирования*. И здесь мы сталкиваемся с таким же поведением, как и в ряде других случаев: вместо гармонично структурированной полноты, в которой ничто особенно не бросается в глаза, мы видим здесь дефекты и пустоты, в которых гипертрофировано что-то отдельное. Коллекционирование, в особенности та его разновидность, что характерна для детей-аутистов, является обездушенным обладанием. Они накапливают какие-либо вещи, но не для того, чтобы делать с ними что-то, играть с ними, изменять или оформлять их каким-либо образом, но лишь для того, чтобы увериться в обладании ими. Так, один мальчик шести лет хочет довести свою коллекцию спичечных коробков до 1000, и к этой цели он стремится с фанатичной энергией – но мать никогда не видела, чтобы он играл с этими коробками в железную дорогу, как это делают другие дети; другой коллекционирует красивые ленточки, которыми завязывают коробки, третий – «все», что он находит на улице или где-то прихватывает с собой, но все это не на манер приспособленного к реальности уличного мальчишки, к бездонных карманах брюк которого можно найти все, что нужно для его шалостей, – мальчик-аутист громоздит дома ящики бесполезного хлама, постоянно перекладывает вещи по-новому, бережет их подобно скряге, если мать пытается что-то выбросить, это приводит к тяжелым конфликтам. В более позднем детском возрасте эта страсть к коллекционированию посредством выбора объектов становится интереснее и разумнее, их структурирование и духовная переработка – но настоящие коллекционеры даже в зрелом возрасте бывают чудаками с явными чертами аутизма.

И по отношению к собственному телу у детей-аутистов отсутствует правильное восприятие. То, что надо содержать себя в чистоте и выполнять для этого многочисленные гигиенические требования, донести до них очень трудно и не всегда возможно, – даже взрослые, избравшие в дальнейшем в основном профессии, связанные с интеллектуальной деятельностью, могут ходить немытыми и неухоженными. Вплоть до окончания детского возраста они ведут себя за едой до крайности неаппетитно, испачканы с головы до пят, «рисуют» едой на столе, размышляя при этом о своих проблемах.

Характерной чертой этих детей является и *отсутствие чувства юмора*. Они «не понимают шуток», в особенности направленных против них самих (и это еще одна причина того, что их с таким удовольствием дразнят, ведь тот, кто может посмеяться над собой вместе с другими, лишает насмешку ее остроты). Они не могут быть по-настоящему расслабленными и радостными, им не доступно понимание мира, приходящее из души, которое присутствует в подлинном юморе. Если они вдруг в веселом настроении, это обычно производит неприятное впечатление: взвинченные, кривляющиеся, не знающие меры; они скачут и бесятся в комнате, полностью теряют чувство дистанции, становятся навязчивыми и агрессивными. Только в одном они проявляют усердие и даже творчество – в каламбурах, начиная от искажений слов, от эффектов, которые получаются из сходства звуков, и заканчивая точно сформулированными, действительно умными и смешными высказываниями.

Но представление об этих детях было бы неверным, если бы мы видели

только описанные здесь черты и судили бы по ним. Наблюдая за этими детьми, можно увидеть и проявления, которые не позволяют так однозначно негативно судить об их чувственной сфере.

Постоянно нас удивляла сильная тоска по дому, которая проявлялась у детей при поступлении в наше отделение, для нас она поначалу никак не уживалась с другими чертами, говорившими о бедности чувственной сферы, не видеть которые было нельзя. В то время как обычные дети, даже такие, у которых была действительно настоящая сильная привязанность к родительскому дому, намного погрузившись, быстро привыкают, так как вскоре начинают ощущать проявляемую к ним здесь любовь и заботу, у них появляется интерес к новой обстановке, к различным занятиям, которые заполняют день без остатка, у детей-аутистов, как правило, бывает сильнейшая тоска по дому. Целыми днями они плачут в безудержном отчаянии, особенно по вечерам эта боль подступает с новой силой, они рассказывают о родителях, которых дома так любили помучить, и о своем доме самыми нежными словами – как мы уже знаем, у них очень развитая речь, но тут они говорят с таким удивительно утонченным чувством, которое дети этого возраста обычно выразить не могут; они приводят причину за причиной, почему они не могут оставаться здесь, а сегодня же обязательно должны отправиться домой, обоснования, демонстрирующие примечательную смесь наивности и изощренности, они пишут молящие, ошеломляющие письма домой. И все это длится во много раз дольше, чем реакция на разлуку с домом у нормальных детей, но потом они все же привыкают и начинают комфортно себя чувствовать в обстановке непреложного порядка под продуманным и учитывающим проблемы этих детей руководством. Может быть, это граничащая с навязчиво-невротическим состоянием привязанность к вещам и обычаям домашнего окружения заставляет этих детей так тяжело переживать разлуку, то есть причиной этой реакции является сужение нормальной свободы действия, и все же эта тоска по дому демонстрирует, на какие чувства способны эти дети.

Мы видим и другие примеры подобного рода. Так у мальчика, примеры оригинальных творческих языковых выражений мы приводили выше, были две белых мыши, о которых он трогательнейшим образом заботился и за которыми он ухаживал и которых он, как он сам подчеркивал, предпочитал всем людям, – это был тот же самый мальчик, который выводил родителей из себя агрессивными выходками и утонченно издевался над младшим братом! Подобные примеры безусловно глубокой привязанности к животным или к определенным людям мы довольно-таки часто наблюдаем у детей-аутистов.

Учитывая подобные факты, проблема чувственной сферы этих детей представляется нам очень сложной. Ее нельзя однозначно трактовать, используя понятие «бездушие», то есть пользуясь количественными признаками, это в большей степени качественное отличие, инаковость, дисгармония чувств, души, иногда исполненная поразительных противоречий, столь характерная для этих детей и обуславливающая проблемы адаптации.

Наследственность

Ввиду постоянства и сформированности данного типа возникает вопрос о наследственности. Уже давно решен вопрос о том, что психопатические состояния обусловлены конституционально и могут наследоваться, однако было бы самонадеянно полагать, что можно проследить простой и ясный путь наследования: эти состояния, безусловно, являются многофакторными и связаны с несколькими единицами наследования, и поэтому попытка без натяжки разрешить

вопрос о том, передаются ли подобные состояния доминантно или рецессивно, не дает результата.

Точный анамнез семьи должен стать предметом следующей работы. Здесь же мы, суммируя, хотели бы сказать следующее: в течение 10 лет мы наблюдали более 200 детей, у которых в большей или меньшей степени была выражена картина аутистической психопатии. В *каждом* случае, когда было возможно поближе познакомиться с родителями или родственниками, мы обнаруживали в этом круге родственные психопатические черты. Иногда это были лишь отдельные аутистические особенности, но зачастую это была и полная картина аутистической психопатии, начиная от характерных внешних проявлений и неловкости и вплоть до имеющих место уже, конечно, на ином уровне проблем адаптации. В большинстве случаев у отца, если это он передал ребенку черты аутизма, интеллектуальная профессия; если вдруг среди таких отцов обнаружится ремесленник, то обычно возникает впечатление, что он неправильно выбрал профессию (см. случай 2!). Во многих случаях предки этих детей во многих поколениях интеллектуалы, в силу их особенностей сама судьба предназначила их для подобных профессий. Часто мы обнаруживали среди наших детей потомков известных династий в науке и искусстве, однако порой возникало впечатление, что от всего их величия в ребенке остались только странности и причуды, которые часто присущи большим ученым. Многие из отцов наших детей-аутистов несмотря на свои странности занимали высокое положение - и это тоже в определенной степени способствует разрешению вопроса о социальных навыках данного типа личности.

Приведенные здесь данные о наследственности позволяют с уверенностью говорить о том, что подобные состояния наследуются, а также об устойчивости данной предрасположенности, а также об особенностях этого психопатического состояния, так как его передача по наследству в большинстве случаев происходит одинаково.

В связи с наследственностью здесь следует остановиться еще на нескольких вопросах.

Если мы взглянем на наших детей-аутистов с точки зрения их пола, то придем к на первый взгляд удивительному выводу о том, что это практически исключительно мальчики. И у девочек нами были обнаружены нарушения контакта, который напоминали некоторые черты аутизма, мы обнаружили и девочек, у которых причиной подобного состояния был перенесенный энцефалит (как в случае 4, Хельмут Л.), но у девочек мы не обнаружили полной картины аутизма, как ее демонстрируют случаи 1-3. Как это можно объяснить? Идет ли в данном случае речь о наследственности, связанной с полом или, по крайней мере, ограниченной полом? С чем-то подобным мы имеем дело.

Психопат-аутист – это крайний случай мужской интеллектуальности, мужского характера. Даже в рамках нормального диапазона между умом мальчиков и девочек обнаруживаются типичные различия: девочки в общем и целом лучше учатся, им нравится конкретное, наглядное, практическое, аккуратная прилежная работа, а мальчики более склонны к логике, точности мышления и формулировок, самостоятельному исследованию, для них характерна способность к абстракции. (И это также является причиной того, что в более позднем возрасте мальчики показывают более высокие результаты при прохождении теста *Binet*, чем девочки; довольно однобокие задания логически-абстрактного характера, которые предлагаются в тесте *Binet* для детей от 10 лет, больше подходят маль-

чикам!). У аутистов это поведение доведено до крайности. Абстракция – к которой вообще мужской ум более расположен, в то время как женщина больше чувствует и уверено действует исходя из инстинктов, – заходит столь далеко, что связи с конкретным, с вещами и людьми, в значительной степени утеряны, а приспособление к требованиям окружающего мира, которое в основном происходит посредством инстинктов, достигается в весьма незначительной мере.

В то время как мы, как уже говорилось, не встретили ни одной девочки, у которой была бы полностью выражена картина аутизма, нам встретились несколько матерей детей-аутистов, поведение которых носило явные черты аутизма. Этот факт мы не можем объяснить. Может быть, так было угодно случаю, что именно среди наших пациентов не нашлось девочек, страдающих аутизмом, – может быть, они встречаются реже, чем мальчики, – или, может быть, черты аутизма у девочек проявляются после полового созревания, этого мы не знаем.

Говоря о наших пациентах, мы приходим и еще к одному выводу: дети-аутисты в соотношении, далеко превосходящем среднестатистическое, зачастую являются *единственными детьми* в семье (и в данном вопросе точные данные должны стать достоянием последующих публикаций). Наблюдатель, судящий с индивидуально-психологической точки зрения, разумеется, объяснил бы состояние детей-аутистов исходя из ситуации, в которой находится единственный ребенок, и увидел бы в этом доказательство влияния внешней причины; он объяснил бы нарушения во взаимоотношениях с обществом, а также раннюю зрелость речи и мышления тем, что дети росли только среди взрослых и не научились приспосабливаться к братьям и сестрам. Родители, а часто и учителя детей-аутистов объясняют их проблемы тем, что они – единственные дети в семье. Но как и в ряде других случаев индивидуально-психологический подход путает причину и следствие. Если вы наблюдаете за тем, как растут дети-аутисты с самого раннего возраста, то можете видеть, как с самого детства определяется все их существование в описанном направлении, если вы знаете, что дети-аутисты, растущие среди братьев и сестер, развиваются абсолютно так же, как и единственные дети в семье, то такое объяснение, исходящее из экзогенных причин, покажется Вам абсурдным. Нет, то, что эти дети страдают аутизмом, не связано с неблагоприятными воспитательными воздействиями, которым подвергается ребенок, не имеющий братьев и сестер, но коренится в унаследованной от родителей предрасположенности к аутизму. Выражением аутизма в характере родителей является то, что они захотели дать жизнь только одному ребенку. Желание иметь детей в браке является, безусловно, выражением определенного убеждения, и оно у людей, находящихся в рамках нормального диапазона, подвержено изменениям и воспитательным воздействиям. Выдающимся и беспримерным в истории примером тому является наша современная немецкая действительность. Но на подобных экстремальных вариантах человеческого характера можно продемонстрировать, что желание иметь ребенка или его противоположность укоренено во влечении человека, его предопределенной биологической конституции. Отсутствие или ослабленное желание иметь детей является характерной чертой, присущей большинству личностей аутистического склада, и является еще одним симптомом их гипосексуальной сущности с ослабленными или нарушенными инстинктами. Так мы видим, что многие подобные личности проводят свою жизнь нелюдимо, без жены и детей, что ситуация в семье у многих из тех, кто вступает в брак, проблемная и напряженная, в ней

не достигается истинной гармонии влечения и духа, в которой прежде всего отсутствует пространство, в котором могло бы вырасти большое количество детей. Здесь приходят на ум слова *Klages* о «духе как враге жизни». – Таким образом, следует подчеркнуть, что то, что эти дети часто единственные в семье, в большей степени является симптомом состояния аутизма, чем его причиной.

Описание случаев, особенно первого, должно было навести на мысль о том, что между состоянием аутизма и картиной шизофрении существует определенное сходство. И должен был возникнуть вопрос о том, не имеем ли мы в случае таких отклонений от нормы как у Фрица Ф. дело с детской шизофренией. В связи с о буждением этого случая приводились дифференциально-диагностические соображения и диагноз шизофренического психоза был отклонен. То же самое верно и для других случаев, в которых отклонения не так велики, как в первом.

Следует ответить и еще на один вопрос: может быть в описанных случаях или хотя бы в некоторых из них речь идет о начальной стадии шизофрении, может быть, из нее в дальнейшем разовьется настоящий психоз? Но и на этот вопрос, основываясь на нашем материале, мы должны дать отрицательный ответ. Описанные нами состояния не показывают динамики, в основе своей останутся на всю жизнь, хотя обычно адаптация к требованиям окружающего мира и социальная адаптация становятся лучше. Нам известен только один случай, который вначале был определен нами как больной аутизмом с сильным нарушением инстинктов, но у которого через два года после нашего знакомства начался прогрессирующий распад личности, так что в настоящее время мы вынуждены были поставить диагноз гебефрении. В случае же всех остальных пациентов, некоторые из которых находятся под нашим наблюдением 20 лет и более, не был установлен переход данной формы психопатии в настоящий психоз.

С этим связан и еще один вопрос: является ли основой для возникновения описанного психопатического состояния частичная предрасположенность к шизофрении (то есть являются ли эти пациенты – при условии, что шизофрения передается мультифакторно – носителями отдельных генов, из которых комбинация предрасположенности к нескольким болезням вызывает шизофрению) или же основа этого состояния – предрасположенность к шизофрении, которая в данных случаях не проявилась? Эти вопросы помогли бы прояснить точные данные о семье; среди кровных родственников наших детей должны были бы обнаружиться больные шизофренией в количестве, превышающем среднестатистическое.

Пока же мы не можем дать полного ответа на этот вопрос и вынуждены сослаться на позднейшую готовящуюся публикацию. Пока же следует отметить, что у нас не возникло впечатление, что в окружении детей-аутистов наблюдается большое скопление больных шизофренией, и вероятно аутизм с наследственно-биологической, а значит и генетической точки зрения, не имеет ничего общего с шизофренией. И это совпадает с мнением *Schroeder* о том, что «психопаты – это не дураки наполовину или на четверть» даже с точки зрения их наследственно-биологического поведения.

Социальная ценность больных аутизмом

В данной работе мы ставили себе задачу обрисовать, на наш взгляд, до сих пор не описанное психопатическое состояние в детском возрасте. В данной главе мы выйдем за эти рамки. Возникает вопрос: что получится из детей-аутистов? Тем самым мы затрагиваем вопрос об их ценности для общества, и

это вопрос такой важности, что мы, несмотря на то что сознательно ограничили рамки работы описанием состояния аутизма в детском возрасте, не можем на нем не остановиться.

После всего вышесказанного можно ожидать, что социальная адаптация является крайне проблематичной, если вообще возможна, так как в качестве одной из существенных характеристик данного состояния мы определили нарушение механизмов приспособления к требованиям окружающего мира. Но это ожидание оправдывается лишь в небольшом количестве случаев, и практически только в случае пациентов, у которых черты аутизма соседствуют с явной интеллектуальной неполноценностью.

В этом последнем случае дело действительно обстоит весьма печально. В лучшем случае они находят себя в профессиях подчиненного характера для аутсайдеров, зачастую это занятие непостоянно, они часто его меняют, а при неблагоприятном исходе они слоняются по улице как комичные оригиналы, запущенные совершенно гротескным образом, громко разговаривают сами с собой, беззаботно заговаривают с людьми, как это характерно для аутистов, они – объект насмешек для всех уличных мальчишек, на которые они реагируют со слепой яростью, безуспешной по отношению к их мучителям.

Совсем иначе дело обстоит с интеллектуально развитыми аутистами, в особенностях с теми, чьи умственные способности превосходят средний уровень. Конечно, и у взрослых сохраняются нарушения отношений с окружающими людьми, приводящие к характерным конфликтам в детском возрасте. Если одно старое определение называет психопатами людей, страдающих от самих себя, и от которых страдают окружающие, то в случае аутиста верна лишь вторая часть: нам очень непросто судить о том, страдают ли от самих себя эти люди, которые с таким трудом раскрываются, чья чувственная сфера столь иначе устроена и которых так тяжело постичь. В то время как с этими людьми так нелегко найти общий язык, в особенности самым близким людям, особенно супругам, как это явствует из поведения детей-аутистов, если обратить внимание на их профессиональные достижения, ваше мнение о них будет совершенно другим.

В подавляющем большинстве случаев они достигают довольно многого в профессиональном отношении, следствием чего является и хорошая социальная адаптация, часто они занимают высокие посты, часто добиваются выдающихся успехов, так что можно прийти к заключению, что никто кроме аутистов на подобное не способен. Возникает впечатление, что в качестве компенсации они наделены гипертрофированными способностями, как бы в противовес их значительным дефектам. Уверенность и пробивная способность, которые являются частью спонтанной «активности» аутистов, суженность отдельных областей их жизни до отдельных особых интересов – все это здесь становится позитивным качеством и приводит этих людей к особым достижениям в их области. Именно в случае аутистов мы видим – с гораздо большей отчетливостью, чем в случае «нормальных» людей, – что с ранней юности они кажутся предназначенными для определенной профессии, что профессия эта судьбоносно вытекает из их склонностей.

Вот один из примеров. Почти в течение трех десятилетий мы наблюдали мальчика, а затем уже и молодого человека, во всем поведении которого проявлялась картина аутизма. С детства и вплоть до зрелого возраста у него было ярко выраженное поведение аутиста. Казалось, что других людей он вообще не

замечает, столь отсутствующим он казался, подчас не узнавал даже близких знакомых. Он был крайне моторно неловким (у него в очень значительной степени наблюдались все ранее описанные трудности при обучении навыкам повседневной жизни), и в своем поведении он оставался крайне неловким и неприспособленным (так, его можно было видеть самозабвенно ковыряющим в носу в трамвае, когда он уже был молодым человеком!). В школе постоянно возникали большие проблемы, он то учился, то не учился, смотря как ему в тот момент было угодно. Он был лишен способностей в языковом отношении, при изучении греческого языка в гимназии он едва одолел начальный уровень и только благодаря другим способностям он не был отчислен.

Уже в раннем детском возрасте у него проявился совершенно необычный для подобного человека математический талант, он как бы спонтанно прорывался в нем. Задавая вопросы, от ответов на которые взрослые не могли уклониться, он овладел необходимыми ему знаниями, которые он затем самостоятельно переработал. Так, рассказывают о следующей сцене, разыгравшейся, когда ему было три года. Однажды речь зашла о многоугольниках. Мать должна была нарисовать ему на песке треугольник, четырехугольник и пятиугольник. Затем он сам берет палку, проводит линию и говорит: «Это двуугольник, правда?», - ставит точку и говорит – «а это одноугольник?». Все игры и все интересы мальчика были направлены на математику. Когда он пошел в школу, он уже умел извлекать кубический корень, при этом постоянно подчеркивается, что родители и не думали механически обучать его непонятным ему самому навыкам счета, но ребенок сам, вопреки воле родителей, буквально вынуждал заниматься с ним математикой. В гимназии он поражал своих учителей специальными знаниями, простирающимися и в абстрактные области математики, и благодаря этому он смог без задержек получить аттестат зрелости, несмотря на свое невозможное поведение и отставание по другим предметам. Вскоре после начала своего обучения в университете – своим предметом он избрал теоретическую астрономию – он обнаружил ошибку в вычислениях Ньютона. Его преподаватель посоветовал ему положить это открытие в основу своей диссертации. С самого начала для него было очевидно, что он посвятит себя академической карьере. За необычайно короткий срок он стал ассистентом в институте астрономии и защитил докторскую диссертацию.

И подобный жизненный путь ни в коей мере не является исключением. К нашему собственному удивлению мы убедились, что аутистам, если, конечно, в интеллектуальном отношении они находятся на высоте, почти всегда удается реализовать себя в профессиональном плане, причем в большинстве случаев в профессиях, имеющих ярко выраженную интеллектуальную направленность, узкоспециализированных, многие при этом достигают высот. Они отдают предпочтение абстрактным областям знания. Среди наших пациентов много таких, чьи математические способности предопределили их профессию – помимо «чистых математиков», техников, химиков, даже чиновников мы часто находим необычные, неординарные специальные профессии, например, специалиста по геральдике, который, как говорят, является авторитетом в своей области, из наших детей-аутистов вышло и несколько весьма хороших музыкантов. Тот поначалу удивительный факт, что такие странные и сложные дети все же добиваются неплохой, а порой и превосходной социальной адаптации, при ближайшем рассмотрении представляется вполне объяснимым.

Выбор профессии является принуждением к односторонности, означает

отказ от возможностей – и многие это мучительно ощущают; многие молодые люди именно по этой причине терпят неудачу при выборе профессии, потому что, будучи в равной степени одаренными в различных направлениях, они не могут прийти к решению, им недостает силы, которая подтолкнула бы их в одном из направлений. В случае аутистов возникает впечатление, что они, сконцентрировав всю энергию, с полной уверенностью идут своим путем, который вследствие определенных склонностей для них, кажется, предопределен с детства, можно сказать, они зашорены по отношению ко всем богатейшим возможностям, которые дает жизнь. В случае таких людей также верно утверждение, что преимущества и недостатки каждого характера проистекают из одних и тех же основных черт, что положительное и отрицательное представляют собой две стороны, которые не так просто отделить друг от друга, что невозможно просто принять хорошее в характере и истребить плохое.

Мы полагаем, что и таким людям есть место в организме социальной общности, и они по праву его занимают, некоторые, может быть, делают это так, как не смог бы никто иной, – и часто это дети, которые доставляли своим воспитателям наибольшее количество проблем и забот.

Именно в случае подобных характеров мы видим, насколько даже самые аномальные личности способны развиваться и адаптироваться, как часто в процессе развития возникают такие возможности для социализации, которые ранее для данной личности никто и не мог предположить. Этот факт определяет наше отношение и наше мнение о ценности для общества сложных личностей подобного или иного рода и дает нам право и обязанность, бороться за них, отдавая все свои силы, так как мы полагаем, что только полная самоотдача любящего воспитателя может привести к успеху в подобных случаях.

Заключение

Теперь, подводя итог нашей работы, нам следует обратиться к написанному по данной тематике. Следовало бы рассмотреть, в каком отношении находится описанный нами тип детей к другим типам, описанным другими исследователями, в каких чертах имеются совпадения и различия. Мы не собираемся подробно останавливаться на возражениях против типологического подхода, который представлен во множестве работ. Мы лишь хотели бы повторить то, о чем говорили в самом начале, а именно то, что мы не верим в возможность действительно совершенной систематической типологии. Но доказательство того, что понятие типа в определенных случаях может оказаться продуктивным для познания, как мы полагаем, присутствует в данной работе.

Таким образом, нам следует привлечь для сравнения литературу о психологических типах. Там можно обнаружить определенное сходство между психопатами-аутистами и шизотимным типом *Kretschmer*, помимо этого с некоторыми формами дезинтегрированного типа *E.R. Jaensch* и, прежде всего, с типом «мыслителя-интроверта» *Jung*. Именно в описании характеров интровертов мы обнаружили много общего с описанными нами личностями детей. Ведь «интроверсия» является ни чем иным как концентрацией на собственном Я (аутизм), ограничением отношений с окружающим миром.

Несмотря на это мы считаем рассмотрение работ этих авторов в данный момент не очень плодотворным: ни один из них не говорит ничего о том – не считая кратких редких замечаний, – как вели себя описанные ими характеры в детстве. Поэтому в значительной степени отсутствует основа для сравнения, их описания находятся на совсем ином уровне, чем наше. Сравнение станет намного более

плодотворным, если мы покажем, что получится из наших детей-аутистов, когда они вырастут. И здесь мы вновь должны сослаться на объемное исследование, которое еще только должно быть написано. В нем мы намереваемся не только подробно рассмотреть наследственно-биологическую основу, но и развить тему данной работы, которая сознательно ограничена рамками детского возраста. Тогда нам и представится возможность, подробнее рассмотреть типы характеров, описанные другими авторами, выявить совпадения и различия.

Наша работа ставила своей целью описать этот тип детей с отклонениями в развитии – исходя из опыта жизни рядом с ними, приложенных педагогических усилий – и тип этот был интересен нам не только с точки зрения его своеобразия и проблем, но и в связи с тем, что он видится нам в более широкой перспективе центральных психологических, педагогических и социальных проблем.

Список литературы

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, 5. Aufl. Berlin: Springer 1930. — Das autistisch-undisziplinierte Denken. 3. Aufl. Berlin: Springer 1922. — **Hamburger:** Die Neurosen des Kindesalters. Wien u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1939. — **Heinze:** Z. Kinderforsch. 40 (1932). — **Jaensch. E.B.:** Grundformen menschlichen Seins. Berlin: Eisner. — Der Gegentypus. Leipzig: Jomtnn Ambrosius Barth. — **Jung:** Psychologische Typen. Zurich u. Leipzig: Rascher. — **Klages:** Grundlegung der Wissenschaft vom Ausdruck. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1936. — Die Grundlagen der Charakterkunde. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1936. — **Kretschmer:** Koerperbau und Charakter. Berlin 1928. — **Schneider. K.:** Die psychopathischen Personlichkeiten. Leipzig u. Wien 1934. — **Schroder:** Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten, mit erlauternden Beispielen von **Heinze**. Breslau: F. Hirth 1931. — Mschr. f. Psychiatr. 99 (1938).

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

М.С. Карасева

**ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНЫХ ДРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ
В ПОДРОСТКОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ
ДЕТСКО-ВЗРОСЛОЙ ОБЩНОСТИ**
ГОУ СОШ № 638 (Москва).

Проблема. Все больше учителей начинают понимать, что предупреждение об употреблении психоактивных веществ (ПАВ) подростками - важная задача школы. К моменту обучения в средней школе большинство детей слышало о наркотиках и наркоманах, ингалянтах и токсикоманах. Источники этой информации: СМИ, интернет, сверстники, старшие братья и сестры. Возраст, в котором дети начинают экспериментировать с табаком, алкоголем и наркотиками, постоянно снижается.

Концепция. Большинство подростков не обсуждает свои проблемы с родителями и школьными педагогами, предпочитая самостоятельно искать выход из трудных ситуаций. Отсюда – стрессы, нерешенные конфликты и комплексы, которые в дальнейшем омрачают жизнь уже взрослому человеку.

В ответ на данную проблему педагогами и специалистами нашей школы был разработан Проект: «Мастерство общения», направленный на создание позитивных дружеских отношений в подростковом коллективе. Концептуальным основанием послужил антропологический подход [2], в основе которого заложен принцип формирования детско-взрослой общности как средства становления личности и ее способности к «самостоянию» в принятии решений.

Цель данного профилактического проекта - научить подростков ценить и сохранять свое здоровье и здоровье окружающих, способствовать отношениям взаимной помощи и поддержки в коллективе перед лицом опасности, которую в современном обществе несет с собой употребление ПАВ.

Задачи Проекта:

1. Знакомство учащихся со способами создания позитивных дружеских отношений с различными людьми с целью взаимопомощи, удовлетворения потребностей в сосуществовании в обществе;

2. Формирование личной ответственности учащегося за свои поступки и здоровье;

- навыков конструктивного общения и позитивного поведения;
- поведенческих навыков: эффективного общения, рационального принятия решений и отказа от опасных для здоровья поступков в ситуациях группового давления;
- эффективного взаимодействия в окружающем мире.

Содержание проекта. Проект «Мастерство общения» разработан в форме серии интерактивных уроков, которые помогают решить проблемы, связанные с пониманием себя и окружающих, способствуют воспитанию уверенной в себе личности.

Цель урока: Формирование позитивных дружеских отношений в подростковом коллективе.

Задача: Познакомить учащихся с многообразием способов создания позитивных дружеских отношений с различными людьми.

Методический материал:

- рабочие листы на тему «Создание дружеских отношений»;
- карточки-задания с проблемными ситуациями.

Ход работы:

1. Вопросы и ответы.

В первой части мероприятия ученикам задавались такие вопросы: «Можно ли прожить без друзей?», «Какие друзья важны для вас?», «Что они делают для вас?» Ответы разбирались и анализировались. Ученики рассказывали, что друзья делятся с ними своими проблемами, помогают, вместе с друзьями веселее проводить досуг.

На данном этапе ученики узнали, что каждый имеет свои определенные (например, социальные, личные, общественные) чувства и потребности, которые необходимо удовлетворить. Это помогает человеку почувствовать себя уверенным, быть любимым и любить, помогать родным, близким, друзьям уважительно относиться к себе. Эти потребности включают в себя:

- *Быть любимым* — потребность иметь людей, которые заботятся о тебе, помогают, понимают и любят тебя.

- *Быть необходимым обществу* — потребность во внимании и заботе государства или общества о личной безопасности, правах; потребности в твоих знаниях — вне зависимости от убеждения, национальности, возраста, квалификации и др.

- *Быть одобряемым* — потребность в положительной оценке того, что ты делаешь.

Также в этой части ученикам рассказывалось о том, что создание дружеских отношений со многими людьми — членами семьи, одноклассниками, соседями, сверстниками — обеспечивает хорошие возможности для людей во взаимопомощи, взаимопонимании, усиливает чувство самоуважения и достоинства.

2. Создание дружеских отношений.

В начале этой части ученикам был задан вопрос: «Какие, на ваш взгляд, качества важны в друге?» Мнения нескольких учащихся выносились на общее обсуждении. Далее школьники работали в малых группах над рабочими листами «Создание дружеских отношений». В 1-й части рабочего листа учащиеся должны были указать три важных качества друга, во 2-й части — составить список людей, к которым они могли бы обратиться за помощью, и размышляли над тем, как можно связать части 1 и 2 рабочего листа. Выполнение этого задания контролировалось учителем. Далее ученики зачитывали ответы с первой и второй части рабочего листа, а один из школьников записывал их на доске. Было также рассказано о том, что важно оставаться в дружеских отношениях не только с родными и друзьями, но и с соседями.

3. Как завести новых друзей?

Ученики в ходе рассказа учителя узнают, что по мере их взросления, возникновения и развития новых интересов они будут знакомиться и заводить новых друзей. Но жизнь учит, что надо сохранять и поддерживать старые дружеские связи.

После этого ученикам был задан вопрос: «Как завести новых друзей?» Все ответы записывались на доске:

- быть дружелюбным

- принимать участие в работе спортивных секций, кружков, походах, экскурсиях

- проявлять интерес к новым людям
- умение поддерживать разговор
- быть внимательным

Это неполный список того, что называли ребята.

Затем был задан следующий вопрос: «Какие существуют препятствия для новых дружеских отношений?». Ответы также записывались на доске:

- смущение, стеснение, замкнутость
- недостаточное самоуважение или большая самоуверенность
- страх быть отвергнутым

Далее последовал разбор понятия «Просьба о помощи» и объяснение учащимся, что это типичная ситуация, часто встречающаяся среди молодых людей, знающих друг друга.

4. Работа в малых группах - решение проблемных ситуаций.

Все ученики разделены на команды по 5-6 человек, чтобы ребята научились работать в малых группах. Каждой группе были розданы карточки с проблемными ситуациями где им предлагалось найти способ решения данной ситуации. Затем проходило групповое обсуждение способов решения проблемных ситуаций.

5. Подведение итогов

Выводы, которые в ходе работы в командах, сделали ученики:

- Друзья необходимы, чтобы удовлетворить потребности людей в любви, для оказания помощи и поддержки, в формировании чувства самоуважения.
- Стремление вести себя дружелюбно с другими - очень важно для создания дружеских отношений.
- Важно знать, когда и у кого попросить помощи и поддержки в неприятных ситуациях.

6. Домашнее задание

В конце урока ученикам было дано домашнее задание, которое заключалось в том, чтобы обсудить те же проблемные ситуации и способы их разрешения со своими родителями, друзьями во дворе.

7. Тренинг навыков формирования асертивного стиля поведения.

В ходе тренинговых занятий, проводимых со школьным психологом, учащиеся получили знания о различных стратегиях поведения [1], а также освоили навыки асертивного (уверенного) поведения.

Приложение к уроку. Анкета (с полузакрытыми вопросами)

Часть 1. Ожидаемые качества дружеских отношений

Перечислите три качества, которые Вы бы хотели видеть в друге.

1. _____
2. _____
3. _____

Часть 2. Ожидаемая поддержка ближайшего окружения.

Перечислите людей, на которых Вы можете положиться, к которым можете обратиться за помощью.

1. Друг,
2. Одноклассник.
3. Родители или другие члены семьи.
4. Взрослый, не являющийся членом семьи.
4. Учитель, психолог или любой другой взрослый человек в школе.

5. Другой (укажите) _____

Часть 3. Реальная поддержка ближайшего окружения.

Перечислите людей, к которым Вы чаще обращаетесь за помощью.

1. Друг,
2. Одноклассник.
3. Родители или другие члены семьи.
4. Взрослый, не являющийся членом семьи.
5. Учитель, психолог или любой другой взрослый человек в школе.
6. Другой (укажите) _____

Часть 4. Ответьте на вопросы

• Перечислите три качества, которые Вы проявляете в дружбе:

1. _____
2. _____
3. _____

Заключение и рекомендации:

Выявленные результаты после проведения данного профилактического мероприятия:

1. Учащиеся узнали свои потребности и способы их удовлетворения.

Человек, ориентированный в том, что ему требуется, получает психологическую устойчивость в этой жизни и оказывается в состоянии не сбиваться с пути и правильно определять приоритеты.

2. Учащиеся приобрели позитивный опыт успешного самостоятельного удовлетворения жизненных потребностей и, стало быть, купирования негативных переживаний, связанных с их неудовлетворенностью. Школьники овладели основными навыками ассертивного поведения, коммуникативными навыками, навыками успешного решения жизненных проблем.

3. Учащиеся научились справляться со своим состоянием в случае, когда по каким-либо причинам удовлетворение собственных потребностей невозможно.

Все это – предпосылки здоровой личности, которой для решения своих проблем уже не понадобится обращаться к ПАВ, личности, которая успешно сможет противостоять негативным социальным влияниям и успешно реализовывать свои жизненные цели.

Выстраивание деятельности подросткового коллектива с опорой на законы дружбы помогает качественно улучшить взаимоотношения в коллективе и его эффективность, способствует самопознанию и развитию гармоничной личности.

С одной стороны, дружба должна быть естественной средой обитания подростков, а с другой стороны, она является инструментом развития человека, неким педагогическим средством, благодаря которому он может нормально развиваться как личность. Ведь только в дружеской атмосфере, чувствуя поддержку друзей и товарищей, у подростка открываются возможности самораскрытия, которые, как катализатор, ускоряют все процессы личностного роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентик, Ю.В. Семейная реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. (Методическое пособие) / Ю.В. Валентик, А.Н. Булатников // М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. – 104 с.

2. Слободчиков В.И. Антропологическая перспектива отечественного образования. – Екатеринбург: Издательский отдел Екатеринбургской епархии, 2009 - 264 с.

Е.Б. Жовтобрюх

**ШКОЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПРОСТРАНСТВО:
ОПЫТ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ**
ГОУ ЦО № 1446 СВАО (Москва).

Проблема. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ только 10% школьников относятся к числу здоровых, 50% - имеют патологию, а 40% - относятся к группе риска. По статистическим данным, только за последние 5 лет в Москве число школьников, имеющих диагноз ожирения, возросло на 60%, заболеваемость костно-мышечной системы – на 34%. Отмечается также рост текущей заболеваемости в Северо-Восточном административном округе Москвы в сравнении с показателями в целом по Москве. К наиболее распространенным относятся болезни кроветворения, органов пищеварения, костно-мышечной системы.

Заболеваемость школьников в Центре образования № 1446 держится на высоком уровне, что свидетельствует о низкой сопротивляемости организма к патогенным микроорганизмам и вирусам, а также к неблагоприятным воздействиям окружающей среды.

В январе 2011 г. Центр «Навигатор здоровья» провел тестирование по состоянию здоровья учащихся нашей школы. Всего в тестировании приняли участие 453 ученика в возрасте от 7 до 16 лет: 207 (46%) мальчиков и 246 (54%) девочек.

Исследование показало, что:

- Отличный уровень резервов здоровья и работоспособности, близкий к эталону для своего возраста всего у 15 уч-ся (3%) из 453. Этим ребятам рекомендовано поддерживать активный и здоровый образ жизни.
- Хорошее функциональное состояние, высокий уровень резервов здоровья и работоспособности надежно защищают от стрессов и негативных воздействий окружающей среды - 110 уч-ся (24%).
- Удовлетворительный уровень резервов здоровья и работоспособности имеют 119 уч-ся (26%). Наличие отдельных слабых звеньев в системе жизнеобеспечения требует активизации жизненного стиля занятий в спортивных секциях, контроля здорового питания детей.
- Неудовлетворительное общее состояние организма, наличие нескольких слабых систем жизнеобеспечения ограничивают работоспособность и сказываются на самочувствии у 189 уч-ся (42%)! Над этой цифрой нужно серьезно задуматься.
- Низкий уровень резервов здоровья и работоспособности, плохая защищенность от стрессов, утомления, негативных воздействий окружающей среды у 29 уч-ся (4%). У этих детей явно выражена недооценка собственного здоровья.

Нами проведен мониторинг среди родителей (законных представителей) учащихся Центра образования, позволивший выявить с помощью ранжирования те факторы риска (социально-экономические, экологические, школьные), которые, по их мнению, негативно сказываются на росте, развитии и здоровье детей.

Результаты мониторинга, охватившего 617 родителей показали, что экологические факторы (32,2%) и социально-экономические (32,5%) безусловно влияют на состояние здоровья детей. 35,3% опрошенных негативное влияния, ухудшающее здоровье детей, связывают со школой.

Распределение по шкале исследования физического здоровья

Уровень баллов	Качественная оценка уровня здоровья	Кол-во	
		чел	%
5,0 и выше	Отличный уровень резервов здоровья и работоспособности, близкий к эталону для своего возраста. Поддерживать активный и здоровый образ жизни.	15	3
4,0-4,9	Хорошее функциональное состояние, высокий уровень резервов здоровья и работоспособности надежно защищают от стрессов и негативных воздействий окружающей среды.	110	24
3,0-3,9	Удовлетворительный уровень резервов здоровья и работоспособности. Наличие отдельных «слабых» звеньев в системе жизнеобеспечения требует активизации жизненного стиля.	119	26
2,0-2,9	Неудовлетворительное общее состояние организма, наличие нескольких «слабых» систем жизнеобеспечения ограничивают работоспособность и сказываются на самочувствии.	189	42
1,0-1,9	Низкий уровень резервов здоровья и работоспособности, плохая защищенность от стрессов, утомления, негативных воздействий окружающей среды. Явная недооценка собственного здоровья.	20	4
0,1-0,9	Очень плохое функциональное состояние выраженных адаптационных резервов, высокая утомляемость, низкая работоспособность. Необходимо перестроить отношение к собственному здоровью.	0	0

По результатам мониторинга и практики экспериментальной работы, реализуемой Центре образования № 1446, считаем, что в школьную программу здоровья необходимо включать следующие направления по формированию здорового образа жизни:

1. Сохранение и укрепление физического здоровья школьников (развитие двигательной активности, соблюдение режима работы).
2. Воспитание духовно-нравственных качеств на основе общечеловеческих, гражданских, национальных, культурных ценностей.
3. Развитие эмоционально-ценностных установок на жизнестойкие основы психического здоровья и радости жизни.

Перспективы. Нам предстоит решить несколько задач.

Во-первых, сохранить, поддержать, укрепить тот уровень здоровья, с которым ребенок приходит к нам в образовательное учреждение.

Во-вторых, воспитать у него ценностное отношение к собственному здоровью, обучить его основам здорового образа жизни, чтобы он желал и мог, например, иметь хорошую осанку, спокойный нрав, комфортно себя чувствовать без сигарет и наркотиков.

Это требует от нас не только проведения серьезной санитарно-гигиенической работы, но и развития содержания Программы здоровья. Основное содержание Программы должно быть ориентировано:

- 1) на работу с системой ценностей детей и подростков с опорой на куль-

турные традиции народа и семьи;

2) на формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения;

3) на улучшение физического состояния учащихся, повышающего неспецифическую устойчивость организма к патогенным и неблагоприятным факторам окружающей среды.

Реализация работы данных направлений в Центре образования № 1446 будет по-прежнему осуществляться с учетом результатов мониторинга здоровья, мнений и запросов всех участников учебно-воспитательного процесса. Обобщенные результаты позволят администрации Центра образования «держать руку на пульсе» - знать запросы учащихся, определять проблемы, актуальные для всех участников учебно-воспитательного процесса, находить возможные пути их решения.

Сухих В.Ф., Буторина М.Ю.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ РЕСУРС ЦЕНТРОВ ОБРАЗОВАНИЯ

ГОУ Центр образования № 1490 (Москва).

Актуальность проблемы противодействия наркомании признана на государственном уровне. Однако по итогам мониторинга профилактических программ, реализуемых в образовательной среде, проведенного Центром повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи Минобрнауки РФ, выявлено:

- недостаточность системности организации профилактической работы в образовательной среде, т. е. в профилактическую работу вовлечены не все основные целевые группы (чаще учащиеся, реже родители), и проводится она от случая к случаю или в форме массовых акций и, как правило, в рамках одного образовательного учреждения;

- содержание имеющихся программ преимущественно направлено на информирование о негативных последствиях употребления психоактивных веществ (ПАВ), а в некоторых программах акцент переносится на информацию о наркотических веществах, а это означает, что транслируется неосознаваемая или безответственная реклама наркотических веществ.

Концепция. Инновационная деятельность Центра образования № 1490 связана с разработкой и внедрением в образовательный процесс профилактических программ позитивной направленности, которые минимально освещают информацию, связанную с ПАВ, акцент переносится на получение знаний, умений и навыков нормативного функционирования личности в обществе.

Стратегической целью данной работы является «Укрепление психического и физического здоровья учащихся через формирование навыков самоорганизации и самоуправления». Учитывается также и дифференцированный подход к работе с целевыми группами профилактики. Программы позитивной профилактики охватывают все целевые группы (учащихся, родителей, педагогов, значимого окружения учащегося).

Основное их содержание ориентировано на:

1) работу с системой ценностей культурных традиций народа и семьи;

- 2) формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения;
- 3) улучшение физического состояния учащихся, повышающего неспецифическую устойчивость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды.

Профилактическая работа с основными целевыми группами.

Работа с семьей

С целью развития системы родительского всеобуча по проблемам семейного воспитания и вопросам предупреждения приобщения детей к ПАВ, повышению культуры взаимоотношений в семье в нашем образовательном учреждении создан и функционирует родительский клуб «Контакт». В рамках клуба проходят встречи родителей с педагогами-психологами, обсуждаются проблемные ситуации в воспитании детей и подростков, раскрываются психологические особенности детского и подросткового возраста, осуществляется поиск приемов эффективного взаимодействия в семье. Мы предложили организовать взаимодействие таким образом, чтобы родители смогли ближе общаться с учителями и другими родителями, плотнее ознакомиться со школьной системой. Им предоставлена возможность разобрать непонятные моменты по воспитанию детей и найти верный выход из тяжелой ситуации. Также психологи смогут консультировать любых желающих по различным тематикам, начиная с вопросов доверия и взаимопонимания и заканчивая бытовыми ситуациями.

Повышению психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах позитивного воспитания в немалой степени способствует систематическое проведение тематических родительских собраний по таким темам как:

«Принципы позитивного воспитания»,

«Проблемы семейного воспитания: риски, стратегии, полезные советы»,

«Навыки эффективного общения в семье»,

«Конструктивное решение проблем».

«Воспитание ответственности – воспитание ответственностью».

Методическую помощь в подготовке и проведении такого рода мероприятий оказывают специалисты Федерального центра.

Кроме этого, мы стараемся активно вовлекать родителей в жизнь школы. Недавно в Центре образования № 1490 прошло совместное мероприятие с участием детей и родителей: «Папа, мама, я – дружная семья!», в котором приняли участие семьи пятиклассников. Музыка, участники, жюри, болельщики, интересные конкурсы, плакаты, смех – вот чем заполнился актовый зал в то субботнее утро. Семьи соревновались в том, кто окажется быстрее и сообразительнее. Участники показывали неординарные способности в выполнении заданий, раскрывали новые, порой и необычные, таланты. А болельщики в это время рисовали плакаты и придумывали речевки. Праздник завершился награждением, общей фотографией, совместным чаепитием и интервью.

Вот как ответили участники на вопросы психологов:

Узнали ли вы что-нибудь новое друг о друге?

Елизавета Белова: *Я узнала, какой сильный у меня папа, и что на него всегда можно положиться!*

Нужно ли проводить такого рода мероприятия в школе? Что они вам дают?

Семья Дмитриевых: *Несомненно, нужно! Они сплачивают семью. Кроме того, мы всегда рады случаю вместе весело и нестандартно провести свободное время.*

Незабываемым как для учащихся и педагогов, так и для родителей стал праздник «Хотим сказать спасибо!», который проводился в Центре образования в конце учебного года. На праздник были приглашены ребята, отличившиеся в учебе, ребята-активисты, педагоги и родители. Администрация благодарила родителей за воспитание детей, за активное участие в жизни образовательного учреждения, ребят - за прилежное отношение к учебе и за активную жизненную позицию, педагоги поощрялись грамотами за профессиональные достижения. Награждение сопровождалось выступлениями детей, занятых в кружках дополнительного образования школы. В актовом зале царил необыкновенно теплая атмосфера сотрудничества и единства. Каждый ушел после концерта со своими, очень надеемся, что позитивными впечатлениями: родители новыми глазами взглянули не только на педагогов, но и на своих собственных детей, педагоги повысили свой личностный статус в глазах коллег, родителей и учащихся; ребята получили мощный заряд, стимулирующий мотивацию к учебе и внеурочной деятельности.

Работа с учащимися

Одним из элементов позитивной профилактики в образовательном учреждении мы считаем профориентационную работу с учащимися, направленную на обеспечение благоприятных условий для их самоопределения и успешной социализации после окончания школы. В рамках данной деятельности проводятся такие мероприятия как:

- «День профориентации» - выступления с презентациями различных профессий учащихся 9-х классов (посещающих элективные курсы по профориентации) для учеников 8-х классов;
- Беседы со специалистами и студентами колледжей, ВУЗов по вопросам профориентации;
- Ознакомительные экскурсии в учреждения среднего профессионального и высшего образования в рамках «Дней открытых дверей»;
- Психологические тестирования по вопросам профессионального самоопределения в центре «Ориентир».

Немаловажным является создание условий для вовлечения школьников в активную деятельность по самоорганизации внеурочной деятельности. Начата работа по созданию Ученического Совета:

- определена структура Ученического Совета, разработано положение о Совете,
- проведены школьные мероприятия по инициативе и при активном участии Ученического Совета («Мистер и Мисс Центра образования 2010» среди 5-6 и 7-8 классов).

Развитие у подростков ресурсов личности на основе принципов позитивной профилактики осуществлялось через проведение следующих мероприятий:

- психологическое занятие с элементами тренинга «Я и мой личностный выбор» (9«А» класс)

Цель: актуализация значимости проблемы выбора у подростков.

- Круглый стол для 8–9 классов на тему: «Современное поколение глазами родителей, учителей, учеников».

Цель: выявление проблем учащихся и способов их решения.

- «Лыжня зовет», «Веселые старты», «Тропинка здоровья».

Цель: укрепление физического и психического здоровья учащихся.

- Праздник «Мавраль» подготовленный учащимися 7 класса для учащихся

5 классов.

Цель: развития навыков организации досуга у подростков и навыков деятельности в коллективе.

- Праздник «Посвящение в пятиклассники», подготовленный учащимися 9 классов для пятиклассников.

Цель: развитие навыков организации досуговой деятельности и навыков деятельности в коллективе.

- Праздник «Папа, мама, я – дружная семья»

Цель: активизировать творческую и познавательную деятельность учащихся в их взаимосвязи и взаимодействии с родителями.

- Праздник «День самоуправления»

Цель: создание условий для осуществления интерактивной пробы успешной самореализации подростков.

Работа с педагогами

Формирование системы профилактических мероприятий в образовательном учреждении невозможно без организации команды педагогов-профессионалов. Однако остро стоит проблема мотивации педагогического коллектива заниматься исследовательской экспериментальной и в том числе профилактической работой. Это вызвано во многом тем, что не приходится ожидать быстрого эффекта от долгосрочной воспитательной и образовательной работы. Эта проблема снимается в ходе вовлечения самих педагогов в процесс проектирования своей деятельности, понимание целей и принципов организации профилактической работы. Реализация программ повышения квалификации педагогов и специалистов образовательного учреждения позволяет освоить современные психолого-педагогические технологии работы с различными целевыми группами: учащимися, родителями и значимым окружением учащихся.

Результаты системной профилактики

В рамках экспериментальной деятельности удается решать широкий спектр задач по развитию образовательного учреждения, в частности:

1. Образовательный модуль экспериментальной площадки способствует системной работе по повышению профессионального мастерства педагогических кадров.

2. Разработка приемов раскрытия интересов учащихся, выявления творческих способностей, мотивации успешности в обучении позволяет внедрять современные подходы к проектированию урока, нацеленные на повышение качества образования, здоровьесбережения и воспитания учащихся.

3. В ходе экспериментальной деятельности получило позитивный толчок развитие ученического самоуправления, которое позволит сделать школу главным институтом социализации учащихся.

4. Усилиями психолого-педагогической службы решается вопрос по формированию системы мониторинга и диагностики результатов деятельности образовательного учреждения по всем направлениям.

5. Значительно повысился интерес родителей к деятельности ЦО, есть предпосылки для вовлечения семей учащихся в работу родительского клуба «Контакт», основной задачей которого является помощь родителям в вопросах воспитания их детей.

Почепка И.В., Якунина Е.И.

РАНЖИРОВАНИЕ СФЕРЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ШКОЛЬНИКОВ И КЛАССНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ГОУ Центр образования № 1446 (Москва)

Концепция. Согласно словарю Ожегова «Профилактика – это активный поступательный процесс создания условий и формирования личностных качеств, способствующих развитию личности, ориентированной на здоровый образ жизни». Реализуемая Программа экспериментальной деятельности Центра образования основана на приоритете первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Основными целями первичной профилактики являются:

- изменение ценностного отношения детей и молодежи к наркотикам, формирование личной ответственности за свое поведение;
- сдерживание вовлечения детей и молодежи в прием наркотических средств за счет пропаганды здорового образа жизни, формирования антинаркотических установок и профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений.

Одним из стратегических направлений первичной профилактики является внедрение в образовательной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от «пробы» и приема ПАВ.

При проектировании профилактической работы ключевым понятием является культура здоровья и ее становление в пространстве образования как модели целостного развития человека, что может быть обеспечено при условии пересмотра ценностно-смысловых ориентиров и организационно-технических средств профессиональной педагогической деятельности.

Профилактический проект. На основании вышеизложенного представляется закономерным то, что одним из направлений экспериментальной деятельности в нашем Центре образования стал проект «Формирование компетентности классных руководителей 5-9 классов в вопросах воспитания ценностного отношения к здоровью», разрабатываемый социально-психологической службой школы.

Решаемая проблема. В ходе разработки проекта нами была сформулирована следующая проблема: значительная часть классных руководителей 5-9 классов пренебрегает работой по профилактике употребления ПАВ, поскольку некомпетентна в области первичной профилактики, в вопросах воспитания отношения к здоровью как к ценности. Причиной этого явления следует считать отсутствие доступной информации и методической помощи по вопросам первичной профилактики употребления ПАВ, а также ценностные ориентиры самих педагогов.

Взаимодействие социальных ценностей характеризуется двумя особенностями:

- ценности распределяются по степени их общественной значимости и важности в определенную иерархическую структуру и подразделяются на ценности более или менее высокого порядка и более или менее предпочитаемые;
- отношения между этими ценностями могут быть гармоничными, взаимоподкрепляющими или нейтральными, а иногда даже антагонистическими,

взаимоисключающими.

Цель исследования по проекту. Каковы ценностные ориентации у наших классных руководителей и как они проецируются на систему ценностей учащихся?

Ценностная ориентация - один из важнейших мотивов формирования и реализации жизненных планов людей, выбора профессии, тесно связанный с социальной ориентацией. Поэтому представляется важным рассмотреть ценностные ориентации подростков 11-15 лет, сопоставив их особенности с ценностными ориентациями классных руководителей, как людей, призванных вести воспитательную и профилактическую работу. Педагог не преуспееет в работе по превращению общечеловеческих ценностей в собственные ценности ученика, если он не знает, какие ценности для этого ученика уже стали наиболее значимыми и какие псевдоценности, кажущиеся ученику привлекательными, надо развенчивать. Педагогу нужно строить свои взаимоотношения, свою работу в этом направлении, ориентируясь не на какое-то абстрактное общество, а на то, в котором живет его воспитанник.

Задачи исследования. Нами было проведено мониторинговое исследование ценностных ориентаций классных руководителей и учащихся 5-9 классов ГОУ Центр образования № 1446. При этом решались следующие задачи:

1. Определить систему ценностей классных руководителей и учащихся 5-9 классов.
2. Ранжировать сферу ценностных ориентаций классных руководителей и учащихся 5-9 классов.

В исследовании приняли участие 14 классных руководителей и 258 учащихся от 11 до 15 лет; учитывая многочисленность целевых групп, мы использовали метод анкетирования.

Результаты представлены в таблицах.

Таблица 1.

Ранжирование сферы ценностных ориентаций школьников и классных руководителей.

Группы ценностей	Выбор классных руководителей	Выбор учащихся
Материальные	14 %	0 %
Профессиональные	43 %	10 %
Общечеловеческие	43 %	90 %
Духовные	0 %	0 %

Таблица 2.

Сравнительный анализ ценностных ориентаций классных руководителей и учащихся 5-9 классов.

Класс	Ценности классного руководителя	Ценности учеников класса	Совпадения
5 А	общечеловеческие	общечеловеческие	+
5 Б	общечеловеческие	общечеловеческие	+
6 А	общечел. \ професс.	общечеловеческие	+
6 Б	професс. \ материал.	общечеловеческие	—
6 В	професс. \ материал.	общечеловеческие	—

7 А	общечеловеческие	общечеловеческие	+
7 Б	общечеловеческие	общечеловеческие	+
7 В	профессиональные	общечел.\ рабочие	+
8 А	професс.\ общечел.	общечеловеческие	+
8 Б	профессиональные	общечеловеческие	—
8 В	профессиональные	общечеловеческие	—
9 А	материальные	общечеловеческие	—
9 Б	общечеловеческие	общечеловеческие	+
9 В	профессиональные	общечеловеческие	—

Выводы.

По результатам проведенного следования нами были сделаны следующие выводы:

■ У педагогов преобладают общечеловеческие и профессиональные ценности (по 43% соответственно).

■ Ценностные ориентации классных руководителей зависят от возраста: чем старше педагог, тем выше ценность профессиональных качеств, также с возрастом повышается ценность здоровья (для большинства педагогов в возрасте старше 40 лет это главная ценность), и наоборот, для более молодых классных руководителей (в возрасте до 30 лет) характерен приоритет материальных ценностей .

■ У 90% учащихся преобладают общечеловеческие ценности, при этом в большинстве классов ценность «здоровье» входит в тройку лидеров, а «здоровье» является приоритетной ценностью в классе, где из 19 детей 3 (15%) считаются детьми-инвалидами.

■ Ценностные ориентации учащихся в основном коррелируют с системой ценностей классного руководителя, причем воспитательная работа ведется успешнее там, где больше «точек совпадения» в системах ценностей детей и взрослых.

Рекомендации.

Результаты мониторингового исследования свидетельствуют:

1. Для ведения успешной работы по профилактике девиантного и аддиктивного поведения у детей и подростков классному руководителю необходимо в первую очередь задуматься о собственных жизненных ориентирах, о своем отношении к здоровью. Личностное самоопределение в проблеме – это основной мотив, формирующий ценностную позицию проекта и его нравственные нормы. Лишь осознав существование проблемы, ее важность для развития собственной профессиональной деятельности, можно сделать шаг к профессиональному самоопределению.

2. От компетентности педагогических работников, занимающихся воспитанием, их личностных качеств, профессиональных, организаторских, личностных способностей зависит успешность социализации каждого ребенка, уровень сформированности культуры здоровья каждого ученика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукавая В.К. Содержание и структура ценностных ориентаций рос-

сиян. Ломоносовские чтения 2004 г. Сборник статей студентов. «Россия и социальные изменения в современном мире». Том 2.

2. Волкова О.А. Воспитательная система образовательного учреждения со здоровьесберегающим компонентом: Концепция, Программа, Циклограмма деятельности. – М.: УЦ «Перспектива», 2010.

3. Дускаева А.Г. Социокультурные детерминанты распространения алкоголизма и наркомании в трансформирующемся российском обществе // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2009. - № 3.

4. Зарецкая Л.В. «Обучение через общение» (интерактивные психолого-педагогические технологии в профилактике злоупотребления психоактивными веществами в образовательных учреждениях), учебно-методическое пособие для педагогов и психологов общеобразовательных учреждений. - М., 2004.

5. Зарецкий В.В. Формирование социально-ответственного поведения у детей и молодежи. Профилактика девиантного и аддиктивного среди детей и молодежи в учреждениях высшего, среднего и начального профессионального образования: Учебно-методическое пособие. – М.: АПК и ПРО, 2008.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 16 апреля 2010 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»). Присутствовали 65 человек: психиатры, психологи, дефектологи, педагоги, социологи – члены Ассоциации детских психиатров и психологов, сотрудники НЦПЗ РАМН, кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, МНИИ психиатрии Росздрава, ЦППРиК «Тверской», «На Снежной», МГППУ, «ИГРЫ».

Ведет консилиум кандидат медицинских наук А.А. Северный.

История болезни ребенка представлена детским психиатром доктором медицинских наук, профессором Н.М. Иовчук.

Ребенок С., 27.10.1999 г.р. (10,5 лет)

Из семейного анамнеза:

Приступая к описанию семейно-наследственного фона, сразу же хочу просить прощения у присутствующих за неправильный порядок изложения семейного анамнеза. Полагается начинать с линии отца, по нисходящей. Я же начну с центральной фигуры – матери ребенка, так как, во-первых, ее особенности, очевидно, во многом определяют состояние ребенка, а во-вторых, сведения об остальных родственниках получены с ее слов, крайне субъективны.

Мать ребенка, 50 лет, работает международной фирме. В совершенстве знает несколько иностранных языков, в том числе один редкий. Считает, что росла нелюбимым ребенком в семье, родители любили ее младшую сестру – «умницу и красавицу», а старшая была лишена родительской ласки, заботы. В 16-летнем возрасте по собственной инициативе обратилась к психиатру с жалобами на «навязчивые мысли» и трудности сосредоточения. Не помнит, какие лекарства в это время получала. Училась отлично - в школе и в университете. Всегда была очень работоспособна, усидчива, общительна, имела близких друзей. Окончив ВУЗ, поступила в аспирантуру, но, не окончив ее, уехала за границу и несколько лет работала там. Вернулась в Москву, так как стала чувствовать «недоброжелательность к русским» в той стране. Оставалась продуктивной, неутомимой, успешной. В фирме, где работала, считалась ценным сотрудником. Смогла купить квартиру, машину, дачу. Неоднократно выходила замуж, но «всякий раз неудачно». Сделала несколько аборт. Познакомилась в интернете с отцом нашего обследуемого. Через несколько месяцев, уже будучи беременной, поняла что он совсем не такой, каким казался вначале, замуж за него не вышла, жили врозь, но продолжала с ним встречаться и до сих пор его привлекает к воспитанию ребенка. До 1,5 лет ребенка растила его сама, после чего отдала своим родителям (до 6 лет). Платила своей матери «зарплату» за уход за ребенком. С родителями ссорилась из-за неправильной, с ее точки зрения, тактики воспитания мальчика; особенно серьезную форму конфликт приобрел после того, как родители отобрали у нее купленную на ее деньги дачу и чуть не отобрали квартиру. После смерти матери практически не общается с родственниками. На протяжении последних лет потеряла связь со всеми своими друзьями, обосновывает это особенностями ребенка и крайней загруженностью на работе. Во время наших встреч насторожена, напряжена, тревожна, недоверчива. В то же время абсолютно, даже чрезмерно откровенна. Считает, что унаследовала многие черты матери и бабушки: мстительность, повышенное чувство справедливости и стремление ее восстановить (чего бы это не стоило), чувство

своего морального и умственного превосходства над «подлым» окружением. Легко признается, что всю жизнь страдает «навязчивостями» и «ритуалами». Считает, что нет ничего удивительного в том, что в такой семье родился нездоровый ребенок, по ее словам, было бы удивительно, если бы появился нормальный. По отношению к ребенку проявляет крайне неоднозначные чувства: с одной стороны, чрезмерно критична, даже недоброжелательна; с презрением говорит о его недостатках; порой проявляет что-то похожее на ненависть; с другой стороны, заботлива, четко выполняет все назначения, ищет хороших нянек, подходящую форму обучения, ни за что не хочет госпитализировать ребенка. Каждый раз, приходя на прием, приносит распечатанные на нескольких страницах отчет о поведении мальчика и вопросы о его лечении и воспитании. Очень грамотна, педантична. Не может противостоять требованиям ребенка, покупает ему дорогостоящие игрушки, в том числе и подобные тем, которые он намеренно ломает; терпит его побои, хотя иногда не выдерживает и в гневе может его ударить. «Откупается» подарками, не видя другого выхода, платит ему «зарплату». На протяжении нашего знакомства не раз высказывала удивление, как можно и почему помогать безвозмездно.

Бабка по линии матери умерла 2 года назад от рака. Была педагогом, несколько десятилетий директором школы. Постоянно конфликтовала, писала жалобы, анонимки на администрацию – четыре или пять администраций школ ей удалось снять с должностей. В своих планах «отмщения» прибегала к мистическим силам, в частности, к черной магии, «вуду». С ее оценкой людей мать ребенка в основном согласна, хотя и воспринимает человеческую подлость как объективную данность, с которой бороться бесполезно. Когда бабку все-таки уволили, она убедила мать ребенка, что будет лучшей няней, так что первые несколько лет жизни он находился под ее прямым влиянием.

Схожими чертами обладала и ее мать, **прабабка ребенка**.

Дед по линии матери и тетка по линии матери, «пофигисты», не мстительные, на справедливость им наплевать. Дед «бессовестный», так как отнял у ребенка дачу, им не интересуется, не пытается помочь, полностью переключился на поддержку семьи своей младшей дочери.

Отец ребенка удерживается на работе не больше 2-3 мес., но поддерживает со всеми хорошие отношения, имеет множество полезных знакомств. Часто нигде не работает и, вероятно, довольствуется случайными заработками. О себе очень высокого мнения, «всегда прав». Внешне спокойный, доброжелательный, неторопливый, но его невозможно ни в чем переубедить. Не всегда умеет найти общий язык с ребенком, часто с ним ссорится. После очередного скандала с мальчиком не приходит по несколько месяцев. Не считает ребенка больным. Уверен, что поведение мальчика полностью обусловлено неправильным отношением к нему матери, попустительством.

Бабка и дед по линии отца – научные работники, мальчиком не интересуются.

Личный анамнез:

Единственный ребенок и у матери, и у отца. Беременность далеко не первая, но первые роды. Беременность переносила легко. Помещена в роддом заранее, поскольку ей было больше 40 лет и она чрезмерно прибавила в весе. После 7-дневного пребывания в роддоме признаков родов не было, проведена стимуляция, роды стремительные (1,5 часа), и мама даже не заметила, как ребенок родился. Вес 3400 г, длина 51 см, 7-8 баллов по шкале Апгар. На второй день мальчика

положили под капельницу, где он провел около суток. Выписаны на 5-й день.

Первую неделю ребенок был спокойным, хорошо спал. Однако вскоре стал кричать и худеть. Оказалось, что он недоедает. После введения прикорма вес нормализовался, стал спокойнее. В возрасте двух месяцев заболел ОРВИ с высокой температурой, пришлось вводить антибиотики. Через неделю выздоровел, но стал постоянно кричать, засыпал только на руках и ненадолго. Лучше спать стал только к году. Первые зубы прорезались в 3-месячном возрасте, пополз в 6 месяцев, встал в 9 месяцев, а пошел около 1 года. Как только стал ползать, проявил чрезмерную активность, лез всюду: в холодильник, стиральную машину, шкафы, все хватал, вытаскивал. Разговаривать начал позже, между 1,5 и 2 годами. Сразу заговорил предложениями и проявлял, по словам матери, большую сообразительность.

Мать вышла на работу, когда ребенку было 1,5 года, и мальчик с 1,5 до 6 лет жил в доме бабушки и деда. Несмотря на то что мать жила в другой квартире в том же доме, в связи с интенсивной работой видела его крайне редко: вечерами (вероятно, не всегда), по выходным и во время короткого отпуска. Данные об этих годах крайне расплывчаты. Известно, что он хорошо развивался, но был непослушным, неуправляемым, убегал от взрослых в незнакомых местах, при любом неудовольствии «наказывал» вещи (бил их), мог ударить мать, не желал читать и т. д. Однако, бабушка и дед не жаловались на поведение ребенка, утверждая, что «мальчики все такие», а мать не умеет с ним обращаться. Благодаря уговорам своих родителей мать решила не отдавать ребенка в детский сад.

Когда мальчику исполнилось 5 лет, обстановка в доме, где он проживал, резко ухудшилась. Скандалы между матерью и ее родителями происходили в основном в присутствии ребенка. Кроме того, имел место сильный испуг: в лесу на ребенка прыгнула собака, задела голову. По словам ребенка, «потерял сознание». Именно в это время (в 5-летнем возрасте) у него появился первый «тик» – периодические, резкие повороты головы и корпуса влево. По назначению невролога получал фенибут и пантогам. Через 3 месяца ситуация в доме улучшилась, и тик у ребенка исчез. Между тем стал более беспокойным, раздражительным, агрессивным. Частного логопеда ударил и выгнал из дома.

Когда встал вопрос о школе, мать осознала, что ребенок привык ложиться спать в 2 часа ночи и вставать не раньше 12 дня (по режиму бабушки) и совершенно никого не слушается. Было решено обучать его в условиях экстерната и за год восстановить режим. К ребенку ходили частные учителя. Он легко освоил программу и успешно прошел тест за первый класс. Мальчик хорошо рисовал, и его – при огромном конкурсе – приняли в художественную студию при Третьяковской галерее. Однако на третьем занятии он плюнул в учительницу. Ему предложили другую группу, но он не желал делать то, что все, а рисовал что-то свое, поэтому через полгода мать забрала его из студии.

Весной, когда мальчику было уже 7 лет, мать забрала его от своих родителей, с ним сидел отец. За весну папа без труда с ним справлялся, приучил рано вставать, записал в обычную школу, так что ребенок успел поучиться немного в первом классе. В результате конфликта родителей папа уехал, а ребенок снова перебрался к бабушке. Первую четверть 2-го класса мальчик учился и вел себя в школе хорошо, получал пятерки, имел двух друзей.

Во второй четверти (ноябрь 2007 г., мальчику исполнилось 8 лет) произошел перелом: сначала снова возникли повороты головы влево, потом ухудшились оценки, перестал делать уроки, перестал ходить в школу. Стал конфликто-

вать с одноклассниками, в том числе с друзьями. В феврале 2008 г. (8,5 лет) ситуация резко ухудшилась: вдруг стал требовать вернуть кресло, которое мать выбросила год назад, а если не вернет, грозил прыгнуть в окно. Многократно вставал на скользкий карниз на 7 этаже. Мать забила окна гвоздями, но он вырвал гвозди и снова раскрыл окно. Не мог смотреть на ногти людей, копыта животных и на угол стола (на угол надо было что-то класть, а ногти прикрывать). В это время совсем перестал ходить в школу и делать уроки.

В Институте коррекционной педагогики мать была расстроена озвученным диагнозом («шизотипическое расстройство») и предложением поместить мальчика в стационар для подбора терапии. Был выписан rispoleпт в минимальных дозах. От стационарирования мать отказалась, но начала консультировать ребенка у других специалистов, высказывавших различные мнения. Между тем состояние ребенка продолжало ухудшаться: он буянил, дрался, отказывался ходить на некоторые уроки (например, на рисование), дрался с друзьями, требовал покупать игрушки, иначе угрожал броситься под машину – выходил на дорогу и стоял на проезжей части.

После смерти бабушки мать наняла няню. Гуляя с няней, мальчик нашел много приятелей на площадке, но дружба ни с кем не продолжалась долго. Он выдвигал непомерные требования, не слушался, требовал играть только по своим правилам, ссорился с детьми. Настроение менялось: значительно спокойнее и веселее становился в начале каникул и при покупке очередной игрушки. После назначения rispoleпта исчезли требования вернуть старое кресло, но поведение и тики оставались прежними. По назначению невропатолога получал феназепам, соннапакс, rispoleпт, но состояние не улучшилось. Летом, во время отдыха с матерью в Евпатории, был очень беспокойным, агрессивным. Отбирал у детей игрушки, затапывал их в песок, ссорился, дрался, так что играть мог только с матерью.

В начале третьего класса (осень 2008 г., 9 лет) стало очевидно, что ребенок учиться в обычной школе не может, так как он вел себя неадекватно, и мать перевела его частную школу. С няней подрался, и она ушла. Посещал школу с трудом, требовал покупать игрушки, иногда отказывался идти, но в основном удавалось его уговорить. Сначала получал «5», а потом постепенно успеваемость снизилась до «3» и «4». Стал отказываться от приготовления домашних заданий. В связи с переломом обеих рук (случайная травма) занимался дома с учительницей. Непрерывно с ней конфликтовал. После того как учительница отобрала у него телефон, грозил ей, что сломает гипс. Был постоянно в плохом настроении. Кричал, что хочет умереть, или просил дать ему отраву. Объяснял, что в жизни только одни неприятности, прежде всего – школа. Для того чтобы исправилось настроение, требовал: не ходить в школу, чтобы мать была с ним дома, купить новую игрушку, чтобы она не сломалась, несмотря на все его манипуляции. Считал, что все его должны слушаться. Если не нравились учительница и школа, требовал, чтобы ему нашли (купили, наняли) другую. Не слышал замечаний, просьб. Хотел только играть, требовал покупок игрушек ежедневно. Стал считать, сколько мать зарабатывает денег, и требовал не меньше 1000 руб. в день. Увлечен коллекционированием автоматов – развешивал, усовершенствовал. В основном не играл в купленные игрушки. Непрерывно звонил матери на работу с истошными криками по поводу поломки очередной игрушки или «плохих» няни или учительницы. После покупки игрушки некоторое время успокаивался и хорошо себя вел, но после обнаружения недостатков игрушки

снова злился, кричал, угрожал выброситься в окно. Если мать отказывалась купить игрушку, бил мать кулаками, стрелял в нее пулями из игрушечного ружья, мочился и испражнялся на ковер, становился на карниз и угрожал самоубийством. Перестал интересоваться развлечениями, не хотел никуда ходить: ни в театр, ни в музеи, ни на дальние прогулки.

В это время (8 лет 11 мес.) обратились за консультацией психиатра в «ИГРУ». Впервые осмотрен 16.09.2008 г.

На приеме: Выглядит моложе своего возраста. Грацильный, нежное лицо. Мимика бедная, при этом отмечаются театральность, жеманство. Настроение снижено. Говорит, что покупка игрушек – утешение, настроение плохое, так как не уверен в любви матери. Не хотел умереть, когда становился на карниз, это делалось для того, чтобы добиться новой игрушки. Не читает, не хочет учиться, не любит ходить в театры, кино, музеи. Лучше сидеть дома и играть в новые игрушки.

Было назначено: азафен - по 12,5 мг утром и днем и 25 мг на ночь и rispолепт 1 мг утром и 0,5 мг вечером.

Через неделю мать обратилась снова в связи с ухудшением состояния ребенка. Появились еще более выраженные возбуждение, агрессия, побил няню, по-прежнему требует денег, игрушек. Лечение изменено: rispолепт 1,5 мг в сутки, неулептил 2 капли 3 раза (6 мг), сонапакс 10мг 3 раза.

31.10. 2008 г. на приеме отмечено изменение состояния: стал очень многоречив, говорит быстро, речь смазанная, малопонятная. Отсутствуют критика, дистанция. Непрерывно делает самолетики из бумаги, при этом невозможно обратить его внимание на другие темы. Лицо застывшее. О матери говорит холодно, даже враждебно. Учиться не хочет, хотя и говорит, что ему все легко. Просто надо, чтобы мать перевела его в другую школу. Просит дать ему лекарство, « чтобы не бояться играть в компьютерную игру (полицейские)». Оставлено то же лечение.

Состояние значительно улучшилось зимой. В течение нескольких месяцев ходил в школу. Учится почти отлично. Реже требовал покупок, меньше скандалил. Стал спокойнее, веселее, было можно уговорить. Речь оставалась смазанной, малопонятной. Был увлечен оригами, этим занимался почти все свободное время. Настроение оставалось приподнятым. Редко при замечаниях, запретах – возбуждение с ругательствами и агрессией. Не отличал живого от неживого, легко причинял физическую боль и не раскаивался. С детьми общался неумело, по-прежнему требовал первенства и своих правил в играх, близких приятелей и друзей в классе не появилось.

В этот период был отменен неулептил, а потом и сонапакс. Введен фенибут.

Весной 2009 г. появились своеобразные движения головой: резкие повороты головы и глаз влево, а иногда дрожание головой, похожее на тремор. Мог прекратить эти движения в соответствии с ситуацией и, вероятно, их усилить. Не желал оставаться дома один даже на 10 мин. Не мог играть один, требовал, чтобы с ним играли или постоянно находились рядом. В июне движения усилились, их диапазон расширился: кривил рот влево, дергал левым плечом, выворачивал голову влево, закатывал глаза влево. Причем эти движения стали почти непрерывными, хотя и мог их задержать по просьбе на 15-20 сек. Кроме того появились подергивания рукой, ногой, всем телом во сне.

21.06. 2009 г. во время приема, на фоне грубых и очень частых движений указанного типа впервые сказал о «мешалке в мыслях». Объяснил это таким образом: ему трудно сосредоточиться из-за того, что он хочет думать об одном, а получается думать о другом, о чем он думать не хочет. Свои движения расцени-

вал как «вредные привычки», связанные с «мешалкой». Это явление он описывал в дальнейшем матери как «помешательство мыслей». Называл это явление «оно» и сам (по его словам) его «олицетворял» в виде врага – разноцветного прямоугольника. Когда «мешалка» его «достаёт», то есть мешает сосредоточиться, он мысленно ему «наподдаёт» и «оно» может отступить. В этот период наряду с rispолептом были назначены этаперазин (малые дозы) и сонапакс. «Тики» стали меньше, но отметились ухудшение настроения: стал много плакать, расстраиваться из-за мелочей, бился головой о стену, если проигрывал в какой-то игре, без конца звонил матери на работу с криками и жалобами, что папа его обижает или что-то из игрушек сломалось. Снова грозил выпрыгнуть из окна.

С осени 2009 г. был переведен в другую частную школу. Ходил очень неохотно, с уговорами и обещаниями, но покупок не требовал. Выглядел грустным, печальным. Говорил, что иногда «все пропадает» - желания, мысли, не хочет учиться. Описанных выше движений стало меньше, только сохранились вздрагивания во сне. Между тем появились еще более сложные и вычурные движения: резко отводил напряженную левую руку со скрюченной особым образом кистью в сторону, при этом поворачивал так же резко влево голову, что производило впечатление «оглядывания», и смотрел на ладонь. Говорил, что он не может этого не делать, но не мог объяснить почему. Отмечал, что это мешает ему учиться, очень долго выполнял задания дома, перестал в школе писать, поскольку во время письма «тики», по его мнению, усиливались. С ноября 2009 г. принимал rispолепт 1 мг 2 раза в день, этаперазин 2мг 2 раза и паксил по 7,5 мг 2 раза, а потом тералиджен (до 15 мг в сутки).

Зимой стереотипные движения еще больше усилились, появилось также еще больше навязчивостей другого плана: непереносимость определенных этажей (6-го и 8-го), определенные требования к поездкам в школу и режимным моментам. В школе все пятерки, но ничего не хочет делать. Выторговывал каждую фразу при приготовлении уроков дома, а в школе по-прежнему ничего не писал. Был агрессивным, если заставляли делать уроки, мог ударить мать. Все время жалобы на плохое настроение: «Скучно». Все время требовал, чтобы отец или мать смотрели, как он собирает лего. С классом – скандал, жаловался, что мальчики обижают, агрессивны, оскорбляют.

В марте, кроме rispолепта, стал принимать мидокалм – 150 мг в сутки. Сделана также попытка замены паксила на леривон, но в начале каникул, совпавших со сменой лекарств, - резкое возбуждение, «истерики», дрался, нецензурно бранился. После возобновления паксила стало несколько лучше, но настроение резко менялось в течение дня. После каникул учился на пятерки. Жалоб в школе не было вообще. Отмечались эпизоды возбуждения с агрессией по отношению к матери и аутоагрессией.

На приеме 3.04.2010 г.: очень похудел, амимичен, речь быстрая, невнятная. Нет вычурных движений рукой, но при этом, жалуясь на свое состояние, говорит: «Тики, тики!». Несколько раз отмечался резкий поворот головы влево. Настроение было хорошим, но с мамой ссорился. Она все время делает замечания, кричит, раздражается. «У меня будет хорошее настроение, если у нее будет хорошее настроение». «Мешалку», или «вмешательство мыслей», пытается объяснить, рисует. Пытается представить одну картинку, а появляется другая. «Я кодирую картинки», например, тики (рисует), а появляется (рисует) другая. Рассуждает, что надо менять школу, – дорого. Называет другую школу, в три раза дешевле, но тогда придется повторить 4-й класс. В конце приема просит

сделать так, чтобы «у мамы было всегда хорошее настроение» и чтобы «папа не трещал, а то он говорит и говорит без конца».

Получает: паксил 15 мг 2 раза; rispолепт 1мг 2раза; сонатакс 50мг в сутки; мидокалм 150 мг в сутки.

Консилиум оказался под угрозой, так как в прошлое воскресенье был тяжелый эпизод возбуждения в ответ на папины действия: орал, ругался матом, бил обоих родителей, бросился на мать с ножницами, выбросил кинокамеру, которую долго просил купить. Успокоился после ухода отца. Подобный эпизод повторился и в это воскресенье: избивал мать, нецензурно бранился, портил вещи и т. п.

А.А. Северный: Есть ли вопросы к Нине Михайловны по анамнезу?

Доктор психол. наук, профессор Е.О. Смирнова: Есть ли сведения о том, как и какими игрушками мальчик играл?

Н.М. Иовчук: До определенного времени (до 5 лет) сведений вообще мало. Как будто играл обычными игрушками, занимался книгами. В последние годы в основном играет в автоматы, трансформеров, роботов, баздуганов, пока их не сломает – случайно или намеренно (в гневе).

Канд. мед. наук Г.В. Скобло: В школе, действительно, нет замечаний?

Н.М. Иовчук: Никаких претензий в отношении ребенка маме не высказывается, но надо учесть все же, что школа стоит 90 тыс. рублей в месяц, класс маленький, а к ребенку применяется по существу индивидуальный подход.

А.А. Северный: Теперь перейдем к исследованиям, сделанным другими специалистами.

Консультация психолога И.В. Шицеваловой (ЦППРиК «На Снежной»)

При обследовании: вошел в кабинет с большой коробкой лего. Общается охотно, глазного контакта не избегает. Мимика практически отсутствует. Соблюдает правильную социальную дистанцию в отношениях с психологом. Настроение сниженное, тревожен, многоречив, говорит очень быстро. Голос тихий. Речь взрослая, временами малопонятная. Высказывания часто противоречивые, нелогичные. Эмоциональность и интонирование высказываний снижены. Двигательно расторможен – шаркает ногами, крутится на стуле, много лишних движений руками. Темп деятельности в целом достаточный. Эмоциональной реакции на успех или неудачу не проявляет, но от выполнения заданий не отказывается.

Рассказывает об одноклассниках, своем настроении, интересах, фантазиях. Так говорит об одноклассниках: «Все такие странные. У них не все в порядке с головой. То дружат, то пакости делают. Считают меня отбросом, а себя крутыми. Общаются, как с чем-то ненужным, что нужно выбросить. Друзья были в другой школе, сейчас с ними не видимся». Конструирует, играет в PSP, смотрит телевизор, увлекается оригами. О своем состоянии говорит так: «У меня депрессия и тик. Депрессия – настроение нехорошее. Думал, просто плохое настроение, а мама сказала – депрессия. Радостным бываю, когда лего покупают, как этот набор за 3 тыс. рублей. Еще радостным бываю по выходным – очень-очень радостным. В школе настроение нерадостное, очень нерадостное. Писать с тиком тяжело». Охотно говорит о своих фантазиях: «Люблю монстров и инопланетян – умных, гуманоидных, а не тупых зеленых человечков». Темы фантазирования: инопланетные существа: некоторые животные, некоторые гуманоиды. «Уплываю в сознание с открытыми глазами и вижу мысли - картинки в движении, а не дорогу». Придумал компьютерную игру про себя: «С неба упал

метеорит – на меня, а в нем кристалл с силой короля кошек, который поддерживает космическое равновесие. Я стану сильным и смогу превращаться в мускулистого гуманоидного кота и буду воевать со злодеями. Будут 3 диска игр. Король-кальмар, королева-летучая мышь, король орлов, соколов, кондоров. Кристаллы попали на Землю от небольшого нарушения космического равновесия. Вселенная создала, чтобы кто-то ими овладел и восстановил космическое равновесие. Это – начало всех игр». Говорит, что началось фантазирование, когда был маленький, лет 5-6. Придумал и потом продолжал развивать. Сначала придумал сюжет, потом стал воображать в движении, как компьютерная игра – в голове, с картинками, как фильм. Он сам появился в голове, но долго не может его в голове держать: «мешалка» перебивает, меняет мысли.

При выполнении «Пиктограммы» ассоциации, как правило, неадекватны, не специфичны для данных понятий, переусложнены, вычурны. Абстрактные рисунки отсутствуют. Мальчик говорит: «Рисунок сам подбирается, по-другому я не запомню». «Болельщик» – «Торчат голые части тела – это фон. Из них Б – «больной». «Тяжелая работа» – «Б, потому что тяжелая, машина – у мамы такая была, а мама ходит на тяжелую работу». «Строгая учительница» – «Тамара Николаевна. Я не смогу ее нарисовать». «Печаль» – «Острые – это больно. Круг кривой, как бы грусть». «Вина» – «Тетка, платье красное свисает. Она у окна стоит и на мальчика пальцем показывает». «Разлука» – «Протяжное красное и повеселее – юбки у них такие. Две тетки расходятся в красных платьях».

Уровень доступных обобщений при выполнении задания «4-й лишний» соответствует возрасту. Помощь принимает. Ошибки исправляет. На неправильных ответах не настаивает. «Классификация» также затруднений не вызвала. Случаев актуализации латентных признаков при выполнении этих заданий не наблюдалось. Работает целенаправленно, продуктивно.

Таким образом, на основании результатов психологического обследования следует выделить продолжающееся на протяжении многих лет образное фантазирование с визуализацией представлений (как произвольного, так и произвольного характера) – стойкое, причудливое по содержанию, оторванное от реальности, имеющее аутистический характер. Мыслительный процесс – с элементами рассуждательства, своеобразия, вычурности. Следует отметить неравномерность и дисгармоничность развития ребенка в целом: интеллектуальной, эмоциональной, мотивационно-волевой сфер, поведения; высокого интеллекта и большого запаса знаний с незрелостью игр и увлечений, которые на протяжении длительного времени практически не видоизменяются, не развиваются. Эмоционально-личностная сфера характеризуется повышенной тревожностью, преобладанием сниженного настроения. Нарастают интровертированность, эмоциональная дефицитарность. Испытывает выраженные трудности в межличностных контактах, вероятно, из-за отсутствия синтонности, недостаточной аффективной регуляции поведения. Отмечается неудовлетворенность семейными взаимоотношениями.

ЭЭГ-исследование (от 16.06.2009 г.), проведено канд. мед. наук В.В. Грачевым:

ЭЭГ дезорганизована, медленные волны в умеренном количестве наблюдаются во всех отведениях с некоторым акцентом в проекции лобных и центральных зон коры головного мозга. Индекс бета-активности заметно увеличен во всех отведениях с акцентом в лобных, центральных и передневисочных, где

бета-колебания образуют кратковременные вспышки с акцентом то по левому, то по правому полушарию. В затылочных отведениях доминирует слабоорганизованный высокоамплитудный альфа-ритм, в структуре которого преобладают колебания частотой 10-10,5 Гц. Вершины альфа-волн заострены, фрагменты альфа-ритма перемежаются умеренным количеством медленных волн и участками низкоамплитудной поличастотной активности. Роландический ритм выражен слабо, в теменных отведениях регистрируются лишь непродолжительные периоды ритмических колебаний частотой 9,5 Гц. В течение записи отмечаются повторяющиеся билатеральные вспышки тета-колебаний с амплитудным тах. чаще в лобных, реже в теменных и центральных отведениях.

Прерывистая Ф.С. вызывает реакцию усвоения ритма на частотах 10-12 Гц. HV-проба приводит к значительному усилению дезорганизации ЭЭГ, нарастанию индекса медленных волн и пароксизмальных проявлений. С середины первой минуты пробы в записи начинают доминировать генерализованные разряды высокоамплитудных медленных волн с акцентом в лобно-центральных отведениях, а затылочный альфа-ритм замещается ритмической тета-активностью. После окончания пробы в ЭЭГ длительно сохраняются изменения фоновых параметров.

Заключение: В ЭЭГ на фоне мягких изменений по органическому типу выявляются регуляторные нарушения, отражающие недостаточность тормозных систем мозга и выраженную ирритацию подкорковых структур, в первую очередь лимбических и дизэнцефальных. Выявляются также признаки некоторой функциональной незрелости коры головного мозга со слабостью функционального состояния лобных долей и недостаточностью их контролирующих влияний. Очаговых проявлений и эпилептической активности не зарегистрировано.

А.А. Северный: Спасибо. Если пока нет вопросов, пригласим на беседу мать и отца ребенка.

Н.М. Иовчук: Беседовать с родителями, учитывая их разногласия, стоит отдельно.

Беседа с матерью ребенка:

А.А. Северный: Что Вас больше всего беспокоит в вашем ребенке?

Мать: Его неуправляемость по отношению ко мне. Он старается вымогать из меня деньги, всеми способами добивается того, чего он хочет.

А.А. Северный: При этом учится хорошо?

Мать: Да, но только благодаря хорошей памяти и индивидуальным занятиям, нет ни одной «3» за 2 года.

А.А. Северный: Значит, у него проблемы только с Вами?

Мать: Нет, я так не считаю. Он может придти в класс и лежать на диване, в школе не пишет, ссылаясь на тик, ссорится с детьми, пытается подчинить себе учителей.

А.А. Северный: У него действительно тик?

Мать: Да.

А.А. Северный: Еще какие расстройства Вы замечали?

Мать: Двигательные расстройства - как будто гиперактивность, но он может сидеть спокойно, если чем-то занят; несамостоятельность, неприспособленность. Он, например, требует, чтобы я его одевала, хотя прекрасно может это делать сам.

А.А. Северный: Его отношение к Вам соотносится с каким возрастом?

Мать: Года 2 или 3.

А.А. Северный: Еще что бывает?

Мать: Постоянно плохое настроение.

А.А. Северный: Оно видно, пока он этого не сказал?

Мать: Он начинает стонать, иногда биться головой.

А.А. Северный: Всегда понятна причина такого плохого настроения?

Мать: В основном они объяснимы – например, завтра надо идти в школу.

Иногда он играет, потом начинает стонать.

А.А. Северный: Когда он бывает агрессивным, что может его успокоить?

Мать: Я плохо сопротивляюсь. Я завожусь, моя встречная агрессия его заводит. Потом я не обращаю на него внимания, и он успокаивается.

А.А. Северный: Кто первый выходит из себя?

Мать: И так, и так. Я много работаю, он виснет на мне, спрятаться от него некуда.

А.А. Северный: Раздражает?

Мать: Даже работа в радость, потому, что я могу спрятаться от него.

А.А. Северный: Был период, когда все было более или менее хорошо?

Мать: Был после обращения к Нине Михайловне. С ним сидел папа. Сейчас это делает няня. Все эмоции выплескиваются на меня. Кроме того, он принимал неуплетил.

А.А. Северный: А почему отменили?

Мать: Поведение улучшилось. Ухудшение началось с начала учебного года. В этом году не хочет делать уроки. Он очень переживает, что у него нет друзей.

А.А. Северный: Он говорил, что в школе к нему плохое отношение?

Мать: Плохое. К нему агрессивно относятся.

А.А. Северный: Как Вы считаете, характер мальчика меняется в течение жизни?

Мать: Характер - нет, он сильный, мстительный, эгоистичный. Меняется внутреннее состояние – либо более сдержанный, либо более распушенный.

А.А. Северный: В благоприятный период это был ребенок, которого Вы помните с раннего детства?

Мать: Он был лучше, чем сейчас. Он увлекался оригами, был занят, доволен, перестал требовать бесконечных дорогостоящих покупок.

А.А. Северный: Он Вас любит?

Мать: Он очень ко мне привязан.

А.А. Северный: Вы ощущаете его привязанность?

Мать: Он клянется.

А.А. Северный: А раньше, когда был маленьким?

Мать: Нет, не помню особой любви, в которой я бы не сомневалась.

А.А. Северный: Он сказал, что предполагается переход в другую школу. Это так? Он поменял 2 школы.

Мать: Это моя настойчивость, потому что в школе не могут обеспечить его безопасность, потому что еда несъедобная. Давали только чай и хлеб. Но учительница, надо признать, хорошая.

А.А. Северный: Вы наказывали его?

Мать: Никогда. Я могла наброситься на него с кулаками, а хладнокровно – нет. У меня постоянно смешанное чувство.

А.А. Северный: Может он приласкаться?

Мать: Очень редко. Сразу начинает вымогать.

А.А. Северный: Была ли между вами эмоциональная ниточка?

Мать: Никогда не было такого ощущения. Он воспитан в таких условиях,

что по-другому это невозможно.

Г.В. Скобло: В хорошем состоянии навязчивые состояния исчезли?

Мать: Да.

Г.В. Скобло: У него бывает чувство жалости?

Мать: Он может жалеть все что угодно, а иногда в кино увидеть что-то и рыдать.

Г.В. Скобло: Рассказывает ли он вам о своих фантазиях?

Мать: Возможно, и делился, но я не поняла, что это фантазии.

Г.В. Скобло: Как он контактирует со сверстниками?

Мать: У него бывает друг, но это долго не продолжается и часто через 1,5 – 2 месяца переходит в открытую вражду.

Г.В. Скобло: Что он делает один?

Мать: Играет в PSP, смотрит телевизор, убивает время. Смотрит очень избирательно крутые каналы.

В.В. Грачев: Я его видел 3-го апреля. Он изменился?

Мать: Сейчас получше после возвращения неулептила, но все же возбужден.

Доктор психол. наук, профессор В.С. Собкин: Он читает?

Мать: Никогда. Если долго уговаривать, может читать энциклопедии, хрестоматии.

В.С. Собкин: А Вы не пробовали ему читать?

Мать: Ему это совсем не интересно.

В.С. Собкин: Что ему интересно?

Мать: Приобретения. Например, видеокамера, но он играл в нее 3 дня, а потом разбил.

А.А. Северный: Он похож на отца?

Мать: Да, копия, но папа как-то все-таки приспособился в жизни со всеми своими качествами.

Беседа с отцом ребенка:

А.А. Северный: Вы считаете, что мальчик здоров?

Отец: Абсолютно здоров. Парень совершенно дикий, был изолирован от детей. Привык творить все, что хочет. Очень сильные эмоции – он же скорпион. По первому свистку мама ему все приносит.

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

Отец: Очень привязан, как и я. Но мама может и меня вывести из равновесия за секунду. Привязанность есть, но они совершенно не совместимы.

А.А. Северный: Он 2 года лечится у Нины Михайловны. Вы считаете он здоров?

Отец: У него бывают приступы депрессии. Я тоже бываю в депрессии. Я знаю, как с этим справляться. Он не занимается спортом.

А.А. Северный: Депрессия – это болезнь?

Отец: Это состояние.

А.А. Северный: У Вас есть вопросы?

Отец: Возможно, у людей с развитым интеллектом, как у моего сына, есть выплески, отклонения.

А.А. Северный: Управляет он Вами?

Отец: Нет. Он мой клон, но иногда бывают конфликты.

Психический статус ребенка во время консилиума

Легко вошел в зал, полный людей. На вопросы отвечает без смущения, почти не обращая внимания на окружающих. В отличие от предыдущего приема, речь

четкая, громкая, не смазанная. Смотрит только в зал, а на собеседника – только по его просьбе. Во время беседы отмечается жеманство, много улыбается. Почти постоянно ощупывает или поглаживает лицо, ковыряет под носом. Признается, что у него полно лишних движений, не совершать их очень трудно, можно прекратить, но ненадолго. Ощущение, что что-то чешется, тогда необходимо совершить определенное движение или посмотреть на мизинец левой руки или посмотреть под стол в определенное место. Это «навязчивости» – так мама сказала. Они возникают сами по себе, никто не заставляет. Ничего чужого, постороннего не видит и не слышит в голове. Нередко отмечаются трудно объяснимые состояния, когда чувствует (не видит, не слышит), что что-то происходит: например, он сидит в своей комнате, а мама волнуется, появляется чувство, что она снова скандалит. Среди неприятных ощущений отмечает «блокировку мыслей», когда все пропадает из головы секунд на 10, при этом нельзя думать о том, что хочется. Бывает еще и «мешалка мыслей», но о ней очень долго – часа 2 – надо рассказывать. На вопрос, что такое «мешалка» отвечает: «Хочу картинку. Воображаю, представляю. Бац!!! Появляется другая, которую я не хочу. Это – мешательство в мыслях, как будто я сам назло это делаю». Уверен, что у всех людей «мешалка» есть. Всегда мысли в зашифровки заключает. Вместо того чтобы проговаривать про себя какую-то мысль, представляет себе картинку. К примеру, мысль «тик» сама зашифровывается в картинку. Бац! И высказывает картинка не цветная – мысль в виде картинки, которая ничего не изображает. Каждая мысль – картинка. Если он хочет о чем-то подумать, появляется картинка, которая может держаться 0,5 сек., но «мешалка» меняет картинку. Например, картинка этой комнаты, вдруг бац! – станция метро Беляево. Картинка «фильм» 0,5 сек. – бац! – в голове край стола с документами. Мешалка делает что-то, чего он не хочет. Навязчивости могут быть зависимы от мешалки. Он назло себе меняет картинку и так же назло делает себе тик. «Само так делается, что я сам назло себе так делаю – картинки, тик, навязчивые движения. Мой организм мне назло это делает». Не хочет делать движения, а мешалка заставляет делать навязчивые движения. Если фантазирует про компьютерные игры, то звуки – музыка, голоса, как в обычной компьютерной игре. Все цветное. Может видеть с открытыми и с закрытыми глазами в любое время дня. Иногда, если он чем-то увлечен (например, легио), забывает об этом – о мыслях, (т. е. он думает, а не мыслит и не воображает). «Сейчас мыслю и воображаю – картинки-шифровки. Зашифрованное слово «мыслить» – лимонный фон, на нем жирным шрифтом печатными буквами НОЦ. Не знаю, что означает, так зашифровано». Может петь внутри головы. Много наглых людей вокруг – в голове злость кипит, и он представляет, будто их в узел завязывает, надувает, как шарик, и они лопаются. Как фильм видит. Когда увлечен, без звука, а иногда со звуком: «вжить!», «пок!».

Свое настроение определяет как «плохое», но говорит об этом легко, с улыбкой. Настроение плохое, потому что у него нет друзей, один приятель остался и тот, вероятно, ненадолго. Остальные дети из класса – враги. Один из них (бывший друг) руку ему вывихнул. Дети относятся к нему, как к отбросам каким-то. Они никогда не говорили ему об этом. Но он чувствует, что они объединились, составили общее мнение. Не хотят играть, дружить. Но теперь ему «все равно» – привык.

Расстраивает также, что мама платит ему всего 7 тыс. рублей (за уроки, отметки, за то, что иногда сидит один дома), а ему хотелось бы 15 тыс. Правда папа приплачивает еще 1 тысячу. Обещал 3 тысячи – за «уход за мамой», т. е. за то, чтобы он мог ее успокоить, проявить самостоятельность, помочь по хозяй-

ству. Но и этого мало, так как ему много надо новых игрушек, в том числе огромное лего – «Имперский шагоход».

Плохое настроение и неприятные ощущения типа «ерзания» появляются также, когда кого-то жалко. Похожие ощущения ерзания возникают и при навязчивостях, но не в руках, а в голове. Похожее на «жалостливое» ощущение появляется, когда маме плохо. Тогда и ему плохо, и снова что-то ерзает в голове. Тогда он валяется по кровати и стонет. Плохо становится, когда дерется, ругается. Это происходит только дома – с мамой, реже, с папой. Тогда чувствует, как в голове «кипит злоба», а во всем теле ощущает ерзание.

Во время беседы один раз вдруг не ответил на вопрос, при этом мимика, поза оставались прежними. Через 30-40 секунд сказал: «Вы что-то спросили?»

Готов принимать лекарства, чтобы исчезли «тики», «мешалка» и стало хорошим настроение. Понимает, что для этого надо перейти в какую-то другую, хорошую школу.

А.А. Северный: Спасибо. Пожалуйста, вы можете задать еще вопросы мальчику.

В.В. Грачев: Бывает ли тебе страшно?

Мальчик: Да, боюсь ночью своего отражения в зеркале, теней, боюсь превратиться в бритоголового. Очень страшно, когда ночью видит тень, она белая, шевелится и еще у нее как будто становится больше нос.

Е.О. Смирнова: Много ли времени проводишь за компьютером?

Мальчик: Я компьютер не люблю, больше играю в PSP, иногда смотрю фильмы по видеоплееру. В основном смотрю те фильмы, в которые играю своими игрушками.

Е.О. Смирнова: Во что ты еще любишь играть?

Мальчик: В лего и очень люблю заниматься оригами, у меня очень много интересных работ – ведь я мастер оригами. Только для настоящего мастерства мне нужна книжка по оригами, но ее нигде нет.

А.А. Северный: Почему не любишь писать?

Мальчик: Мне это трудно и не хочется, появляется при письме мысленное ерзание.

А.А. Северный: Кто присвоил тебе звание мастера по оригами?

Мальчик: Я сам. Знаю, что я лучший.

А.А. Северный: Спасибо, ты можешь идти. Теперь мы можем послушать лечащего врача с разбором настоящего случая.

Заключение лечащего врача (Н.М. Иовчук):

В настоящем психическом статусе на первый план выступают аффективные расстройства фазного характера, биполярные, атипичные, вероятно, иногда сочетающие в себе симптомы и гипомании, и депрессии, т. е. «смешанные» состояния. Депрессии отличаются резким падением активности, умственной продуктивности, своеобразно протекающими раптоидными состояниями, идеями отношения, усилением навязчивостей и ритуалов. При этом собственно тимическое ядро депрессии представляет собой причудливое сочетание тревоги и Un-lust-компонента с ангедонией и тотальным недовольством окружающими и самим собой. Гипомании же характеризуются многоречивостью, чрезмерной подвижностью, переоценкой собственной личности, повышенной требовательностью. Впрочем, и в гипоманиях полностью не исчезают ни идеи отношения, ни навязчивости, ни ритуалы защиты.

На следующем плане – неврозоподобная симптоматика: крайне разнообраз-

разные, меняющиеся, вычурные движения и действия и ритуалы защиты, то затихающие, то вспыхивающие вновь в зависимости от преобладающего аффективного фона, а также сверхценные увлечения.

Нельзя не отметить, что причиной обращения, основной жалобой и чисто внешним оформлением патологического состояния ребенка являются грубые нарушения поведения, крайне мешающие адаптации ребенка в семейной и школьной жизни.

Все перечисленное является все же внешним психопатологическим фасадом более тяжелых расстройств – симптомов более глубоких регистров. К ним относится, прежде всего, бреподобное фантазирование, в котором временами теряется грань между реальным и вымышленным. Еще более неблагоприятным прогностически являются симптомы специфических (шизофренических) нарушений мышления: ощущение пустоты в голове, шперрунги, ментизм). Намечаются, пока еще фрагментарно, псевдогаллюцинаторные расстройства.

Поскольку активный период болезни еще не завершен, напротив, болезненный процесс продолжается, а ребенок продолжает развиваться, точно определить негативные расстройства нельзя. И все же нельзя не обратить внимание на выраженные признаки эгоцентризма, эмоциональной дефицитарности, грубого психофизического инфантилизма, определенной интровертированности и снижения энергии при высоком интеллекте ребенка. Впрочем, как я уже сказала, судить об уровне личностных изменений придется через несколько лет наблюдения.

Заболел ребенок в 5-летнем возрасте. Начало – с неврозоподобных расстройств, выступающих на фоне все углубляющихся и усложняющихся аффективных нарушений с постепенным углублением и усложнением симптоматики, с небольшими периодами ее ослабления.

Несмотря на наличие постоянных психотравмирующих факторов, клиническая картина болезни свидетельствует не о невротической, а об эндогенной ее природе. Благоприятная семейная ситуация в этом случае может быть лишь провоцирующим фактором при манифесте заболевания и определенным образом участвовать в оформлении поведенческих расстройств.

Дискуссия:

Е.О. Смирнова: Почему Вы называете в данном случае фантазии патологическими?

В.С. Собкин: Они похожи на обычные.

А.А. Северный: Основным критерием, отличающим патологическое фантазирование от нормального детского, является их неотделимость от реальности. В этом случае фантазии не всегда отличимы от реальности.

Е.В. Архангельская: Как психоаналитик, могу сказать, что в данном случае имеет место идеальный Эдип: ребенок победил отца и овладел матерью. Всеми силами мальчик заставляет мать его полюбить. По психоанализу, его регресс остался в оральной стадии. А мать депрессивна, о чем говорят черная одежда, короткая стрижка. Здесь совершенно необходимо психоаналитическое вмешательство.

Психолог А. Боборыкин: Длительный психоанализ матери ребенка в данном случае не только не может быть полезен, но и принесет вред. Она и так полностью погружена в самокопание, в анализ своих особенностей, своей жизни и линий жизни своих родственников.

Г.В. Скобло: Хочу поддержать Нину Михайловну в отношении диагностики эндогенного заболевания. Поскольку ему помогает неулептил, я бы при-

бавила дневную дозу. Кроме того, представляется совершенно необходимой интенсивная психотерапия для матери ребенка.

Доктор мед. наук, профессор Ю.С. Шевченко: Психический статус ребенка говорит о том, что у него было, что есть и что будет. Прежде всего, он явно нездоров: смешанный аффект, много говорит, улыбается, переоценивает свои возможности, но в то же время жалуется на плохое настроение. Патологические фантазии, конечно, имеют бредоподобный характер. Он стеничный шизоид, поэтому еще не дошло дело до псевдогаллюцинаций и бреда, но до синдрома Кандинского не хватает совсем немного. Есть автоматизмы, элементы отчуждения в мыслительной и телесной сферах («ерзание», «мешалка»). По механизму фантазирование уже переродилось, но визуализация еще не перешла в псевдогаллюциноз.

В.С. Собкин: Здесь есть две основные проблемы. Первая из них – проблема купли, денег, заработка. Это диагноз того содержания, в котором мы все живем. В семье нарушено видение в ребенке живого человека. Мама эмоционально холодная, не способна к проявлениям теплого чувства, вместо этого – подкуп, замена любви деньгами и подарками. Важно дать матери какие-то средства войти в эмоциональные отношения со своим ребенком. Второе, о чем бы хотелось сказать, – фантазии. Они очень образны с точными метафорическими определениями, но мальчик в них не играет, и в этом момент аутизма. Он воображает, но не играет, нет культурно-эффективного способа переживать свои эмоции. Образы художественные, но утрачены эмоциональные отношения с другими. В голову не приходило, как глубоко могут проникнуть в нашу жизнь товарно-денежные отношения.

Кандидат пед. наук А.М. Щербакова: Здесь товарно-денежные отношения – единственный механизм воздействия и воспитания. Мать не знает о ребенке почти ничего с 1,5 до 6-летнего возраста. Между ними нет эмоциональной связи. Ребенка вернули матери после 5-летней нормальной, эмоциональной жизни, и он сломался.

Доктор мед. наук Н.К. Сухотина: Нельзя забывать, что и здоровый, и больной ребенок живет в определенном социуме, в который действительно проникли товарно-денежные отношения, но здесь речь идет о процессе болезни – длительной, малопрогредиентной, но далеко зашедшей, поскольку имеется определенная готовность к бредовым и псевдогаллюцинаторным переживаниям, к синдрому Кандинского-Клерамбо. Пока сказать трудно, по какому пути пойдет процесс, по аффективному или бредовому.

А.А. Северный: Что делать, чтобы приостановить болезнь и обеспечить нормальную социализацию?

Н.К. Сухотина: В данном случае родительско-детские отношения и отношения между родителями на грани ненависти. Трудно представить здесь эффективную семейную терапию, поскольку она продуктивна только в тех случаях, когда все члены семьи конгруэнтны. Придется признать, что в этой семье роль психотерапевта может играть только лечащий врач, т. е. Нина Михайловна.

Психолог И.Е. Аверина: В этой семье не простроены границы. На мой взгляд, психотерапия все же нужна.

Ю.С. Шевченко: Авторитет лечащего врача может влиять на простаивание этих отношений.

Кандидат психол. наук Е.В. Свистунова: Можно начать психотерапию в «ИГРЕ» сначала с папой, потом – с мамой.

Кандидат мед. наук Н.К. Кириллина: Здесь (в «ИГРЕ») мы можем нау-

чить ребенка правильно играть, что необходимо для его эмоционального и социального развития.

А.А. Северный: Если пока никто больше не хочет высказать свое мнение, попробую подвести итоги консилиума, хотя в главное было уже сказано. Правда, не было сделано акцента на особенностях эмоциональной сферы. На эмоциональной нивелировке. Посмотрите, он одинаков, о чем его не спроси. Мимика, интонации, жесты на протяжении всего разговора одинаковы. Особые ощущения, о которых говорит мальчик, - это сенестопатии (тоже автоматизм). Свидетельство сенестопатии – невозможность подобрать словесный эквивалент для определения своих телесных ощущений. Мы видели, какой шперрунг продемонстрировал ребенок во время консилиума. То, что он называет «мешалкой», - ментизм. Здесь уже нет грани с синдромом Кандинского, точнее – Клерамбо, который делал как раз акцент на малых автоматизмах. К какому виду относится фантазирование – к патологическому или непатологическому, не берусь судить, здесь возможны разногласия и споры. Основной критерий для их разграничения состоит в невозможности разделить реальность и фантазию, и этот критерий важнее всего в квалификации патологического и нормального. Что касается аффективного компонента настоящего состояния, то, вероятно, это смешанное состояние, а не гипомания, поскольку еще три дня назад наблюдался настоящий дистимический раптус. В течение 2 лет наблюдаются биполярные, грубо атипичные фазы. Гипомании более благоприятны для ребенка, чем депрессии и смешанные состояния, в них нет ни навязчивостей, ни раптусов, ни агрессии, видна одна лишь дефицитарность. Нельзя не отметить и еще один аффект, присущий патологическому состоянию ребенка, - аффект страха, который особенно ярко проявился сегодня в описании страха тени, своей тени, которая меняется и поэтому становится угрозой. В этом случае трудно разделить эндогенное, экзогенное, аутохтонное. Невозможно выяснить, был ли ребенок в 5-6-летнем возрасте эмоционально дефицитарным, был ли экспансивным шизоидом или истерошизоидом. Вероятно, снижается продуктивность деятельности ребенка. Очень важны для диагностики признаки, близкие к автоматизмам. Это симптомы первого ранга. И все же необходимо наблюдение для того, чтобы понять, что это в данном случае: шизотипический диатез, т. е. риск, опасность перехода в отчетливый шизофренический процесс, или уже процессуальное заболевание. Так или иначе, ребенок нуждается с постоянным наблюдением и психотропной активной терапией. Может быть, в данном случае рisperone недостаточно эффективен. Иногда нейролептик нового поколения абилифай обладает поразительным эффектом, но, к сожалению, он не разрешен к применению в детском возрасте.

В.В. Грачев: Действительно, судя по данным литературы, может вызывать поздние дискинезии, так что у ребенка применять его опасно. Можно попробовать другие препараты, которые оказывают неплохое антипсихотическое действие, - депакин, топамакс, ламиктал.

Ю.С. Шевченко: А я бы в качестве антидепрессанта назначил пиразидол.

А.А. Северный: Надо вводить и наращивать дозы этаперазина. И обязательно – комплексная психотерапия: в группе, игровая, семейная. К сожалению, семейная психотерапия вряд ли получится – нет и намека на эмпатию среди родственников.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СЕМИНАР «ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ИГРУШКИ: ИССЛЕДОВАНИЯ И ЭКСПЕРТИЗА»

27-28 сентября 2010 г. в Центре психолого-педагогической экспертизы игрушек МГППУ состоялся международный семинар, посвященный проблемам современной игрушки. Были приглашены уникальные специалисты, работающие в данной области: представители всемирно известной организации экспертизы игрушек «Spiel gut» («Играй хорошо»), Ульм, Германия), а также ученые из Швеции, занимающиеся дизайном игрушек и исследованием современного детства. Задачи семинара заключались прежде всего в расширении профессиональных контактов специалистов и в обмене опытом в сфере психолого-педагогической экспертизы игрушек для детей.

Первый день семинара был посвящен **экспертизе игрушек**. Были представлены 3 различных подхода к данной проблеме.

В докладе руководителя Московского городского центра МГППУ **Е.О. Смирновой** были представлены научные основания и критерии психолого-педагогической экспертизы, которые используются в Московском Центре. Опираясь на культурно-исторический и деятельностный подход, сотрудники Центра рассматривают игрушку как **средство детской деятельности** и как своего рода **психологическое орудие**. Деятельностный подход к игре и периодизация детского развития позволяют задать ориентиры для оценки игрушек с точки зрения их возможности стимулировать соответствующую возрасту игровую деятельность.

Главное качество хорошей игрушки – ее **открытость** для разнообразных действий и переживаний ребенка. Вместе с тем, наблюдается противоречие между представлениями производителей и продавцов игрушек, которые рассматривают игрушку как товар, и оценками психологов и педагогов, которые понимают игрушку как средство развития ребенка. Основными тенденциями развития современной игрушки является ее натурализация, детализация, автоматизация и пр. Большинство современных игрушек обладает собственной активностью, что делает игрушку не средством игры, а самостоятельной вещью, которая закрывает саму возможность самостоятельной творческой игры.

В этой связи чрезвычайную актуальность приобретает осуществление квалифицированной психолого-педагогической экспертизы игрушек, учитывающей не только их экологические и эстетические свойства, но и возможный психологический эффект на развитие ребенка. Главным критерием психологической оценки является развивающий потенциал игрового действия. Для каждого возраста и каждого вида активности разработаны свои критерии оценки развивающего потенциала игрушки. Игрушки, соответствующие критериям экспертизы, получают знак «Детские психологи рекомендуют».

В докладе **Этьена Роша**, члена правления организации «Spiel gut», была представлена история этой организации, методы ее работы и основные критерии, которыми руководствуются эксперты при оценке игрушек. Данная организация функционирует на общественных началах, в нее входят эксперты самых разных специальностей (физиологи, врачи, химики, коррекционные педагоги и

пр.) из разных городов Германии. Критерии для оценки игрушек были предложены еще в 50-х годах прошлого века и с тех пор практически не менялись. Используемые требования к игрушке заключаются в следующем: стимуляция детской фантазии, пригодность для игры, правильные представления о реальности, адекватный размер и вес, высокое качество исполнения, безопасность игрушки, понятность для ребенка устройства игрушки и пр. Можно видеть, что данные показатели тесно связаны с задачами развития детей, которые хотя и не выдвигаются специально, присутствует в критериях германских коллег. Такие параметры как «пригодность для игры», «стимуляция фантазии», «открытость механизма» и др. безусловно направлены на развитие ребенка и практически совпадают с параметрами оценки игрушек в Московском центре.

Принципиально важно, что и московские, и германские эксперты настаивают на важности психолого-педагогической оценки игрушки и на особой актуальности такой оценки в настоящее время. В этом они принципиально отличаются от третьего подхода, который продемонстрировал в своем докладе директор международной организации SITREC, руководитель организации «Play Design» (Стокгольм, Швеция) **Кристер Свенссон**.

Он настаивал на принципиальной невозможности оценки игрушки с научной точки зрения. Сама игрушка не может быть плохой или хорошей, все зависит от способа ее использования. Любой предмет (палочка, шарик, ручка и пр.) может способствовать развитию воображения, сенсорики, моторики и других способностей.

В ходе дискуссии были выявлены некоторые расхождения в подходах к игре и игрушке. Несмотря на отдельные указания о развивающей роли игры, для шведских коллег она не выступает как особая детская деятельность, обуславливающая формирование основных новообразований. Само понятие игры остается недифференцированным. Традиционное для нас разделение на разные виды игр (процессуальная, ролевая, режиссерская и пр.) отсутствует. Отсутствие возрастной периодизации игры и критериев ее развития делает психологическую экспертизу игрушек невозможной и в лучшем случае субъективной. Оценка качества игры или игрушки определяется системой ценностей арбитра. Единственным обязательным требованием к игрушке остается ее санитарно-гигиеническая безопасность.

Вместе с тем, участники семинара были единодушны в том, что отсутствие или недостаток игры в детстве приводит к дефициту творческой активности, коммуникативных возможностей, к несамостоятельности и к зависимости ребенка от окружающего.

Во второй половине дня был организован мастер-класс, в процессе которого 3 команды экспертов (шведская, немецкая и российская) независимо друг от друга анализировали одни и те же игрушки. Обмен результатами такой экспресс-экспертизы показал, что критерии оценки игрушек специалистами разных стран практически совпадают, хотя и обозначаются разными терминами. Эксперты давали сходные оценки игрушкам, принимали или отвергали их по единым основаниям. Такое совпадение оценок может служить своеобразной взаимной валидизацией разных подходов и подтверждает тот факт, что выбранные критерии объективно отражают потенциальные возможности игрушки выполнять свои культурные и развивающие функции.

Второй день семинара был посвящен **научным исследованиям** в области игры и игрушки. Здесь были заслушаны 5 докладов отечественных и зарубеж-

ных исследователей.

Михаэль Брандль (члена правления «Spiel gut») свой доклад посвятил современной военной игрушке. Он отметил, что, несмотря на существующий в ряде европейских стран запрет выпуска военных игрушек современного образца, эти игрушки так или иначе выполняют важную роль в жизни ребенка. Они символизируют для ребенка силу, власть и помогают переработать свой негативный опыт. По результатам исследований, военные игрушки не влияют на детскую агрессивность. В то же время военные игрушки могут быть разными. В докладе были выделены несколько их вариантов (оружие, костюмы, фигурки и пр.). Согласно позиции экспертной организации «Spiel gut», использование оружия в сюжетной игре, где жестокость и насилие не является самоцелью, вполне допустимо.

В докладе **Е.А. Абдулаевой** (методист Московского центра) речь шла об особом классе игрушек, которые были названы динамическими. Эти игрушки передают и позволяют воспроизводить особенности движения предметов и живых существ (вращение, качение, направленное движение, равновесие, действие силы тяжести, а также лазание, переворот, качание и т. п.). В докладе были представлены типология таких игрушек, а также их вклад в развитие ребенка на разных этапах его взросления. Особое значение такие игрушки имеют для детей раннего возраста, поскольку способствуют переживанию различных видов движения, уподоблению им. В более старших возрастах они способствуют моторной координации и практическому познанию законов движения и равновесия. Тем самым помогают в формировании пространственного образа «Я».

В.С. Собкин (директор Института социологии образования РАО) представил результаты социологического опроса 2 тыс. родителей дошкольников. В исследовании выяснялось влияние различных демографических и социально-стратификационных факторов на ответы родителей об играх и игрушках ребенка-дошкольника. Результаты показали, что включенность родителей в игру зависит от возраста ребенка. Были выявлены гендерные особенности в предпочтении игр и игрушек. Мальчики значительно чаще, чем девочки, предпочитают конструирование, военные игры и компьютерные игры. Девочки предпочитают настольные игры, игры в «семью» и в различные профессии. Освоение сюжетно-ролевой игры у девочек происходит через освоение ролевых отношений (они отдают предпочтение образным игрушкам), а у мальчиков через освоение игровых средств (транспортные игрушки, военные игрушки, конструкторы).

Сообщение **М.В. Соколовой** (методист Московского центра) было посвящено влиянию современных мультфильмов на детскую игру. Было показано, что возраст первого знакомства с экранной продукцией опустился к 2 годам и время перед экраном значительно превосходит время на игру. Среди них значительное место занимают мультимедийные герои. В докладе представлен анализ современных мультфильмов, который показывает, что большинство их сюжетов не способствует разворачиванию игровой деятельности дошкольников.

Завершился семинар публичной лекцией **Андерса Нельсона** (профессор университета г. Хальмштадт, Швеция). Проведенное его группой исследование показало, что в детских комнатах в Швеции у детей 5-ти лет содержится в среднем более 600 игрушек, что делает невозможным влияние отдельной игрушки на ребенка. Пилотное исследование игры мальчиков и девочек с кукольными персонажами показало, что девочки играют с куклой как с партнером, поворачивая лицом к себе, а мальчики воплощают в кукле самого себя и играют, пово-

рачивая куклу спиной к себе. Женственность и мужественность в кукольном образе современной европейской культуры, по мнению шведского исследователя, транслируется в определенных внешних признаках: позах и положениях частей тела, в образе персонажа (в частности величине глаз) и пр.

Во всех докладах звучала мысль о том, что игрушка является носителем социальных и культурных норм и ценностей, а также средством создания смыслов, своеобразным языком общения между взрослым и ребенком, ребенком и обществом, культурой в целом.

Итогом совместной работы ученых и практиков стала Декларация в защиту детской игры, которая была подписана участниками со стороны Швеции, Германии и России.

Е.О. Смирнова

РЕЦЕНЗИЯ

на книгу Б.В. Воронкова «Детская и подростковая психиатрия». - СПб.: Наука и техника» (Мир психологии и психотерапии), 2009. – 240 с.

Последнее время после довольно длительного затишья на отечественном рынке стали появляться книги, посвященные вопросам детской психиатрии. Одной из них, привлекавшей большое внимание как специалистов в области детской психиатрии, так и психологов, является «Детская и подростковая психиатрия», написанная известным детским психиатром из Санкт-Петербурга Борисом Васильевичем Воронковым. Эта книга – ни в коем случае не учебник, а лекции по детской психиатрии, хотя такого заголовка и не имеет. В предисловии автор указывает, что в книге отражен 40-летний опыт работы детским психиатром, а в ее основу положены лекции, читаемые им на курсах усовершенствования психиатров в Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии.

Не смотря на то, что издательство «Наука и техника» опубликовало труд Бориса Васильевича Воронкова в серии «Мир психологии и психотерапии», это избранные лекции именно по детской психиатрии, так как вопросы психологии и психотерапии в ней почти не освещаются.

Это очень честная книга. Автор не боится сказать «не знаю», не боится и размышлять над сложными, запутанными вопросами, называет их «вечными», но призывает к обсуждению, дискуссиям. Он не скрывает, что формирует «свои клиничко-теоретические и диагностические позиции, опираясь на во многом субъективные оценки и предпочтения». И эти субъективные оценки необыкновенно интересны читателю.

Основа книги – 9 глав-лекций: «Ранний детский аутизм», «Шизофрения», «Аффективные психозы», «Экзогенные психозы и резидуальные состояния», «Эпилепсия», «Психопатии», «Острые аффективные реакции и возрастные модели поведения», «Неврозы и соматические заболевания», «Алкоголизм и наркомании». Из названий лекций понятно, что автор руководствуется в своей работе традиционными для российской психиатрии клиническим подходом и нозологическим принципом, что практически невозможно при руководстве исключительно МКБ-10. В качестве подтверждения этого доктор Б.В. Воронков приводит пример выделения в МКБ-10 множества вариантов «нарушений поведения» в виде психопатологических синдромов, что «превращает соответ-

вующий раздел психиатрической номенклатуры (МКБ-10) в перечень социально негативных форм поведения».

Книга Б.В. Воронкова читается залпом, но потом к ней возвращаешься, так как некоторые главы хочется перечитать.

Не со всем можно согласиться... Например, удивление вызывает явная недооценка автором значения семейных отношений, воспитания в экстацербации психозов у детей, их проявлений и течения. Не бесспорным представляется соединение в одной главе острых аффективных реакций и возрастных моделей поведения. Однако, о чем бы и как ни писал автор, читателя подкупает его попытка понять больного ребенка, а не отыскивать в его болезни признаки, подтверждающие теорию, которой он придерживается. В этом проявляется большое уважение к человеку, определяющее выбор оказываемой ему психиатрической помощи.

В настоящее время в учреждениях здравоохранения РФ нет такой специальности, как «детская психиатрия». Нужно ли выделять такую специальность? Достаточно ли компетентным является психиатр, получивший общую подготовку, в программу которой был включен раздел о нервно-психических расстройствах в детском возрасте? Полагаю, что все, кто прочел книгу Б.В. Воронкова, однозначно ответят на эти вопросы. Детская психиатрия – совершенно особая, специфическая область науки, которая требует полного погружения в нее, наблюдений, глубокого изучения и осмысления в процессе длительной практической работы с детьми. И только человек, всю свою жизнь, большой талант и любовь посвятивший помощи душевнобольным детям, мог написать такую книгу.

И.В. Добряков