

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2011 (11), № 2

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, Н.В. Зверева, 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»).**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

ПРОГНОЗ ИСХОДОВ ШИЗОФРЕНИИ
С ВЕДУЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ..... 5

Т.А. Баилова

ОБ ИЗМЕНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ И СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ ПРИ
СЛЕПОГЛУХОТЕ ЗА 35 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ..... 12

Е.В. Свистунова, Н.В. Удалова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОЙ, ПОЛОВОЙ И ВОЗРАСТНОЙ
ИДЕНТИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО
ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 20

Д. В. Адамчук

ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ТАБАКОКУРЕНИЯ В МОСКВЕ
И РИГЕ: ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА, ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА,
МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ..... 29

Н.П. Клейменова

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗОНЫ БЛИЖАЙШЕГО
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ..... 43

Е.Е. Бочарова

ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ У ПОДРОСТКОВ
В СИТУАЦИИ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА (НА ПРИМЕРЕ «ПРИЮТА»)..... 49

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

Е.В. Корень

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ..... 60

Н.К. Сухотина, И.Л. Крыжановская, Т.А. Куприянова, В.В. Коновалова

ПРИМЕНЕНИЕ НООКЛЕРИНА В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ
С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,
ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС..... 70

О.А. Яшнова

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОКРУЖНОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ..... 76

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

М.Ю. Буторина

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ РЕСУРС ЦЕНТРА
ОБРАЗОВАНИЯ № 1490 СВАУО..... 80

Н.Р. Имедашвили, В.И. Кочкуров ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У КАДЕТОВ.....	83
Р.О. Магомедова КАК ПОДНЯТЬ ПРЕСТИЖ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ?.....	91
И.В. Тюрина, О.Б. Кузнецова, А.А. Апанасенко СОЗДАНИЕ УЧЕНИЧЕСКИХ ВОЛОНТЕРСКИХ ГРУПП НА БАЗЕ ГОУ: «ВОЛОНТЕР-638».....	94
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	99

ДИСКУССИЯ

А.А. Северный ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ НА НАРКОТИКИ: ПРИГЛАШЕНИЕ К ДИСКУССИИ (ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА).....	111
М.М. Безруких К ВОПРОСУ О ТЕСТИРОВАНИИ НА НАРКОТИКИ.....	115
Т.В. Клименко, А.А. Козлов ПРАВОВЫЕ И ПРОЦЕДУРНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ТЕСТИРОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ.....	118
А.Г. Гофман КОММЕНТАРИЙ.....	128
В.Д. Менделевич ТЕСТИРОВАНИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ: БЛАГИЕ НАМЕРЕНИЯ, НЕЗДРАВОМЫСЛИЕ И ПУТЬ В НИКУДА.....	130
О.В. Зыков ПИСЬМО ИЗ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..	134
С.В. Тетерский УСИЛЕНИЕ НАРКОМАФИИ КАК РЕЗУЛЬТАТ МНОГОЛЕТНЕЙ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ.....	135

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Ю.С. Шевченко О МНОГООБРАЗИИ ПОДХОДОВ В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕТОДАХ ЕЕ ПРЕПОДАВАНИЯ.....	137
Н.К. Кириллина, О.Ф. Бородкина ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.....	138
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ «БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА» ГОСТ Р 7.05.- 2008.....	141

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@inbox.ru> либо

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

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

ПРОГНОЗ ИСХОДОВ ШИЗОФРЕНИИ С ВЕДУЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ

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

Эта статья является продолжением исследования, посвященного выявлению особенностей течения и исхода эндогенных заболеваний с ведущей аффективной симптоматикой в детском возрасте, опубликованного в предыдущем номере журнала¹.

Как было указано, аффективные расстройства у детей определяют клинику шизофрении при следующих вариантах ее течения: циклотимоподобном, шизоаффективном на допсихотическом этапе, безремиссионном с преобладающей хронической гипоманией и с поздней биполярностью и в рамках тимопатической ремиссии после раннего детского шуба. Шизофренический процесс с преобладающей аффективной симптоматикой, начавшийся в детстве, приводит к изменению личности различной выраженности - от легкого эмоционального до олигофреноподобного дефекта, но преобладает все же неглубокая дефицитарность без значительного снижения активности.

Выявление признаков, обуславливающих степень прогрессивности процесса в границах пубертатно-юношеского и молодого возраста, имеет большое практическое значение для своевременного определения рекомендаций в отношении всего комплекса лечебно-реабилитационных задач (тактики лечения, назначения и отмены превентивной терапии, способа обучения, адекватной профессиональной ориентации, социальных ограничений).

Между тем клинико-динамические исследования аффективных психозов детского возраста, преимущественно направленные на выявление прогностических критериев, до сих пор весьма немногочисленны и в основном касаются циркулярной шизофрении с дебютом в подростковом возрасте [1, 2]. Результаты работ зарубежных авторов, проследивших судьбу детей и подростков с аффективными расстройствами, крайне противоречивы. Так, Carlson с соавт. [6], сравнив при катamnестическом изучении исходы при подростковой и поздней (после 45 лет) манифестациях маниакально-депрессивного психоза, нашла, что ранний возраст начала заболевания не является влияющим на прогноз фактором, иными словами, начавшиеся в подростковом возрасте маниакально-депрессивные расстройства не имеют более тяжелого течения. R. Nissen [7] и H. Remschmidt с соавт. [10], напротив, считают социальный и личностный прогноз при манифестации эндогенной депрессии в пубертате в целом неблагоприятным. Большинство больных переживает трудности в профессиональной и школьной интеграции, не имеет постоянной работы или не может постоянно работать из-за частых стационаризований. R. Nissen [8] выделил в качестве неблагоприятных признаков мудрствование, дисфорию, суицидальные попытки, тос-

¹ Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2011 (11), № 1. - С. 24-32.

ку, мутизм, особенно при их неоднократном повторении в рамках депрессии.

Цель настоящей работы заключается в установлении корреляций патогенетических закономерностей с глубиной и структурой процессуального дефекта.

Перспективно прослеженную когорту составили 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 катмнеза составил от 24 лет до 55 лет.

Предположительно, особенно важное прогностическое значение имеют три фактора: преморбидные личностные особенности, а именно эмоциональность и уровень активности в дебюте заболевания, а также характер акцессорной (дополняющей аффективные расстройства) симптоматики. Некоторые очевидные зависимости выявлены при обычном клинико-психопатологическом анализе. Так, определенно получил подтверждение гипотетический тезис западных педопсихиатров: «Чем тяжелее депрессия у ребенка, тем хуже прогноз» [8, 9, 11]. Действительно, дисфорические, адинамические, соматизированные, ступидные, слезливые депрессии, в основном протекающие на субпсихотическом уровне, сохраняют его на протяжении всего активного периода болезни, т. е. выступают в рамках наименее прогрессивной из всех выделенных форм шизофрении - циклотимоподобной шизофрении. Тревожные, боязливые и тоскливые депрессии психотического уровня, возникшие в дошкольном возрасте, почти всегда приводят к возникновению приступа полиморфной структуры и, соответственно, к более тяжелому течению и более глубокому дефекту. Анализ материала показал также, что субступорозные депрессии являются предтечей кататонической приступообразной рецидивной шизофрении, возникающего иногда через много лет после первой субступорозной депрессии, - в пубертатном, юношеском, зрелом возрасте. Замечено также, что чем моложе ребенок и чем больше клиническая картина психотической депрессии сходна с соответствующим типом депрессии у взрослого, тем к более тяжелому течению это предрасполагает.

При достаточном клиническом материале учет всех влияний индивидуальных признаков на исход заболевания с помощью сравнительного клинико-психопатологического анализа оказался невозможным, что потребовало введения в исследование математического инструментария. В качестве исходного материала для математической обработки использованы кодирование в соответствии с принятой методикой заполнения индивидуальных катмнестических карт. Каждая индивидуальная карта состоит из 18 пунктов, которые обозначают признаки, характеризующие особенности преморбиды и первых аффективных состояний, предположительно определяющих исход заболевания (в пределах возможного катмнеза), т. е. течение, структуру изменений личности и уровень социальной адаптации на момент катмнеза. Все признаки имеют определенные качественные (например, тип аффективных расстройств, характер акцессорной симптоматики и т. п.) или количественные (например, возраст к моменту возникновения аффективных расстройств, длительность манифестного состояния и «личностный индекс») значения.

«Личностный индекс» - произведение двух независимых радикалов: квантифицированных показателей эмоциональных особенностей и уровня активности, характеризующих преморбидную личностную структуру и, по-видимому, имеющих прогностическое значение [4]. «Личностный индекс» исчислялся перемножением кодированными характеристиками активности (энергетического радикала) и эмоциональности (эмоционального радикала) ребенка в преморби-

де. Показателями активности являлись гипостения (кодируемая под числом 1), нормостения (2) и гиперстения (3). Показателями эмоционального радикала были эмоциональная тусклость, анестетически-гиперестетическая пропорция типа «дерева-стекла», сенситивность, близкий к синтонному склад со скрытой психестетической пропорцией и синтонность, которым соответственно были присвоены следующие цифровые значения: 1, 2, 3, 4, 5. Таким образом, наименьшие значения «личностный индекс» имел при эмоциональной тусклости и низкой активности в преморбиде, а наибольшие при синтонном складе личности и высокой активности.

После заполнения индивидуальных катamnестических карт оказалось, что такой материал не может быть репрезентативным для выявления признаков, определяющих форму течения и структуру изменений личности, но вполне достаточен для поиска признаков, определяющих глубину личностного дефекта. Весь катamnестический материал был разделен на две группы по типу дефекта: к прогностически благоприятным были отнесены случаи шизофрении с мягкими формами процессуального дефекта в виде легкой эмоциональной нивелировки при нормо- или гиперстении или отчетливого эмоционального снижения при незначительном падении продуктивности; к прогностически неблагоприятным - случаи шизофрении с дефектом в виде эмоционального оскудения, сопровождающегося аутизацией и значительным падением активности, олигофреноподобным и апатобулическим дефектом. 33 катamnестических наблюдения, не включенные в математическую обработку ввиду промежуточного характера шизофренического дефекта, были использованы для апробации рабочей пригодности математической модели прогноза.

В результате обработки указанного математического материала на ЭВМ получена таблица, отражающая встречаемость признаков при благоприятном и неблагоприятном исходе. Все признаки были расположены по мере уменьшения их встречаемости для группы с благоприятным исходом.

Основная задача использования математического инструментария сводилась к построению прогностической модели, способствующей достоверному предсказанию типа исхода в каждом индивидуальном случае.

Основными недостатками используемых моделей, является неадекватная форма учета взаимодействия факторов и невозможность учета качественных факторов, особенно качественных факторов одинакового уровня и интенсивности. От этих недостатков свободны булевы модели, в которых взаимодействие факторов не аппроксимируется какими-либо аналитическими зависимостями, а задается в виде совокупности сочетаний уровней факторов, причем исходными факторами могут служить качественные показатели процесса. Метод построения булевых моделей [3, 5] позволяет при сравнительно небольшом объеме исходной информации использовать значительно большее, чем при регрессионных и аналитических методах, число факторов и их взаимодействие, а также допускает использование огромного объема текущей информации о благоприятном прогнозе заболевания, остающейся часто неучтенной. Таким образом, из современных методов математического прогнозирования для разработки критериев индивидуального прогноза при эндогенных заболеваниях с преобладающими аффективными расстройствами в детском возрасте был выбран метод построения булевых моделей как наиболее адекватный в данном конкретном слу-

чае². В результате обработки кодированных данных карт индивидуального катamnестического обследования получены ряды парных признаков, характерных только для благоприятного и только для неблагоприятного прогноза.

В анализируемом клиническом материале прямая корреляция между возрастом к моменту возникновения и глубиной дефекта установлена только для шизоаффективного психоза: манифестация полиморфного психоза в дошкольном возрасте, как правило, приводит к грубому нарушению развития и формированию дефекта олигофреноподобного или апатоабулического типа. Однако не все рано начавшиеся психические расстройства фатально ведут к тяжелым изменениям личности. Иллюстрацией относительно благоприятного исхода при раннем дебюте являются больные с тимопатическими ремиссиями после сверхраннего шизофренического шуба, чаще всего характеризующимися хронической «застывшей» гипоманией, признаками психического инфантилизма, чужаковатости, аутизма и эмоциональной блеклости; тем не менее в пубертате наступает реадaptация, соответствующая уровню интеллекта и продуктивности больного. При безремиссионном вялом течении, несмотря на одинаково ранний возраст детей к началу болезни, наряду с крайне неблагоприятными отмечаются и мягкие формы процесса. Во многих случаях приступу шизоаффективной структуры предшествует многолетний период аффективного течения, но раннее начало аффективных расстройств не играет той деструктивной роли, которую имеют перенесенные в дошкольном возрасте развернутые полиморфные психозы. При циклотимоподобной шизофрении ранний дебют стертых аффективных расстройств также не оказывает заметного влияния на углубление шизофренического дефекта.

В группе больных с благоприятным исходом преобладают поздние дебюты заболевания (59% составляют заболевшие в младшем школьном и препубертатном возрасте), а в группе больных с неблагоприятным исходом - ранние манифестации (64% составляют заболевшие в младенческом и младшем дошкольном возрасте). При этом число заболевших в старшем дошкольном возрасте равнозначно.

При анализе преморбидных особенностей отмечено доминирование детей с высокой активностью, сенситивностью, синтонным личностным складом в группе с благоприятным течением и значительно более частая встречаемость у больных с неблагоприятным течением преморбидно низкой активности, эмоциональной тусклости и выраженной психестетической пропорции. В соответствии с этим имеются заметные различия и в величине «личностного индекса»: при благоприятном исходе высокий показатель доманифестного «личностного индекса» встречается намного чаще, чем низкий, а при неблагоприятном исходе, напротив, преобладают низкие показатели «личностного индекса». Значительная разница отмечается и в частоте признаков резидуально-органического поражения ЦНС, отчетливо преобладающих при прогрессивных формах течения. Частота экзогенной провокации имеет лишь незначительный перевес в группе больных с малопрогрессивным течением.

Среди особенностей приступа в дебюте заболевания отмечаются достоверные различия между группами больных с малопрогрессивным течением в характере манифестного приступа и уровне манифестных расстройств: в слу-

² Выбор метода прогнозирования, составление программы и математическая обработка материала выполнены программистом К.Б. Огарелковой.

чаях с прогрессивным течением наблюдается высокая встречаемость манифестных психотических приступов с полиморфной или ведущей маниакальной симптоматикой при их редкости у больных с малопрогрессивным течением. В то же время корреляции между клиническим типом начальных аффективных расстройств, акцессорной симптоматикой и глубиной личностного дефекта оказываются крайне ограниченными, что, возможно, связано с многообразием типологических вариантов манифестных депрессий и маний, а также неоднозначностью оттенка ведущего аффекта при одном и том же варианте депрессивного синдрома. Тем не менее, отмечено, что у больных с неблагоприятным исходом отсутствуют встречающиеся с различной частотой при благоприятном исходе манифестные адинамические и субступорозные депрессии, а также гипомании с раздражительностью и сверхценными увлечениями.

При прогрессивных формах шизофрении по сравнению с малопрогрессивными формами значительно чаще в дебюте встречаются ступидные депрессии и депрессии с аморфным страхом. Некоторые значимые различия обнаружены при анализе акцессорной симптоматики первого аффективного состояния: при благоприятном исходе отсутствуют признаки нарушения инстинктивной жизни, кататоническая симптоматика, задержка развития, чрезвычайно распространенные при неблагоприятном исходе.

Анализ рядов показывает, что благоприятный прогноз определяют: дебют в младшем школьном возрасте при наличии экзогенной провокации, нормостении, сенситивности или психестетической пропорции в преморбиде, величине личностного индекса более 6, легких признаках резидуально-органического поражения ЦНС или их отсутствии, если манифестный психоз протекает на циклотимическом уровне с истероформными расстройствами при ограничении психопатоподобных нарушений лишь несдержанностью, грубостью, неприязнью к близким, агрессивностью и при отсутствии кататонической симптоматики. Благоприятный прогноз имеют и аффективные расстройства, начавшиеся в старшем дошкольном возрасте при высокой активности в преморбиде (нормо- или гиперстении), личностном индексе более 6, отсутствии или легких признаках резидуально-органической недостаточности ЦНС, даже при отсутствии провокации манифестного психоза и его психотическом уровне, если в его структуре отсутствуют психопатоподобные, неврозоподобные расстройства, расстройства суждения и восприятия, нарушения инстинктивной жизни и суицидальные тенденции.

При манифестации в препубертатном возрасте благоприятный прогноз возможен при экзогенной провокации, наличии лишь легких признаков резидуально-органической недостаточности, если в структуре начальных психопатологических расстройств или присутствуют истерические расстройства, или круг психопатоподобных расстройств ограничен оппозицией к близким и элементами агрессивности в семье. Преморбидные нормостения или гиперстения predispose к благоприятному исходу, если они выступают в сочетании с близким к синтонному личностным складом, высоким (8 и более) личностным индексом, а манифестное состояние проявляется в виде гипомании с раздражительностью, дурашливой гипомании при отсутствии кататонических расстройств, патологический влечений или слезливой депрессии при негрубых симптомах нарушения поведения. Личностный индекс, равный 8 и более, при сочетании с близким к синтонному эмоциональным личностным складом обуславливает благоприятный прогноз, если манифестные расстройства характери-

зуются депрессией циклотимического уровня при отсутствии неврозоподобных расстройств, защитных действий, расстройств суждения и восприятия. При близком к синтонному преморбидном складе личности благоприятный исход скорее всего возможен при адинамической депрессии, негрубых симптомах нарушения поведения и демонстративных суицидальных попытках в дебюте заболевания. Прогностически благоприятными среди первых депрессий являются слезливые, адинамические и ступидные депрессии при их экзогенной провокации и отсутствии в структуре психоза психопатоподобных расстройств, суицидальных тенденций и массивной симптоматики неаффективных регистров. Благоприятный прогноз возможен также при манифестных гипоманиях с раздражительностью (при отсутствии расстройств суждения и нарушений поведения) и дурашливых гипоманиях (при отсутствии признаков резидуально-органического поражения ЦНС, грубых форм нарушения поведения и симптоматики неаффективных регистров).

Неблагоприятный прогноз определяют: раннее начало болезни, особенно в сочетании с присутствием в манифестном психозе иллюзорных обманов восприятия, патологического фантазирования, истероформных и гебоидных расстройств, нарушения физиологических отправления; личностный склад с выраженной психестетической пропорцией и манифестный психоз в виде мании с патологическим фантазированием, боязливой депрессии со сверхценными или бредовыми расстройствами; низкий личностный индекс (3 и меньше); отчетливые признаки резидуально-органического поражения ЦНС, когда аффективные расстройства возникают в младенческом возрасте на фоне личностных особенностей типа «дерева-стекла» независимо от экзогенной провокации и характеризуются в дальнейшем маниакальным синдромом с патологическим фантазированием или сложным полиморфным психозом, сопровождающимся анорексией или булимией и очевидной кататонической симптоматикой. Наиболее неблагоприятными прогностически являются три варианта манифестных состояний: боязливая депрессия со сверхценными расстройствами, особенно возникшая в раннем возрасте и не связанная с очевидным психотравмирующим фактором, даже при ее амбулаторном уровне, отсутствии защитных действий, кататонических расстройств и задержки развития; мания циклотимического или психотического уровня с гебоидными расстройствами, даже если она возникла в младшем школьном возрасте при нормо- или гиперстении и близком к синтонному личностном складе в преморбиде, высоком преморбидном личностном индексе (12), отсутствии признаков резидуальной органической недостаточности; мания психотического уровня со спутанностью на высоте состояния, особенно при выраженности кататонической симптоматики в виде чередования возбуждения и субступора, двигательных стереотипий, несмотря на позднее (например, в препубертате) возникновение, отсутствие признаков резидуально-органического поражения ЦНС и высокие показатели личностного индекса (12).

И все же ожидаемого многообразия клинико-психопатологических корреляций при статистической обработке материала выявлено не было. Полученные данные в основном обоснованно подтвердили ряд результатов клинического исследования, но не явились новыми и неожиданными.

Здесь приведены лишь основные сочетания признаков прогностической модели. Всего их насчитывается для каждого типа исхода около 130.

Суммируя результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Прогностически благоприятными факторами являются: высокая актив-

ность и синтонность в преморбиде, отсутствие или незначительная выраженность признаков резидуально-органического поражения ЦНС, условно поздний дебют, циклотимический уровень расстройств в начале болезни, адинамический или субступорозный характер первой депрессии, демонстративный характер суицидального поведения, доминирование раздражительности и сверхценных увлечений при гипомании, преобладание среди акцессорной симптоматики гетерономных сверхценных идей при отсутствии нарушений инстинктивной жизни, кататонической симптоматики, задержки развития.

2. Прогностически неблагоприятными факторами являются: низкая активность, эмоциональная тусклость или явная психестетическая пропорция в преморбиде, условно ранний дебют, отчетливые признаки резидуально-органической недостаточности ЦНС, маниакальный характер манифестного приступа, первые ступидные депрессии и боязливые депрессии с рудиментарным бредом, идеаторными навязчивостями, защитными ритуалами, истинными галлюцинациями, кататоническими симптомами, истинным суицидальным поведением, гебоидные расстройства в дебюте болезни.

3. Как показывает краткий перечень характерных для благоприятного и неблагоприятного прогноза признаков, клиническое прогнозирование возможно только при учете множества индивидуальных особенностей, что является чрезвычайно затруднительным при обычном клиническом анализе. Каждый больной имеет обширный набор признаков, часто характерных не для одного, а для различных типов исхода. В этих случаях вопрос о клиническом прогнозе решается на основании численного преобладания прогностически благоприятных или неблагоприятных признаков (методом «голосования»). Нельзя не учитывать известную долю субъективизма при определении детским психиатром индивидуального и социального прогноза.

Полученная прогностическая модель является основой для создания экспертной системы, служащей для объективизации, уточнения и ускорения процесса клинического прогнозирования при эндогенных психических заболеваниях детского возраста, манифестирующих аффективными синдромами, а в случае определенного усложнения - для прогнозирования любой формы детской шизофрении. При условии тщательного кодирования индивидуальных особенностей личности и болезненных проявлений исследуемого и четкости программы исследования скорость обработки данных для предсказания исхода равна 1-2 мин., но значительно более трудоемка при ручной обработке. По мере накопления клинического материала не исключено дальнейшее усовершенствование прогностической модели с введением сочетаний комплексов признаков, специфичных для каждого типа исхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иовчук Н.М., Козюля В.Г. Клинико-динамическое исследование пубертатных психозов с циклотимическими и аффективными дебютами // Ж. невропатол. и психиат. – 1981. – № 10. – С. 1509–1514.
2. Колмач И.Л. Особенности клиники и динамики эндогенных депрессий, возникающих в подростковом возрасте // Ж. невропатол. и психиат. -1984. – № 10. – С. 1551–1555.
3. Миркин В.Г. Анализ качественных признаков. Математические модели и методы. – М., 1976.
4. Северный А.А., Саки С.А. К методике прогнозирования при приступообразных эндогенных психозах // Актуальные проблемы клиники, лечения и

социальной реабилитации психически больных. – М., 1982. – С. 128–130.

5. Яковлев Г.М., Ардашов В.Н., Кац М.Д. и др. Метод мозаичного портрета в прогнозировании осложнения инфаркта миокарда // Ж. Кардиология. – 1981. – № 6. – С. 40–44.

6. Carlson G.A., Strober M. Manic-depressive illness in early adolescence. A study of clinical and diagnostic characteristics in six cases // J. Am. Acad. Child. Psychiatr. – 1978. – V. 17, № 1. – P. 138–153.

7. Nissen G. Milieufaktoren und spätere schizophrene Psychosen bei depressiven Kindern // Arch. Psychiat. Nervenkr. – 1971, 214. – S. 319–323.

8. Nissen G. Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes und Jugendalter / Depressive States in Childhood and Adolescence. - Stockholm, 1972. – P. 501–509.

9. Penot B. Caractéristique et devenir des depression de la deuxième enfance // Depressive States in Childhood and Adolescence - Stockholm, 1972. – S. 525 – 533.

10. Remschmidt H., Brechtel B., Mewe F. Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen // Acta Paedopsychiatrica, Bd. 40 (1), 1973. - P. 2-17.

11. Spiel W. Studien über den Verlauf und die Erscheinungsformen der Kindlichen und Juvenilen Manisch-Depressiven Psychosen / Depressive States in Childhood and Adolescence. - Stockholm, 1972. – P. 517–524.

Т.А. Баилова

ОБ ИЗМЕНЕНИИ ЭТИОЛОГИИ И СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ ПРИ СЛЕПОГЛУХОТЕ ЗА 35 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Не многие страны в мире официально признают слепоглухоту как отдельный вид инвалидности. В нашей стране пока тоже нет такого определения. Долгие годы инвалидность слепоглухим людям определялась по ведущему нарушению: только по зрению, только по слуху или даже по психиатрическому заболеванию. Только в последние годы инвалидность стала иногда определяться «по зрению и слуху». Существующие у нас определения слепоглухоты принадлежат известным отечественным специалистам в этой области и опубликованы в их научных работах. А.В. Ярмоленко (1900-1972) относил к «истинной слепоглухонемоте» только сочетание врожденной или ранней слепоты (включая туда слепоту с минимальным остаточным зрением вплоть до светоощущения) с выраженной врожденной тугоухостью или глухотой. Все случаи более поздней потери слуха и зрения А.В. Ярмоленко называла слепоглухотой. У всех слепоглухих, по определению А.В. Ярмоленко, наступала потеря уже сформировавшихся ранее зрения и слуха, сложившегося зрительного и слухового восприятия, опосредованного через речь и мышление [11]. И.А. Соколянский (1889-1960) относил к истинной слепоглухоте только детей с врожденным или приобретенным, полным или частичным нарушением функции в периферической части зрительного и слухового анализаторов без грубых нарушений центральных отделов мозга. Умственно отсталых детей с выраженными нарушениями зрения и слуха он относил к «церебрально недостаточным» [10]. А.И. Мещеряков (1923-1974) подчеркивал, что слепоглухота не является простой суммой особенностей, имеющихсья отдельно при слепоте и глухонемоте. Он писал, что

при слепоглухонемоте отсутствует компенсация слуха за счет зрения, как это имеет место у глухонемых, и отсутствует компенсация зрения за счет слуха и речи, как это бывает у слепых. При слепоте даже частичная потеря слуха приводит к значительно большим отрицательным последствиям для развития ребенка по сравнению с той же потерей слуха у зрячего. Точно так же и частичная потеря зрения для развития глухого ребенка более страшна по своим последствиям, чем для слышащего [8].

В настоящее время принято называть всех детей и взрослых, имеющих сочетанное нарушение зрения и слуха «слепоглухими» (deafblind). Одним из самых разработанных в мире считается скандинавское определение слепоглухоты, работа над которым велась с 1980 г., и это определение несколько раз пересматривалось в соответствии с изменяющимися международными требованиями. По определению 2004 г. оно звучит так: «Слепоглухота представляет собой особую инвалидность. Слепоглухота, как комбинированная инвалидность по зрению и слуху, ограничивает деятельность человека и его полноценное участие в жизни общества до такой степени, что становится необходимой организация особых мер компенсации со стороны общества посредством обеспечения слепоглухого техническими средствами и/или специфическим обслуживанием и особым приспособлением для него окружающей среды».

Никакой точной мировой статистики встречаемости слепоглухоты пока не существует из-за разного определения этого сложного нарушения в разных странах и разной продолжительности жизни там населения. Есть данные генетиков, экстраполирующие примерную распространенность сочетанного нарушения зрения и слуха у людей вообще без учета ее выраженности. Так, по данным отечественного генетика М.Г. Блюминой, ожидаемость такого нарушения в общей популяции должна составлять примерно 1: 33 000. [6] По другим данным, встречаемость слепоглухоты среди населения приблизительно исчисляется из расчета 5-8 слепоглухих на 100 000 чел. населения, что означает, что число слепоглухих в РФ может составлять не менее 12 000 человек, из которых примерно половина – в возрасте старше 18 лет. Исходя из этих данных, в Москве должно быть примерно от 500 до 800 слепоглухих инвалидов разного возраста.

Но эти данные обычно не учитывают старческую слепоглухоту. По данным офтальмологов от 10 до 27% людей старше 75 лет могут иметь серьезные зрительные проблемы. Слепоглухота, наступившая в старческом возрасте, в большинстве случаев не идентифицируется как подобная инвалидность. Только в отдельных странах мира ведется такой учет, и слепоглухота в преклонном возрасте считается наиболее распространенной формой этой инвалидности.

Многие исследователи, длительно занимающиеся диагностикой или обучением слепоглухих, отмечают также усложнение состава детей с двойным сенсорным нарушением во второй половине XX века. С начала 80-х годов стало почти общепризнанным делить слепоглухих на «классических слепоглухих типа Е. Келлер» и «новых слепоглухих» [13, 14, 15]. Современные успехи медицины, спасающей детей, которые не могли бы выжить самостоятельно, доступность образования и расширение социальной помощи больным детям включают в состав детей, которым специалисты должны оказать помощь, все более сложных и тяжелых детей [7].

В России мы также предпринимали попытки проследить изменения состава слепоглухих начиная с 1990 г. Сравнительное изучение двух групп по 50 слепоглухих детей, обучавшихся в 1970 и 1987 гг. в Детском доме слепоглухих

г. Сергиева Посада показало, что за 17 лет заметно изменились причины слепоглухоты.

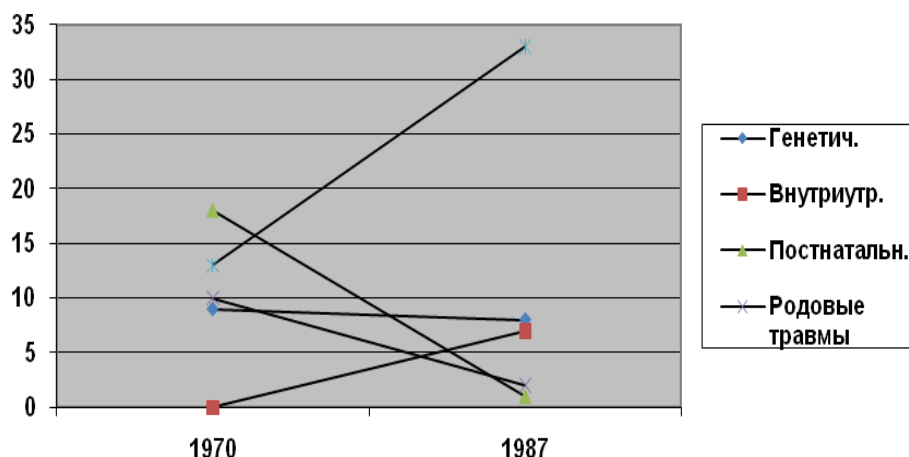


Диаграмма 1. Изменение причин слепоглухоты среди детей, воспитывающихся в Детском доме слепоглухих в 1970 и 1987 гг.

Данные клинического обследования этих двух групп детей показали, что за эти годы заметно снизилась частота постнатальных заболеваний (менингит и менингоэнцефалит) как причин детской и подростковой слепоглухоты и несколько увеличилась встречаемость этиологии, связанной с внутриутробно перенесенными заболеваниями (краснуха, грипп, токсоплазмоз и сифилис), также приведших к глубоким нарушениям зрения и слуха. Очень заметно выросло число случаев с неустановленными причинами слепоглухоты.

В связи с изменениями этиологии слепоглухоты изменился и диагноз нарушения зрения. За эти 17 лет заметно уменьшилось число случаев атрофии зрительных нервов (с 42% до 8%) и почти втрое увеличилось число врожденной катаракты (с 26% до 76%) как причины глубокого нарушения зрения. Если в 1970 г. многие из воспитанников Детского дома имели приобретенную тотальную слепоглухоту, то в 1987 г. большинство слепоглухих воспитанников было детьми с врожденными нарушениями зрения и слуха из-за врожденной катаракты и врожденных тяжелых нарушений слуха. Большинство из них (78%) было слабовидящими глухими детьми [1].

Вторая попытка сравнительного состава детей со сложным сенсорным нарушением была сделана 2005-2006 гг. Мы проанализировали данные клинико-психологического обследования 58 слепых детей в возрасте от 8 месяцев до 6 лет 8 месяцев, имевших нарушения слуха или другие дополнительные нарушения, семьи которых обратились за консультативной помощью в период с 1974 по 2004 гг. Мы сравнили данные 22 слепых детей раннего и дошкольного возраста с дополнительными нарушениями, прошедших консультативное обследование в 1974-94 гг., с данными обследования их 36 сверстников в 1994-2004 гг.

Это исследование показало заметное увеличение в последнее десятилетие числа слепых детей с дополнительными нарушениями, получивших сложный дефект в результате глубокой недоношенности. Можно сказать, что ретинопатия недоношенных стала самой распространенной причиной осложненной слепоты у этих детей. Эта цифра составила в эти годы 61% наблюдений. За 20 лет

первого периода наблюдений число детей с ретинопатией недоношенных составило всего 9%. Необходимо отметить, что во все годы изучения слепых дошкольников со сложными нарушениями оставался высоким процент случаев с неясной этиологией (18% и 20%).

Пытаясь описать структуру нарушений у наблюдаемых нами слепых детей с дополнительными нарушениями, мы столкнулись с большими трудностями в систематизации этих нарушений. Мы разделили всех детей на две большие группы: имеющих сложные нарушения с выраженным отставанием в психическом развитии и без такого отставания (функционирующих на среднем и низком уровне). Оказалось, что в разные годы наблюдений число слепых детей с дополнительными нарушениями, с относительно благополучным психическим развитием составило примерно одинаковое число (18-20%). Среди этих детей мы могли выделить три случая двойных нарушений: слепоглухоту, слепоту с двигательными нарушениями, слепоту с эмоциональными нарушениями и один случай тройного дефекта - слепоглухоту с двигательными нарушениями. Длительные наблюдения показывают, что состояние части детей, казавшихся достаточно благополучными в отношении сохраненных возможностей психического развития, резко ухудшилось при вступлении их в подростковый возраст и старше.

Глубокое отставание в психическом развитии было характерно для большей части обследованных в разные годы детей с осложненной слепотой и составило более 77% от всех наблюдений. Для всех слепых детей с выраженным отставанием в психическом развитии характерным была множественность имеющихся у них неврологических и психических нарушений. Для этой группы детей характерны 12 вариантов сочетания сенсорных, неврологических и психических нарушений, из которых только одно - слепоту с умственной отсталостью - можно назвать двойным, остальные выглядят как сочетания трех и более нарушений у одного ребенка. Именно для этой группы детей характерно наличие эпилептических расстройств. Все эти факты свидетельствовали о высоком риске глубокого отставания в психическом развитии у детей с глубоким нарушением зрения и дополнительными нарушениями, обусловленными врожденным или рано приобретенным поражением ЦНС [4].

Третье сравнительное исследование было проведено нами в 2009 г. В нем мы попытались проанализировать собранные нами клинико-психолого-педагогические данные о всех лицах с двойным сенсорным нарушением за 37 лет наблюдений (с 1972 по 2009 гг.). Особенность нашей выборки состояла в том, что все дети и взрослые обследовались или наблюдались нами лично: их семьи обращались за консультацией в Институт коррекционной педагогики РАО (до 1992 г. - Институт дефектологии АПН СССР), они наблюдались нами в Детском доме слепоглухих, в специальных школах и центрах.

Общее количество наших наблюдений составило 457 случаев. Все обследованные нами имели выраженные нарушения зрения и слуха, 249 (52%) были мужского пола и 208 (47%) женского пола. Они проживали на всем пространстве бывшего СССР и нынешней России. Только 22% (100) проживали в Москве и Московской области.

43% (196) обследованных обучались в Детском доме слепоглухих от одного года и более. 22% (103) обучались на момент обследования в школе глухих, 2% (11) – в школе для слепых. 10% воспитывались в разных учреждениях социальной защиты. Остальные 23% нигде не обучались.

Возраст наблюдаемых нами слепоглухих детей и взрослых колебался от 8

мес. до 54 лет. Только один случай был 1924 г.р, остальные родились в период с 1942 по 2005 гг.

Состояние зрения большинства из них было оценено как слабовидение – 79% (330 чел). 21% (127чел) имели слепоту. Самым распространенным диагнозом нарушения зрения была катаракта - 52% (238); на втором месте - нарушение рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм) – 12% (53); на третьем месте – атрофия зрительных нервов - 11% (52) и заболевания сетчатки - 7% (31).

Большая часть обследованных была глухими -61% (278 чел), меньшая – слабослышащими -39%(179).

Психическое состояние примерно половины из них было оценено на момент обследования как относительно нормальное для человека с нарушенным зрением и слухом, они также не имели выраженных дополнительных нарушений - 54% (248). 12% (53) имели двигательные или соматические дополнительные нарушения. 34% (156) имели выраженное отставание в психическом развитии, и у них отмечались также соматические, двигательные, неврологические, поведенческие и другие расстройства.

Этиологические факторы в 25% (116) случаев были не установлены. 25% (117) появились на свет недоношенными. В 33% наблюдений они перенесли разные заболевания внутриутробно или сразу после рождения. Наследственная патология была установлена только в 17% случаев.

Для того чтобы посмотреть, как изменялся состав наблюдаемых нами слепоглухих детей и взрослых со временем, мы разбили все наши случаи по годам рождения и получили 13 групп. Особенностью нашей выборки является ее недостаточная репрезентативность, т. к. группы слепоглухих разных годов рождения не уравниены по числу и очень незначительны в самые давние и последние годы наблюдений. Но, по нашему мнению, эти наблюдения изменения состава слепоглухих, обратившихся за помощью к специалистам в течение почти сорока лет, могут представлять определенный интерес.

Таблица 1.

Распределение числа наблюдаемых слепоглухих по годам рождения

№ п/п	Годы рождения	Количество случаев
1.	Рождены до 1944 г.	6
2.	1945-1949	7
3.	1950-1954	8
4.	1955-1959	10
5.	1960-1964	11
6.	1965-1969	91
7.	1970-1974	86
8.	1975-1979	81
9.	1980-1984	63
10.	1985-1989	40
11.	1990-1994	17
12.	1995-1999	26
13.	2000-2005	11
	Всего	457

Анализ клинических данных слепоглухих детей и взрослых, наблюдаемых нами в этот период времени, позволил увидеть большие изменения в этиологии

и структуре нарушений у слепоглухих, появившихся на свет в разные годы.

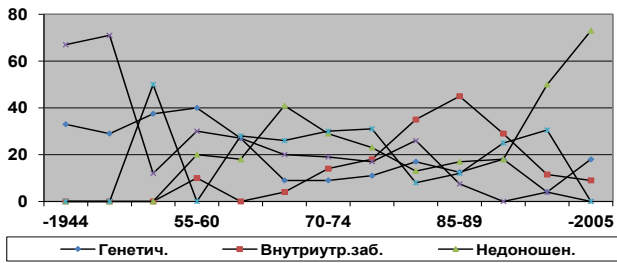


Диаграмма 2. Изменения в этиологии слепоглухоты среди слепоглухих разных лет рождения.

По нашим данным, представленность внутриутробной краснухи как причины слепоглухоты растет начиная с середины 70-х годов и уменьшается к концу 90-х. К этому нужно добавить, что убедительных данных о пандемии краснухи в СССР в середине 60-х годов, в отличие от западно-европейских стран, США и Австралии, мы не имеем. А прививки против краснухи были введены в России примерно в 1998 г. Мы также видим снижение в последние десятилетия числа случаев приобретенной слепоглухоты в результате постнатальных заболеваний менингитом и менингоэнцефалитом. Заметен рост глубокой недоношенности как причины двойного сенсорного нарушения в последние годы.

Перечисленные выше заболевания, перенесенные детьми в разное время и приведшие к слепоте, по-разному сказываются на поражении глаз. Следующие диаграммы показывают распространенность наиболее тяжелых диагнозов заболеваний глаз (катаракта, атрофия зрительных нервов, ретинопатия недоношенных и пигментная дистрофия сетчатки) у слепоглухих, появившихся на свет в разное время.

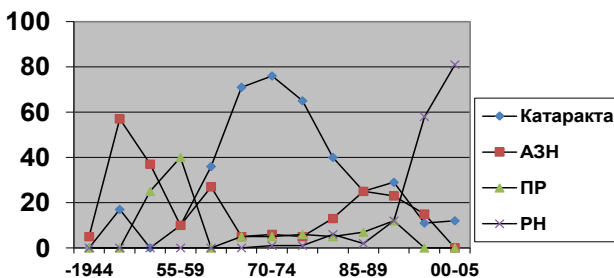


Диаграмма 3. Диагнозы заболевания органов зрения среди наблюдаемых нами слепоглухих разных лет рождения.

Можно отметить рост представленности врожденной катаракты как причины тяжелых нарушений зрения у лиц, рожденных в период примерно от 1960-90 гг. Среди других заболеваний органов зрения за годы наших наблюдений несколько снижается представленность атрофии зрительных нервов (АЗН), пигментного ретинита (ПР) и отмечается заметный рост числа ретинопатии недоношенных (РН) у лиц, появившихся на свет в период с начала 90-ых и до первого десятилетия 00-ых.

Нам также было интересно сравнить представленность врожденных и приобретенных причин двойного сенсорного нарушения у слепоглухих разных лет рождения.

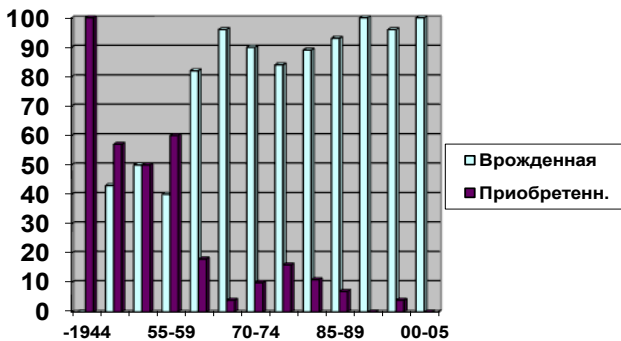


Диаграмма 4. Представленность врожденной и приобретенной слепоглухоты среди наблюдаемых нами лиц разных лет рождения.

Как видно из представленных в диаграмме данных, мы можем наблюдать заметное снижение случаев приобретенной слепоглухоты (в результате постнатальных заболеваний и травм) среди лиц с двойным сенсорным нарушением, родившихся в конце 50-х годов и позже. И преобладающее число случаев врожденных причин слепоглухоты среди детей и взрослых, родившихся в эти годы.

Как следствие преимущественно врожденных причин тяжелых нарушений зрения и слуха мы наблюдаем рост осложненности слепоглухоты выраженным отставанием в психическом развитии у наблюдаемых нами лиц, рожденных в последние 25 лет.

Наши данные, отраженные в этой диаграмме показывают, что среди лиц, рожденных с конца 50-х годов и до последних лет, становится все больше слепоглухих с множественными нарушениями (МН). В последние 15 лет отмечается заметное увеличение обратившихся за помощью слепоглухих с выраженными интеллектуальными проблемами, испытывающих огромные трудности в обучении и которых принято называть «функционирующими на низком уровне» (НФ).

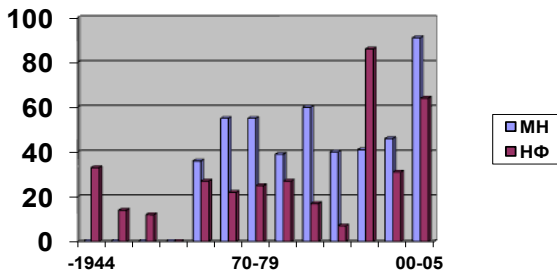


Диаграмма 5. Представленность слепоглухоты, осложненной выраженным отставанием в развитии среди наблюдаемых нами лиц разных лет рождения.

Выводы:

Не смотря на недостаточное число наблюдений слепоглухих людей, рожденных в 1940-50 гг. и 2000-05 гг., полученные нами данные свидетельствуют о значительном уменьшении слепоглухих с приобретенной в разном возрасте слепоглухотой и увеличении числа лиц с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившимися на свет начиная с начала 60-х годов и до последних лет.

Между слепоглухими с преимущественно врожденными причинами слепоглухоты, рожденными в разные годы наблюдений, можно отметить большую разницу. У детей и взрослых, рожденных между 50-ми и 80-ми годами прошлого века, мы наблюдали меньшее число множественных нарушений и выраженного отставания в психическом развитии. Наиболее частой причиной нарушений зрения у этих лиц была врожденная катаракта, причины которой остаются до сих пор недостаточно ясными. Эти дети достаточно успешно обучались и социализировались, что позволяет предположить преимущественно периферический уровень поражения зрения и слуха как результат постнатальных заболеваний в первый год жизни (пневмонии, сепсис и др.) и возможно особенностей медикаментозного лечения в эти годы.

Поражения зрения и слуха на центральном уровне мозговых структур заметно увеличиваются среди наших клиентов, рожденных с конца 80-х годов, о чем свидетельствует рост слепоглухих с различными системными дополнительными нарушениями, в том числе и с выраженными трудностями в обучении. Причинами подобных множественных нарушений все чаще в эти годы становилась глубокая недоношенность. Наиболее часто встречаемым диагнозом слепоты у этих детей становится ретинопатия недоношенных.

Отмеченные нами изменения в составе слепоглухих лиц, в обследовании которых мы принимали участие, согласуются с аналогичными данными, полученными в других странах. Сбор и сопоставление данных о слепоглухих, рожденных в России и других странах, в разные годы может не только констатировать изменения популяции слепоглухих и планировать изменения содержания их обучения, но и пролить свет на возможные причины будущей тяжелой инвалидности в мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басилова Т.А. Изучение состава учреждений для слепоглухих детей. В сб.: Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей. - М.: изд-во АПН СССР, 1990. – С. 6-17.
2. Басилова Т.А. О слепых детях с дополнительными нарушениями и проблемах их семейного воспитания. Рос. гос. б-ка для слепых. - М., 2009. - 31 с.
3. Басилова Т.А. 100 лет обучения слепоглухих в России: некоторые итоги и перспективы. В сб. «Другое детство». - МГППУ, 2009. - С.226-239.
4. Басилова Т.А., Александрова Н.А. Анализ результатов изучения слепых детей со сложным нарушением развития за тридцать лет //Дефектология, 2006, № 3.
5. Басилова Т.А., Александрова Н.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития. - М.: Просвещение, 2008.
6. Блюмина М.Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология, 1989, №-3.
7. Браун Д. Тенденции изменения популяции детей со сложной структурой нарушения //Дефектология, 2000, № 1.
8. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. - М.: Педагогика, 1974.
9. Независимая жизнь и социальная адаптация слепоглухих инвалидов в современном мегаполисе. Метод. руков. для работников социальной сферы / Под ред. Т.А. Басиловой. - М.: МГППУ, 2008. – 252 с.
10. Соколянский И.А. Обучение слепоглухонемых детей. В. сб.: Обучение и воспитание слепоглухонемых / Под ред. И.А.Соколянского и А.И. Мещерякова. - Известия АПН РСФСР. - М., 1962, вып. 121, (а).
11. Ярмоленко А.В. Очерки психологии слепоглухонемых. - Л, 1961.
12. Basilova T., Paikova A. Changes among the Deaf-blind population in Russia / Deaf-blind International 7 European Conference. - Senigalia, Italy. - P.104.
13. Best C. The "New" Deaf-Blind? // British Journal of Visual Impairment, 1983, 1-2. - P.11-13.
14. Collins M., Majors M. and Riggio M. New Deaf-Blind Population: Etiological Factors and Implications for the Future. - Proceedings of the 10th IAEDB International Conference. - Orebro, Sweden, 1991.
15. Riggio M. A Changing Population of Children and Youth with Deaf-Blindness: Reaction Paper in Proceedings of the National Conference on Deaf-Blindness. – Hilton/Perkins National Program; Boston, 1992.

Е.В. Свистунова, Н.В. Удалова

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОЙ, ПОЛОВОЙ И ВОЗРАСТНОЙ
ИДЕНТИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО
ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Московский городской педагогический университет; Эндокринологический научный центр (Москва).

Болезнь Иценко–Кушинга (БИК) – тяжелое нейроэндокринное заболевание, развивающееся вследствие повышения продукции адренокортикотропного гормона (АКТГ) гипофизом, в большинстве случаев обусловлено наличием кортикотропиномы передней доли гипофиза. Гиперсекреция АКТГ опухолью вызывает двустороннюю гиперплазию коры надпочечников и гиперпродукцию кортизола, надпочечниковых андрогенов, что обуславливает клинические про-

явления болезни. Повышенная секреция глюкокортикоидов приводит к поражению сердечно-сосудистой системы, остеопорозу, ожирению, остановке роста и выраженному нарушению в психоэмоциональной сфере у детей, а при отсутствии лечения к летальному исходу. Известно, что высокие дозы глюкокортикоидов вызывают дегенеративные изменения в различных структурах мозга. Прогрессирование заболевания может привести к развитию энцефалопатии смешанного генеза [14].

Психические изменения у детей с БИК наблюдаются довольно часто. К ним относят расстройства сна (6-11%) [5, 12], нарушения настроения и активности в виде эмоциональной лабильности, эйфории или психической астении (12-53%) [5, 11]. Острые психические расстройства у детей на фоне заболевания встречаются реже, но при их появлении обязательным является назначение адекватной психотропной терапии. Ремиссия заболевания приводит к улучшению самочувствия, однако нередко пациенты продолжают предъявлять различные жалобы по поводу своего психоэмоционального состояния.[3].

Лечение БИК у детей представляет сложную задачу, эффективное решение которой зависит от точности диагностики, правильной оценки активности гипокортицизма и тяжести течения заболевания, а также от индивидуального подхода и выбора метода лечения [13]. В нашей стране для лечения БИК у детей применяются два метода: трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза (ТСА) и облучение гипофиза протоновым пучком (ПТ).

Среди наиболее частых побочных эффектов как ТСА, так и ПТ выделяют гипопитуитаризм. Данное состояние проявляется в виде выпадения тропных функций гипофиза. Клинически гипопитуитаризм проявляется развитием вторичных расстройств: гипотиреоза, гипогонадизма, гипокортицизма, дефицита соматотропного гормона (СТГ). Несахарный диабет, как правило, является транзиторным осложнением ТСА. После ПТ выпадение тропных функций гипофиза носит постепенный характер. Развитие гипопитуитаризма требует не только назначения пожизненной заместительной гормональной терапии, но и постоянного динамического наблюдения пациентов [7].

Хроническое течение эндокринного заболевания значительно изменяет всю жизненную ситуацию больного и может привести к изменению его личности [10]. Последнее, в свою очередь, сказывается на психической и социальной адаптации больных, на всей системе их взаимоотношений, на эффективности проводимого лечения. Начинаясь во взрослом возрасте, болезнь оказывает воздействие на зрелую личность, тогда как в детском и подростковом возрасте под действием болезни происходит деформация идентичности, которая складывается путем интеграции различных идентификаций и напрямую зависит от внешних факторов [2, 6].

Опираясь на исследования многих авторов, мы предполагаем, что изучение характеристик базовых идентификаций может дать важную диагностическую информацию о формировании личности подростков, перенесших в детстве БИК [1, 4, 8, 9]. Используя психотерапевтические технологии, мы помогаем формировать гармоничный «Образ Я» подростка и активизировать его внутренние ресурсы, необходимые для успешного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 38 пациентов, получивших в детском возрасте различные методы лечения по поводу БИК. В данной группе ПТ на область гипофиза получили 24 пациента, ТСА была методом выбора у 14 паци-

ентов. Средний возраст пациентов на момент катamnестического обследования составил 17,6 лет (от 13,2 до 22,1 года). БИК несколько чаще встречалась у мальчиков (52,6%), на долю девочек пришлось 47,4%. При изучении данных анамнеза было выявлено, что возраст манифестации БИК у детей составил в среднем 10 лет (от 7 до 15 лет). Длительность заболевания с момента появления первых симптомов до установки диагноза колебалась от 1 г. до 6 лет и в среднем составила $3,1 \pm 1,5$.

Все пациенты на момент проведения катamnестического обследования находились в состоянии клинко-гормональной ремиссии по поводу основного заболевания. Анализ частоты различных осложнений после проведенного лечения показал, что гипопитуитаризм выявлен в 61% случаев, тогда как снижение только одной функции гипофиза диагностировано у 24% пациентов. Пангипопитуитаризм при обследовании подтвержден у одной пациентки (3%). Четыре подростка (12%), в данной группе, на момент обследования были здоровы. Все пациенты получали заместительную гормональную терапию, которая подбиралась в индивидуальном порядке.

В контрольную группу вошли 56 здоровых подростков того же возраста и пола.

Для исследования психологических особенностей подростков, получивших в детском возрасте лечение по поводу БИК, и их здоровых сверстников, были выбраны внешние данные идентификации, которые актуальны именно для подросткового возраста: телесная, половая и возрастная.

Программа исследования психологических особенностей подростков включала 4 методики: опросник «Незавершенные предложения для изучения личностной идентичности» (Е.В. Свистунова); Цветовой тест отношений (Е.Ф. Бажин и А.М. Эткинд); «Двойной рисунок человека» (модификация Е.В. Свистуновой); «Возраст. Пол. Роль.» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий).

Для количественного анализа результатов проективных методик были выделены маркеры, по которым судили о принятии или непринятии подростком своего тела, пола и возраста. Половая идентичность: общий облик, фигура, детали одежды соответствуют полу; при описании мужчины и женщины преобладают положительные характеристики; адекватно выделены черты личности, неприемлемые для пола. Телесная идентичность: четкость прорисовки телесных границ; присутствуют детали, указывающие на привлекательность облика; тщательность прорисовки лица; при описании преобладают положительные характеристики внешнего вида. Возрастная идентичность: изображение фигуры соответствует возрасту испытуемого; имеются дополнительные детали (аксессуары), указывающие на принадлежность к определенному возрасту; предпочтение портретных выборов своего возраста; восприятие психологического возраста как непрерывного континуума. Для унификации данных была введена трехуровневая система оценки результатов (высокий, средний, низкий уровень). Наличие признака оценивалось в 1 балл, отсутствие – 0 баллов.

В исследовании применялись статистические методы (описательная статистика, критерии Манна-Уитни, критерий χ^2). Обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных статистических программ STATISTICA 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Телесная идентичность – это принятие уникальности своей телесной оболочки как естественного условия материального существования. Идентификация с телом происходит в соответствии с традиционным отношением к нему в

среде, к которой принадлежит подросток. Заболевая в раннем возрасте, ребенок переживает из-за искажения границ своего тела и отрицательного или положительного отношения к нему значимых людей, в первую очередь, родителей, сверстников, врачей. Части тела могут быть приняты им как «хорошие» или «плохие» в той мере, в какой это допускается окружением. Физические ощущения, соединяясь с социальными ожиданиями, формируют сложную систему переживаний подростка.

Результаты, представленные в таблице 1, позволяют количественно представить телесную идентичность подростков, перенесших болезнь Иценко – Кушинга и их здоровых сверстников. Балльная оценка позволяет определить степень принятия как облика в целом, так и отдельных его частей. Количество баллов от 30 до 21 соответствовало высокой степени принятия, от 20 до 11 – средней и менее 10 – низкой.

Таблица 1.

Степень принятия подростками своего тела (по 30-балльной шкале)

Маркер телесной идентичности	Девушки из экспериментальной группы		Девушки из контрольной группы		Юноши из экспериментальной группы		Юноши из контрольной группы	
	М	м	М	м	М	м	М	м
внешний облик	25	2,8	27	1,6	23	1,2	28	0,9
лицо	16*	2,3	24	1,8	18*	1,3	26	1,9
тело	11*	1,5	21	1,8	24	1,2	25	1,6
фигура	12*	2,1	19	2,9	14*	1,8	22	2,1

* - достоверные различия ($p \leq 0,05$) между показателями групп.

При описании своего **облика** девушки и юноши из обеих групп показали высокий уровень принятия. Подавляющее большинство ответов было положительным (84% и 83% в группе девушек и 81% и 84% в группе юношей соответственно), примерно по 15% в каждой группе было нейтральных характеристик («нормальный», «такой, как у всех»). Неадекватных ответов практически не было. Девушки из контрольной группы чаще оказывались недовольны своим весом и ростом, юноши – ростом.

Особое значение для подростка обретает **его лицо**, именно в этом возрасте большое внимание уделяется отдельным деталям. Все подвергается ревизии, которой сопутствуют тревога, неуверенность в себе и одновременно надежда на свою привлекательность. При описании лица половина девушек из экспериментальной группы давали нейтральные ответы («нормальное», «обычное», «румяное», «смуглое», «овальное» и т. п.). В контрольной группе такие ответы составили треть. Позитивные описания встречались в 30% и 67% случаев соответственно («приятное», «милое», «мне нравится»), негативные описания – в 20% и 3% случаях («проблемное», «не идеальное», «толстое»). При характеристике деталей особое внимание уделялось описанию глаз и волос.

Юноши из экспериментальной группы достоверно чаще давали отрицательные и нейтральные ответы при описании лица, в основном это касалось формы («не симметричное», «как груша»). Только треть из них (33%) давала позитивное описание своего лица (в контрольной группе 67% позитивных описаний).

Представление о **теле** достоверно отличались в экспериментальной и кон-

трольной группах девушек.

В экспериментальной группе половина испытуемых (51%) считала, что тело должно быть здоровым, в контрольной группе таких ответов был 21%. Хорошее физическое состояние тела (подтянутость, спортивность, изящество) отмечали 14% подростков из экспериментальной и 49% из контрольной группы. Остальные ответы касались привлекательности, гармонии духовного и физического начала в человеке.

Представление о своем теле юношей исследуемых групп были адекватно высоким. Достоверных отличий в оценках не было.

Восприятие своей **фигуры** было адекватно положительным у 15% девушек с БИК и 38% из контрольной группы. Нейтральные характеристики фигуры дали 25% подростков из экспериментальной и 38% из контрольной группы. Негативное отношение к фигуре было у 60% и 24% девушек соответственно («уродливая», «нет фигуры», «некрасивая», «ужасная», «не нравится мне», «не нравится другим»). Та же тенденция прослеживалась и в группе юношей. Всего 10% юношей из экспериментальной группы оценили свою фигуру как «хорошую», в контрольной – 42%. Чаще всего у юношей из экспериментальной группы при описании фигуры появлялись ответы «нестандартная», «ужасная», «не идеальная», «квадратная» и т. п.

Полоролевая идентичность понимается нами как частный случай самоидентичности, благодаря которой возникает субъективное «чувство пола», личность развивается по маскулинному или фемининному типу и формируются модели поведения, соответствующие половым ролям. Уровень маскулинности/фемининности подростков, перенесших БИК, и их здоровых сверстников представлен в баллах. (Таблица 2).

Таблица 2.

Уровень маскулинности / фемининности подростков, представленный по 30–балльной системе

Маркер половой идентичности	Девушки из экспериментальной группы		Девушки из контрольной группы		Юноши из экспериментальной группы		Юноши из контрольной группы	
	М	м	М	м	М	м	М	м
Маскулинность	17*	2,3	8	1,7	18*	2,1	26	1,4
Фемининность	21*	2,0	27	1,9	16*	1,8	9	2,3

* - достоверные различия ($p \leq 0,05$) между показателями групп.

Показатели маскулинности и фемининности достоверно отличались в контрольной и экспериментальной группах, что позволило провести дополнительный анализ результатов для выделения четырех полоролевых типов (таблица 3).

Как видно из данных, приведенных в таблице 3, у девушек из экспериментальной группы преобладает андрогинный тип и достоверно реже встречается фемининный. В современной психологии считается, что андрогинный тип личности наиболее адаптивен в социальной сфере. Для таких людей характерны жесткость (но не жестокость), активное продвижение к цели, высокая поисковая активность. К сожалению, этот полоролевой тип не предполагает высокого уровня развития женственных черт, что может затруднить поиск сексуального партнера и создание семьи.

Таблица 3.

Распределение выборки подростков по группам полоролевых типов

Полоролевой тип	Маскулинность	Фемининность	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значимость отличий
Девушки					
Андрогинный	Выс	Выс	48%	16%	0,001
Маскулинный	Выс	Низ	9%	4%	0,298
Фемининный	Низ	Выс	37%	68%	0,048
Недифференцированный	Низ	Низ	6%	12%	0,061
Юноши					
Андрогинный	Выс	Выс	39%	33%	0,816
Маскулинный	Выс	Низ	20%	51%	0,036
Фемининный	Низ	Выс	25%	6%	0,004
Недифференцированный	Низ	Низ	16%	10%	0,124

Выделены ячейки, в которых результаты, полученные по группам, достоверно отличаются при $p \leq 0,05$.

Для юношей из экспериментальной группы наиболее характерным был андрогинный тип (39%). Маскулинный и фемининный тип встречались одинаково часто (20% и 25% соответственно), что статистически достоверно отличается от контрольной выборки. Феминизация юношей из экспериментальной группы может быть связана с высоким уровнем инфантилизма у этих подростков.

Качественный анализ незавершенных предложений позволил выявить ряд особенностей при описании мужчин и женщин подростками, перенесшими в детстве БИК.

Девушки из экспериментальной группы при характеристике женского пола достоверно чаще говорили о самостоятельности, интеллекте, высокой активности. Отмечали, что женщины должны быть: женственными (неприемлемо кокетство); хорошо выглядеть (неприемлемо много времени уделять косметическим процедурам); любить детей (неприемлемо баловать детей). У здоровых сверстниц при описании женщин преобладали ответы: должны быть красивыми (неприемлемо неопрятными); должны уметь любить (неприемлемо предавать близких); быть хорошими мамами и хозяйками (неприемлемо не заботиться о своих близких).

При характеристике мужчин девушки из экспериментальной группы подчеркивали силу и отсутствие вредных привычек, а их здоровые сверстницы ум и порядочность. В качестве неприемлемых форм поведения большинство девушек из обеих групп выбирали злоупотребление алкоголем, агрессию, ложь.

Юноши из экспериментальной группы при описании своего пола больший акцент делали на таких качествах, как ответственность, доброжелательность, галантность. Неприемлемы для пола – высокомерие и агрессия. Их здоровые сверстники чаще всего отмечали силу, в качестве неприемлемых черт – отсутствие мужественности и пристрастие к алкоголю.

При описании женщин все подростки отмечали ум и внешнюю привлекательность как положительные характеристики, асоциальность – как неприемлемую. Юноши из экспериментальной группы достоверно чаще отмечали такие

качества, как доброжелательность и женственность. В качестве неприемлемых черт – агрессивность и склонность к правонарушениям.

Возрастная идентичность измерялась по параметрам принятия-отвержения пяти возрастных категорий: детский возраст В1 (4-12 лет); подростковый и юношеский возраст В2 (13-21 год); возраст ранней зрелости В3 (22-35 лет); возраст поздней зрелости В4 (36-55 лет); пожилой возраст В5 (старше 55 лет) (таблица 4).

Таблица 4.

Выбор привлекательных и непривлекательных портретов лиц разного возраста

	В1+	В2+	В3+	В4+	В5+	В1-	В2-	В3-	В4-	В5-
	Девушки									
Экспериментальная группа	0,33	0,26	0,31	0,08	0,02	0,07	0,07	0,12	0,25	0,59
Контрольная группа	0,19	0,25	0,34	0,16	0,15	0,21	0,10	0,18	0,13	0,31
	Юноши									
Экспериментальная группа	0,32	0,28	0,31	0,10	0,04	0,19	0,16	0,10	0,14	0,56
Контрольная группа	0,15	0,26	0,34	0,27	0,06	0,08	0,20	0,12	0,18	0,37

Выделены ячейки, в которых результаты, полученные по группам, достоверно отличаются при $p \leq 0,05$.

Девушки из экспериментальной группы в качестве предпочитаемых достоверно чаще, чем девушки из контрольной группы, выбирали детские портреты как мальчиков, так и девочек. Обратная тенденция наблюдалась при выборе отвергаемых портретов. Девушки из экспериментальной группы значимо чаще отвергали мужские и женские портреты людей от 40 лет и старше.

Юноши из экспериментальной группы отдавали явное предпочтение детским портретам женского пола по сравнению с контрольной группой. В то же время женские портреты своей возрастной категории ими выбирались как предпочитаемые достоверно реже, чем подростками контрольной группы. В отвергаемые мужские портреты попали изображения лиц младшей возрастной группы. Остальные выборы достоверно по группам не отличались. Портреты пожилых людей как женского, так и мужского пола отвергались чаще, чем подростками из контрольной группы.

Качественный анализ возрастной идентичности учитывал, насколько адекватен выбор социальных ролей для индивидов разного возраста, а также, в какой из возрастных категорий подростки будут чувствовать себя комфортно (таблица 5).

Понятие «старшинства» имеет не только описательное, но и ценностное, социально-статусное значение, обозначая асимметрию прав и обязанностей. Во всех языках понятие «младший» психологически указывает не только на возраст, но и на зависимый, подчиненный статус. Таким образом, девушки из экспериментальной группы стремились повысить свой социальный статус, а юноши избегали этого, стремясь занять позицию «опекаемого» и «зависимого». Все подростки из экспериментальной группы достоверно чаще хотели оказаться в младшем возрасте, вернуться в то время, когда не было болезни.

Таблица 5.

Выбор подростками возрастной группы, в которой они чувствовали бы себя комфортно

Возрастная категория	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Значимость отличий
Девушки			
Младше своего возраста	23%	10%	0,044
Свой возраст	36%	59%	0,008
Старше своего возраста	41%	31%	0,046
Юноши			
Младше своего возраста	26%	10%	0,041
Свой возраст	67%	61%	0,213
Старше своего возраста	7%	29%	0,038

Девушки из экспериментальной группы при условии возврата в младший возраст предпочитали что-то изменить в своем поведении («была бы послушной», «много спала», «начала бы петь»). Девушки из контрольной группы давали больше эмоционально окрашенных ответов («не стеснялась», «больше бы ценила заботу родителей», «больше внимания уделяла близким людям»). Представляя себя в зрелом возрасте, подавляющее большинство девушек из обеих групп говорило о детях, работе. Наличие семьи как обязательного условия будущего существования в два раза чаще упоминалось девушками из контрольной группы, о наличии друзей чаще говорили девушки из экспериментальной группы. Позитивное отношение к пожилому возрасту выразили 58% девушек из контрольной группы и 21% из экспериментальной. Общим было предположение, что в пожилом возрасте они будут заниматься внуками и семьей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во время самоидентификации формируется устойчивый образ самого себя, с которым человек должен жить. Этот образ может вступать в противоречие с идеальным образом, вызывая нарушение становления личностной идентичности.

Субъектное отношение к своему телу как к «проблемному», «нестандартному», «ужасному» не позволяет подросткам, перенесшим в детском возрасте БИК, быть самими собой, принимая себя во всем многообразии с достоинствами и недостатками. Более половины из них не может установить партнерские отношения со своим телом, вести с ним внутренний диалог, который возможен только благодаря глубинному самопринятию. Нарушения телесной идентичности в подростковом возрасте, в дальнейшем может снизить уровень качества жизни и вызвать затруднения аутентичного самовыражения.

Полоролевая идентичность как подструктура самосознания не имеет грубых нарушений у подростков, перенесших в детстве БИК. У них преобладает андрогинный тип половой идентичности, который считается социально адаптивным. Однако, наличие у девушек большого количества маскулинных черт, а у юношей фемининных может затруднить построение интимно-личностных отношений с партнером и создание семьи.

Возрастная идентичность считается адекватной, когда прошлое, настоящее и будущее воспринимается человеком целостно, в виде непрерывности и тождественности личной истории. Помимо этого важна насыщенность прошлого и настоящего времени позитивными или негативными образами–переживаниями, а будущего – ожидаемыми и прогнозируемыми событиями. Большинство подростков, перенесших в детстве БИК, воспринимает линию жизни не целостно, а фрагментарно, стараясь «вымарать» неприятные воспоминания из прошлого, и испытывает дискомфорт при прогнозировании будущего, т. к. ожидает там неприятные переживания, связанные с плохим здоровьем и личной неуспешностью.

Результаты нашей работы по изучению различных форм идентичности открывают возможность дифференциальной диагностики идентификационных нарушений, которые приводят к искажениям в развитии личности. Учет этих особенностей дает новые подходы к мотивации лечения детей и подростков с болезнью Иценко-Кушинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменкова В.В. Половая дифференциация и сексологизация детской субкультуры // Мир психологии. - 2000. - № 1. - С. 143-153.
2. Алексеева А.В. Идентичность: особенности становления в юношеском возрасте // Журнал практического психолога, 1999, № 1. - С. 3-9.
3. Антонова К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний. - М., 1998.
4. Базыма Б.А. Цвет и психика. Монография. ХГАК. — Харьков, 2001.
5. Волкова Т.Н. Клиника и лечение болезни Иценко-Кушинга у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1967.
6. Губогло М.Н. Идентификация идентичности. - М., 2008.
7. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. (под ред.) Болезнь Иценко-Кушинга. - М., 2011. – 215 с.
8. Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии // Психологический журнал, Т. 22. – 2001, № 3. - С. 100-115.
9. Иванова С.Р. Формирование идентификаций у подростков с нарушениями психического развития. Автореф. дис. - М., 2004.
10. Калинин А.Л., Котов С.В. Неврологические расстройства при эндокринных заболеваниях. - М., 2001.
11. Savage MO, Chan LF, Afshar F, Plowman PN, Grossman AB, Storr HL. Advances in the Management of Paediatric Cushing's Disease // Horm Res 2008;69:327–333.
12. Savage MO, Storr HL, Chan LF, Grossman AB. Diagnosis and treatment of pediatric Cushing's disease // Pituitary 2007 10:365–371.
13. Storr HL, Afshar F, Matson M, et al. Factors influencing cure by transsphenoidal selective adenomectomy in paediatric Cushing's disease // Eur J Endocrinol 2005; 152:825–833.
14. Yanovski JA, Cutler GB Jr. Glucocorticoid action and the clinical features of Cushing's syndrome // Endocrinol Metab Clin North Am. Sep 1994.

Д. В. Адамчук

**ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ТАБАКОКУРЕНИЯ
В МОСКВЕ И РИГЕ: ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА,
ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА, МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ**
Институт социологии образования РАО (Москва).

Настоящая статья основана на материалах социологического исследования, которое было проведено в 2010 г. Институтом социологии образования РАО (ИСО РАО) совместно с Рижской академией педагогики и управления образованием среди учащихся основной и старшей школ Москвы и Риги. В ходе исследования были опрошены 993 учащихся 9-х и 11-х классов московских общеобразовательных школ, 964 русскоязычных учащихся 9-х и 12-х классов русских школ Риги и 975 учащихся 9-х и 12-х классов латышских школ.

Многопредметное по своему характеру исследование включало отдельный тематический блок, посвященный девиантному поведению подростков, а именно таким его формам, как табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков. В данной статье мы ограничимся рассмотрением особенностей лишь одной из перечисленных девиаций — подросткового табакокурения.

Настоящее исследование является продолжением ряда исследовательских проектов, направленных на изучение девиантного поведения подростков, проведенных ИСО РАО [1; 5; 8], однако предыдущие наши исследования по данной проблематике были реализованы преимущественно на основе опросов российских школьников и студентов. В этой связи основное внимание при анализе материалов мы уделим распространенности табакокурения среди московских школьников, сопоставив их ответы с материалами исследования, полученными на выборках русскоязычных учащихся из Риги и латышских школьников. Эта задача, на наш взгляд, представляет особый интерес, поскольку позволяет выявить и в первом приближении охарактеризовать кросскультурные особенности подросткового табакокурения.

Распространенность и интенсивность подросткового табакокурения. Материалы опроса московских школьников показывают, что на свою приобщенность к курению указывают 22,9% опрошенных подростков. При этом в их ответах прослеживается гендерная специфика и возрастная динамика (см. рис. 1).

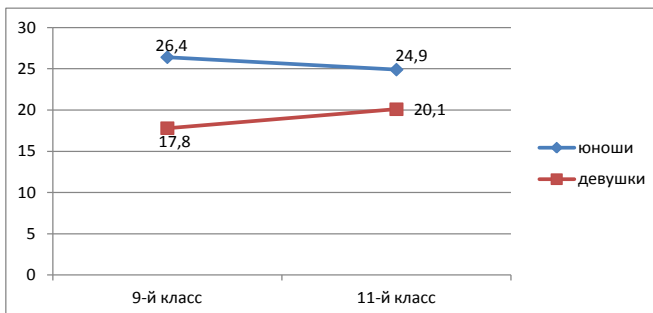


Рисунок 1. Возрастная динамика изменения доли юношей и девушек, фиксирующих свою приобщенность к курению (%).

Представленные на рисунке данные свидетельствуют о том, что в 9-м классе доля курящих юношей существенно превышает долю курящих девушек (26,4% и 17,8% соответственно, $p=.02$). Однако уже к 11-му классу доли курящих юношей и девушек становится фактически одинаковым, и статистически значимых различий между ними не обнаруживается.

Вместе с тем мы имеем возможность сопоставить данные настоящего исследования с материалами опроса учащихся московских школ 7, 9 и 11-х классов, проведенного ИСО РАО в 2001–2002 учебном году, в ходе которого подросткам предлагалось ответить на аналогичные вопросы. Так, если по данным опроса 2002 г. доля курящих среди учащихся 9–11-х классов составляла 32,3%, то в 2010 г. она существенно сократилась и составила 22,9%. Особый интерес, на наш взгляд, здесь представляют половозрастные особенности приобщенности к курению (см. табл. 1).

Таблица 1.

Динамика изменений доли курящих среди юношей и девушек разного возраста по данным опросов 2002 и 2010 гг. (%)

	Юноши			Девушки		
	2002 г. (%)	2010 г. (%)	$p=$	2002 г. (%)	2010 г. (%)	$p=$
Среднее значение по ответам учащихся 9-х и 11-х классов	33,1	25,7	.006	32,6	19,0	.0001
7-й класс	7,1	—	—	8,7	—	—
9-й класс	31,0	26,4	—	27,4	17,8	.005
11-й класс	35,1	24,9	.009	37,8	20,1	.0001

Приведенные в таблице данные фиксируют, что пик приобщения подростков к табакокурению приходится на этап основной школы. Иными словами, к окончанию учащимися основной школы (9-й класс) процент курящих фактически достигает тех значений, которые в старшей школе уже не претерпевают особых изменений. Наряду с этим представленные данные свидетельствуют также о том, что с 2002 по 2010 гг. в характере приобщения к курению девушек произошли существенные изменения. Так, в 2002 г. после резкого пика приобщения к курению, который фиксировался на рубеже 7-го и 9-го классов, доля курящих девушек продолжала расти от 9-го к 11-му классу. Данные же опроса 2010 г. позволяют сделать вывод о том, что табакокурение как стилевая особенность поведения девушки-подростка формируется уже к 9-му классу, а в 11-м доля курящих девушек увеличивается незначительно.

В соответствии с логикой анализа данных, изложенной во вступлении, проведем еще одно сопоставление, а именно: сравним данные о приобщенности подростков к курению, полученные в трех разных подвыборках нашего исследования: московские школьники, школьники из русских и латышских школ Риги (см. рис. 2).

Представленные на рисунке данные интересны в двух отношениях. Во-первых, они фиксируют, что по сравнению с подростками из Риги среди московских школьников доля курящих подростков заметно меньше. Так, рассмотрение данных даже без учета пола и возраста со всей очевидностью демонстрирует разницу в количестве курящих подростков: среди московских учащихся

курят 22,9%, среди учащихся русских школ Риги — 29,5%, среди учащихся латышских школ — 32,7% ($p \leq 0.0002$). Во-вторых, интересен и тот факт, что наиболее высока доля курящих среди девушек-девятиклассниц, обучающихся в латышских школах.

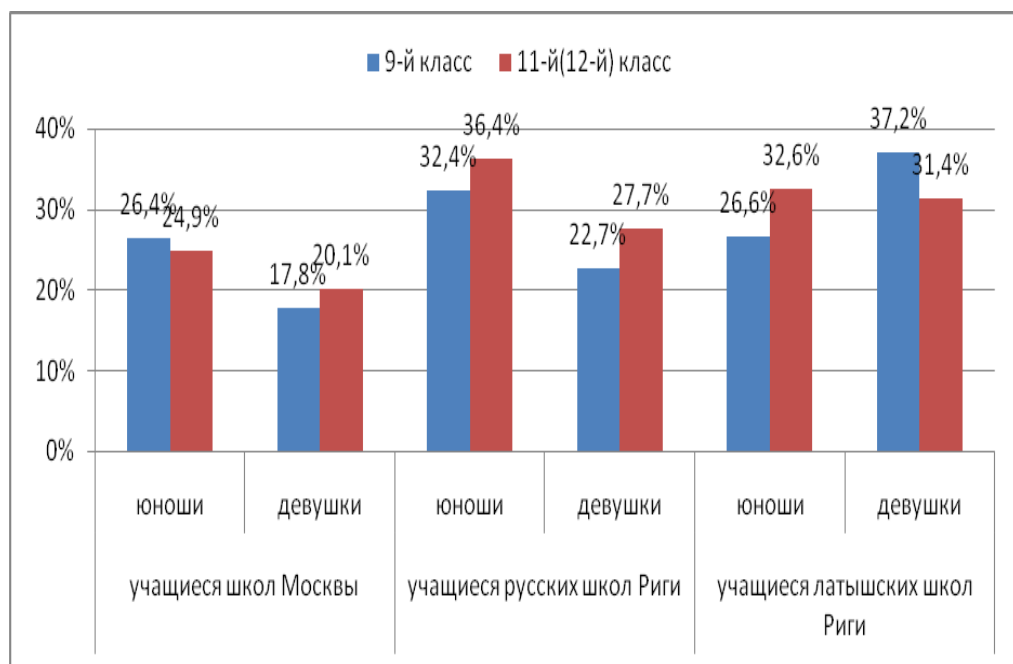


Рисунок 2. Возрастная динамика приобщенности к табакокурению юношей и девушек из различных подвыборок исследования (%)

Отметим, что фиксация школьником положительного ответа на вопрос «Курите ли Вы?» характеризует его самоидентификацию с курильщиком, однако сама специфика подросткового возраста подразумевает самоидентификацию подростка с множеством социальных ролей, поиск образцов для подражания, подбор поведенческих моделей. Таким образом, самоидентификация с курильщиком в данном случае может свидетельствовать не столько о наличии привычки или зависимости, сколько являться лишь временным атрибутом избранной поведенческой модели или служить средством достижения определенных целей (протестное поведение) или статусных позиций (подчеркивание возрастного статуса).

В этом отношении важным аспектом, отражающим особенности подросткового табакокурения, является интенсивность курения, т. е. количество ежедневно выкуриваемых сигарет. Здесь, как и в случае с самим фактом приобщенности подростков к табакокурению мы имеем возможность сопоставить ответы московских школьников по материалам опросов 2002 и 2010 гг. (см. рис. 3).

Как можно видеть из представленного рисунка, характер приобщения подростков к табакокурению по такому параметру как «интенсивность курения» существенно изменился в период с 2002 по 2010 гг. Так, если обратиться к рассмотрению материалов опроса 2002 г., то можно отметить, что пропорционально снижению доли курящих «до 5 сигарет в день», возрастало количество подростков, выкуривающих ежедневно «полпачки» сигарет. В 2010 г. картина на-

растания числа «интенсивных» курильщиков несколько изменилась: параллельно снижению доли курящих «до 5 сигарет в день» растет число интенсивных курильщиков (тех, кто выкуривает ежедневно пачку и более сигарет) — с 7,5% в 9-м классе до 19,4% в 11-м классе. Таким образом, несмотря на общее снижение числа курящих подростков, которое мы фиксировали, обсуждая сам факт приобщенности подростков к табакокурению, проблема стала носить куда более серьезный характер, что выражается в явном сокращении «переходного периода» между начальным этапом курения (до 5 сигарет в день) и этапом сверхинтенсивного курения (пачка и более в день), который, по всей видимости, сопряжен уже с жесткой психофизиологической зависимостью.

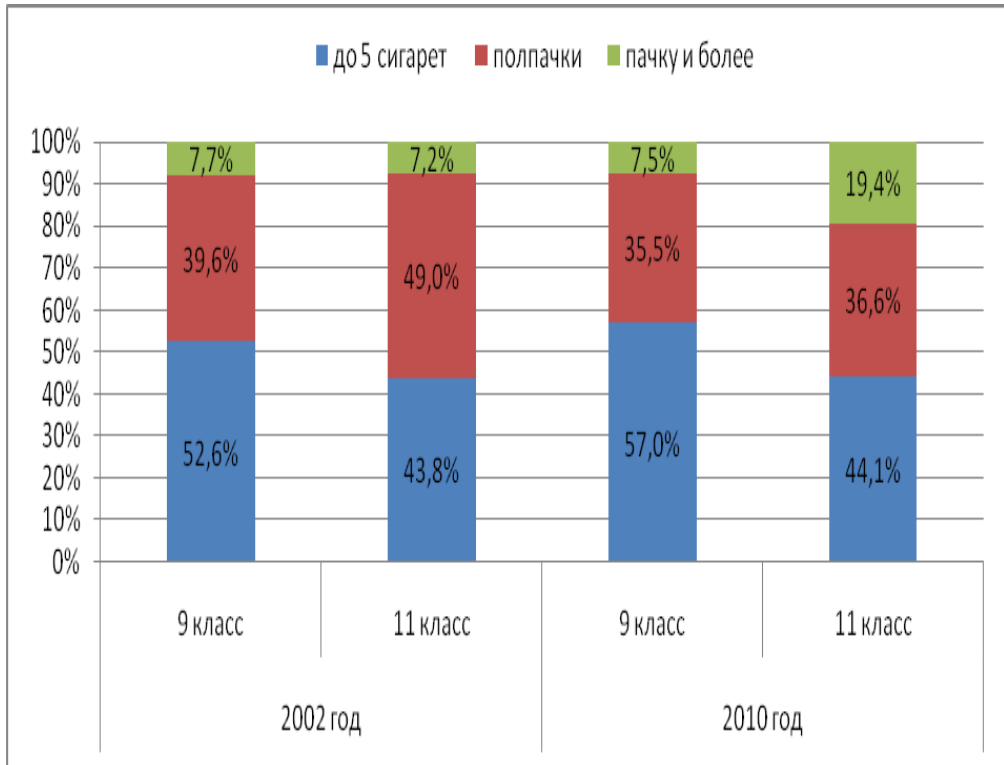


Рисунок 3. Интенсивность курения среди подростков, зафиксировавших свою приобщенность к табакокурению, по материалам опросов 2002 и 2010 гг. (% от общего числа курящих).

При этом следует отметить, что столь резкий переход к интенсивному курению в большей степени характерен для юношей: если среди курящих девятиклассников выкуривают «пачку и более в день» 5,4% опрошенных, то среди курящих одиннадцатиклассников их доля уже в четыре раза больше и составляет 20,8% ($p=0.009$). Среди девушек наблюдается сходная тенденция к увеличению доли «интенсивных» курильщиц (10,8% и 18,2% соответственно), однако этот рост оказывается статистически не значимым. Одно из возможных объяснений этого факта кроется в снижении требований к соблюдению возрастной поведенческой нормы, предъявляемых подростку его ближайшим социальным окружением. Иными словами, если каждый пятый из курящих одиннадцатиклассников выкуривает ежедневно «20 сигарет и более», то очевидно, что он не

стремится *скрыть* свою приобщенность к табакокурению, а следовательно, его социальное окружение не удерживает возрастную норму запрета на подростковое курение.

Вместе с тем мы имеем возможность соотнести ответы московских школьников с ответами учащихся школ Риги (см. рис. 4).

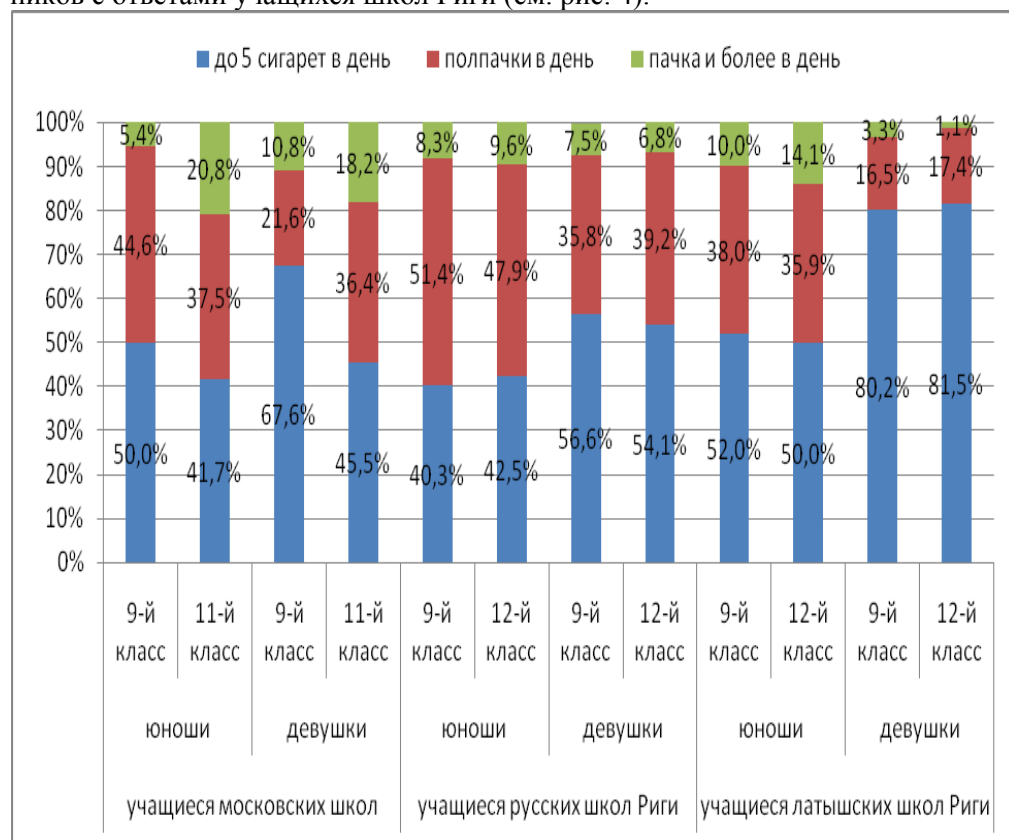


Рисунок 4. Возрастная динамика интенсивности курения среди юношей и девушек из различных подвыборок исследования (% от общего числа курящих).

Приведенные на рисунке данные фиксируют, что среди подростков из Латвии, как среди русскоязычных учащихся, так и среди латышей, фактически отсутствует возрастная динамика в интенсивности табакокурения. Иными словами, по мере взросления не происходит значимого увеличения доли интенсивно курящих подростков, а доля курящих «до 5 сигарет в день» остается постоянной на протяжении всего периода обучения в старшей школе: «до 5 сигарет ежедневно» выкуривают 50,9% курящих юношей-латышей и 80,9% курящих девушек. Этот факт принципиально отличает подростков из Риги от московских школьников, у которых, как мы уже отмечали выше, прослеживается явная тенденция к усилению интенсивности курения. Вместе с тем это не единственная социокультурная особенность приобщенности подростков к табакокурению. Так, на наш взгляд, важно рассмотреть данные, полученные на массиве русскоязычных школьников из Латвии, среди которых складывается иная картина интенсивности табакокурения (см. рис. 5).

Из представленных на рисунке данных видно, что среди курящих русскоязычных подростков из Риги значительно выше доля тех, кто приобщен к интен-

сивному курению. Так, если среди русскоязычных юношей-курильщиков «более 5 сигарет в день» выкуривают 58,7%, то среди юношей-латышей доля интенсивных курильщиков составляет 49,1% ($p=.02$). Среди девушек-курильщиц это различие еще более выражено: среди русскоязычных курильщиц «более 5 сигарет» выкуривают 44,9%, а среди латышек — лишь 19,1% ($p=.0001$). Подобная ситуация, на наш взгляд, может быть обусловлена как культурными различиями табакокурения, так и тем, что в обычных общеобразовательных школах и школах национальных меньшинств (школы для русскоязычного населения) Латвии по-разному ведется профилактическая работа в отношении табакокурения.

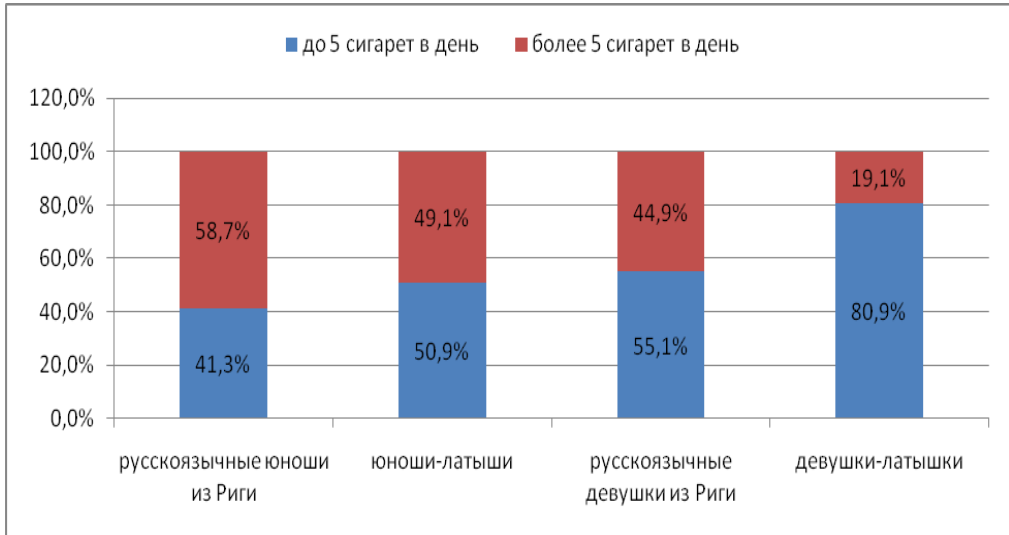


Рисунок 5. Интенсивность курения среди учащихся русских и латышских школ Риги (%).

Мотивационные аспекты подросткового табакокурения. Одним из ключевых вопросов в исследованиях, касающихся подросткового курения, является вопрос о мотивации. В этой связи в ходе исследования мы предлагали школьникам ответить на соответствующий вопрос о причинах, по которым они курят. И здесь, как и в случае с предыдущими вопросами, мы имеем возможность сопоставить результаты ответов московских школьников с материалами нашего более раннего исследования (см. таблицу 2).

Приведенные в таблице данные свидетельствуют, что за период с 2002 по 2010 гг. изменилась сама структура мотивации подросткового курения. Так, на сегодняшний день вторым по значимости мотивом курения учащихся является «получение удовольствия» (43,3%), тогда как в 2002 г. этот мотив занимал лишь четвертую строчку в рейтинге (23,0%, $p=.0001$). Параллельно с этим заметно снизилось число тех, кто фиксирует свою зависимость от курения, — с 39,7% до 30,3% ($p=.0001$), а также тех, для кого курение обусловлено проявлением конформистских установок, кто в качестве мотива курения фиксирует вариант «курят мои друзья», — с 25,3% до 16,0% ($p=.0001$). Вместе с тем следует отметить, что основным мотивом остается желание снять напряжение, стресс, т. е. чаще всего табакокурение для подростка выступает в роли средства психофизиологической регуляции.

Таблица 2.

Мотивы приобщенности учащихся 9–11-х классов к табакокурению по данным опросов, проведенных ИСО РАО в 2002 и 2010 гг. (%)

Мотив	2002 г. (N = 1081)	2010 г. (N = 454)	p =
Курение помогает мне снять напряжение, стресс	71,5	60,9	.0001
Я испытываю удовольствие от курения	23,0	43,3	.0001
Втянулся(ась), не могу бросить	39,7	30,3	.0001
Курят мои друзья	25,3	16,0	.0001
Курение помогает мне уйти от реальности	5,8	14,7	.0001
Курение облегчает мое общение со сверстниками	8,8	8,8	–
Потому что мне запрещают курить	5,2	6,3	–
Курение позволяет выглядеть старше своего возраста	1,9	5,9	.0001
Курение, на мой взгляд, престижно	2,7	3,8	–
Не хочу, чтобы думали, что мне «слабо»	1,9	0,8	.05

Следует отметить, что в отношении отдельных мотивов табакокурения обнаруживается и явная возрастная динамика. Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что с возрастом среди курящих подростков в два раза сокращается доля тех, кто мотивирует свою приобщенность к курению, тем, что это «облегчает общение со сверстниками» (с 12,8% в 9-м классе до 6,1% в 11-м классе; $p=.05$), а также доля тех, кто фиксирует, что «курение помогает уйти от реальности», — с 19,2% в 9-м классе до 10,2% в 11-м классе ($p=.03$). Параллельно с этим от 9-го к 11-му классу существенно возрастает число подростков, фиксирующих свою зависимость от курения («втянулся(ась) не могу бросить»). Так, если среди девятиклассников таких менее четверти (23,9%), то к 11-му классу доля школьников, указывающих на этот мотив, достигает 34,7% ($p=.04$).

Вместе с тем в мотивации курения фактически отсутствует гендерная специфика. Так, единственным мотивом, в отношении которого проявляются явные различия, стал мотив «курение облегчает мое общение со сверстниками». На него указывают 11,8% юношей и 5,5% девушек ($p=.05$). По всей видимости, в юношеской субкультуре табакокурение как характерная особенность поведения, подчеркивающая маскулинность мальчика-подростка, оказывается более значимым.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет анализ возрастной динамики и гендерной специфики мотивации курения подростков из трех основных подмассивов нашего исследования (московские школьники, учащиеся русских национальных и латышских школ Риги). Для характеристики особенностей мотивации курения в этих группах мы провели специальный факторный анализ. С этой целью была сформирована матрица исходных данных размерностью 12×10 , столбцы которой фиксировали определенный мотив табакокурения, а строки — соответствующую половозрастную группу. Ячейка матрицы (пересечение столбца и строки) фиксировала процент выбора конкретного мотива табакокурения среди школьников соответствующего пола и возраста. Например, процент подростков, указавших в качестве мотива то, что «курение позволяет

снять напряжение (стресс)» среди мальчиков-девятиклассников, обучающихся в русских национальных школах Риги. Сформированная таким образом матрица была подвергнута процедуре факторного анализа методом главных компонент с последующим вращением по критерию Varimax. В результате факторизации были выделены пять факторов, описывающих 83,0% общей суммарной дисперсии.

Первый биполярный фактор F1 «престиж курения—зависимость» описывает 29,4% общей дисперсии и имеет следующую структуру:

Курение, на мой взгляд, престижно	0,73
Втянулся(ась), не могу бросить	-0,86

Второй фактор F2 «снятие стресса—конформизм» (19,8% дисперсии) также биполярен и представлен следующей оппозицией мотивов:

Курение помогает мне снять напряжение, стресс	0,77
Курят мои друзья	-0,93

Остальные три выделенных фактора униполярны и достаточно просты по своей структуре (см. таблицу 3).

Таблица 3.

Структура униполярных факторов F3, F4 и F5, выделенных в результате факторного анализа

Фактор F3 (14,6%) «удовольствие, эмоциональный комфорт»	
Я испытываю удовольствие от курения	-0,87
Курение помогает мне уйти от реальности	-0,62
Фактор F4 (10,1%) «подчеркивание возрастного статуса»	
Курение позволяет выглядеть старше своего возраста	0,68
Не хочу, чтобы думали, что мне слабо	0,93
Фактор F5 (9,2%) «общение, протестное поведение»	
Курение облегчает мое общение со сверстниками	0,85
Потому что мне запрещают курить	0,70

Поскольку основная возрастная динамика в мотивации табакокурения наблюдается относительно осей факторов F1 и F2, рассмотрим размещение позиций московских и рижских школьников в пространстве, задаваемом этими факторами (см. рис. 6).

Из представленного рисунка видно, что в мотивации курения московских школьников с возрастом происходят существенные изменения. Так, если для девятиклассников курение обусловлено желанием «снять стресс», с одной стороны, и «престижностью», с другой (квадрант I), то в 11-м классе характер мотивации уже совершенно иной. Курение одиннадцатиклассников обусловлено «никотиновой зависимостью» и «конформным поведением» (квадрант III). На наш взгляд, вектор движения этой возрастной «перестройки» от престижности к зависимости и курению «за компанию» весьма показателен и раскрывает механизм приобщения подростков к табакокурению, когда, утрачивая с возрастом свою престижность, курение как стилевая особенность поведения не исчезает, а приобретает характер нормы («курят мои друзья») и вызывает зависимость

(«втянулся(ась), не могу бросить»). В этом отношении показательно также и размещение московских учащихся по оси фактора F4 «подчеркивание возрастного статуса», где самые высокие нагрузки имеют мальчики 9-х и 11-х классов, что свидетельствует об особой значимости курения в юношеской субкультуре московских школьников.

Результаты факторного анализа мотивов табакокурения латышских школьников фиксируют не столько возрастную динамику мотивации, сколько ее гендерные особенности. Так, на представленном рисунке видно, что мальчики-латыши и девочки-латышки разместились в противоположных квадрантах IV и II. Согласно данным нашего анализа, курение мальчиков-латышей обусловливается преимущественно социальными мотивами — «престижностью» и конформностью («курят мои друзья»). При этом с возрастом принципиальных изменений в их мотивации не происходит.

Для девушек-латышек характерна иная мотивация, которая, наоборот, связана с внутренними мотивами: курение для них выступает средством саморегуляции и связано с «желанием снять напряжение, стресс, а также сопряжено с фиксацией зависимости («втянулась, не могу бросить»).

Результаты в отношении подмассива русских школьников из Риги выглядят неоднозначно. Так, в 9-м классе русские учащиеся из Риги занимают позиции, характерные для школьников-латышей: русские девятиклассники размещаются в квадранте IV с мальчиками-латышами, а русские девятиклассницы в квадранте II с латышскими девочками. Однако векторы их движения в пространстве выделенных факторов, по сути, противоположны: динамика мотивации мальчиков характеризуется движением от «престижности курения» и «конформного поведения» к использованию курения, как средства саморегуляции («снятия стресса») и «зависимости». У девочек же, наоборот, с возрастом ослабевает выраженность мотивации, связанной с «зависимостью» и «снятием стресса», а мотивация, связанная с конформным поведением становится все более значимой. Вместе с тем, несмотря на эту разнонаправленную возрастную динамику, учащихся русских национальных школ Риги объединяет фактор F3 «удовольствие, эмоциональный комфорт», который, по сути, и является доминантой, определяющей возрастную динамику мотивации курения русских подростков из Риги: с возрастом у русских школьников из Риги актуализируется мотивация, связанная с получением удовольствия от курения. При этом следует отметить, что удовольствие для старших возрастных групп (12-й класс) сопряжено с фиксацией зависимости. Несмотря на возрастную динамику девушек, характеризующуюся удалением от отрицательного полюса фактора F1 («зависимость»), они все же остаются в пространстве, определяемом влиянием «зависимости». Эта ситуация, на наш взгляд, свидетельствует об усилении с возрастом мотивации, обуславливающей табачную зависимость русских подростков из Риги. Необходимо также отметить, что результаты факторного анализа для респондентов из других подвыборок (московские школьники, латышские школьники) не фиксируют отчетливой динамики по оси фактора F3.

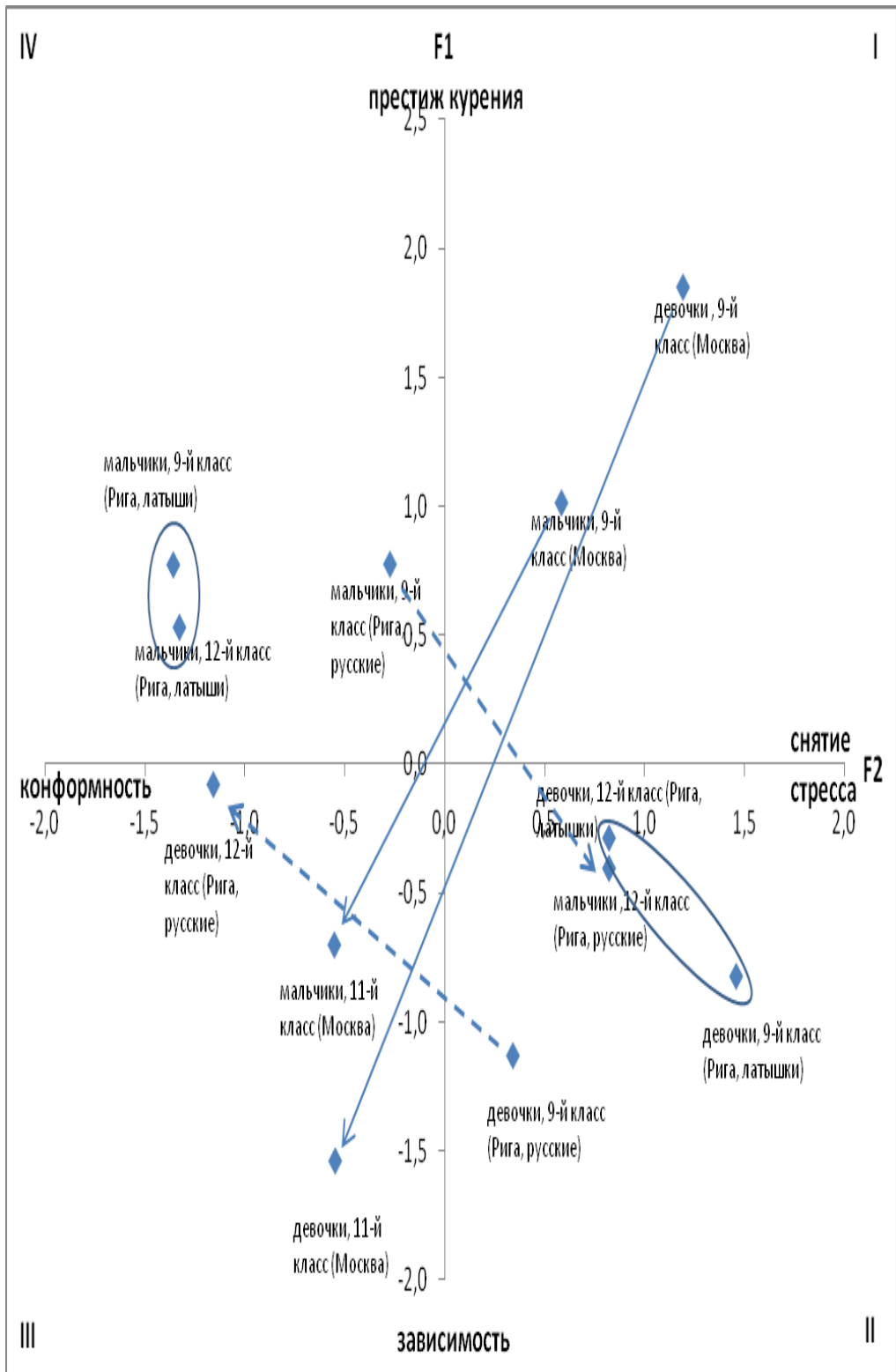


Рисунок 6. Размещение позиций мальчиков и девочек разных возрастов из школ Москвы и Риги в пространстве факторов F1 «престиж курения — зависимость» и F2 «снятие стресса — конформизм».

Полученные результаты факторного анализа позволяют сделать вывод о наличии кросскультурных различий в отношении подростков к табакокурению. Прежде всего следует отметить отсутствие принципиальных возрастных изменений в мотивации курения латвийских подростков, что, на наш взгляд, свидетельствует об отсутствии «развития» табакокурения как особой формы поведения подростка, которая на разных возрастных этапах выступает средством решения различных задач. Для русских же школьников (как для русских школьников из Риги, так и для московских учащихся) характерна существенная возрастная динамика мотивации курения. При этом, несмотря на заметные различия в трансформации мотивации русских школьников из Риги и Москвы, к старшим классам (11-й и 12-й классы) различные мотивы табакокурения оказываются сопряжены с уже сформировавшейся зависимостью.

Анализ мотивации подросткового табакокурения с учетом гендерной специфики и возрастной динамики крайне важен для разработки и осуществления комплекса мероприятий, направленных на помощь подросткам в отказе от курения. Вместе с тем профилактические программы, предотвращающие само приобщение школьников к курению, на наш взгляд, являются более эффективной мерой в борьбе с подростковым табакокурением. В этой связи мы предлагали школьникам ответить на вопрос о причинах, обуславливающих их отказ от приобщения к табакокурению: «Почему Вы не курите?». При этом мы имеем возможность сопоставить ответы московских школьников с материалами опроса, проведенного в 2002 г. (см. таблицу 4).

Таблица 4.

Причины, обуславливающие отказ подростков от табакокурения, по данным опросов учащихся 9-х и 11-х классов школ г. Москвы, проведенных ИСО РАО в 2002 и 2010 гг. (%)

Причина отказа от приобщения к табакокурению	2002 г. (N = 1279)	2010 г. (N = 710)
У меня просто нет такой потребности	64,9	63,5
Это вредно для здоровья	64,9*	58,6*
Думаю, что это не доставит мне удовольствия	21,2	21,3
Это вызывает у меня неприятные ощущения (нехороший вкус, головокружение и т. д.)	14,1	15,8
Не хочу быть похожим(ей) на других	15,1	15,8
Курение может испортить внешность и фигуру	11,7	13,0
Боюсь зависимости от никотина	15,2	12,8
Видел(а) плохие примеры	10,6	9,7
Потому что мне запрещают курить	3,5	3,8
Курить не принято среди моих друзей	2,5	3,1
Из-за болезни	3,4	3,0
Нет денег	1,5	2,3
Чтобы не думали, что мне слабо	0,7	1,3

*различия статистически значимы на уровне $p=0.003$.

Представленные данные демонстрируют, что за восьмилетний период мотивация отказа школьников от курения фактически не изменилась, что позволя-

ет сделать вывод об отсутствии влияния на нее социокультурных трансформаций, происходящих в российском обществе. Более того, из представленной таблицы видно, что наибольшую значимость имеют мотивы, связанные с субъективными переживаниями и ощущениями («не доставит удовольствия», «неприятные ощущения») и личными ценностными установками («вредно для здоровья», «может испортить внешность и фигуру»), а мотивы, связанные с внешней мотивацией или объективными причинами («мне запрещают курить», «нет денег», «видел(а) плохие примеры») оказываются менее актуальными. Таким образом, программы профилактики подросткового курения в первую очередь должны быть ориентированы именно на субъективные переживания и ценностные установки, а демонстрация негативных примеров, введение экономических санкций и жестких запретительных мер, по всей видимости, будут менее эффективны.

В то же время в мотивации отказа от курения обнаруживается и явная гендерная специфика. Так, для девочек существенно более значимой оказывается мотивация, связанная с влиянием курения на «внешность и фигуру». Этот мотив фиксируют 19,9% девушек и лишь 5,8% мальчиков ($p=.0001$). Также девушки более склонны отмечать «неприятные ощущения (неприятный вкус, головокружение и т. д.)», которые они испытывают от курения: на эту причину отказа от курения указывают 18,3% девочек и 13,0% мальчиков ($p=.05$). При этом, судя по всему, сама роль табакокурения в субкультуре девочек оказывается менее значимой, чем в субкультуре мальчиков-подростков: фиксируют, что у них «просто не возникает такой потребности» 67,0% девочек и 60,0% мальчиков ($p=.05$).

Интересна также возрастная динамика, проявляющаяся в отношении некоторых мотивов отказа от табакокурения. Данные нашего исследования свидетельствуют, что возрастом все большее число подростков мотивирует свой отказ от курения «отсутствием такой потребности» (57,7% в 9-м и 69,8% в 11-м классе). На наш взгляд, это связано с тем, что с возрастом значимость курения как особой формы поведения, связанной с подчеркиванием возрастного статуса, существенно снижается. Параллельно с этим от 9-го к 11-му классу снижается значимость таких мотивов отказа от курения, как «боязнь никотиновой зависимости» (с 12,7% до 7,4%) и «видел плохие примеры» (с 15,7% до 10,9%). Это позволяет сделать предположение о том, что профилактика подросткового табакокурения наиболее эффективна на ранних этапах подростничества. Именно в этот период курение становится актуальным, как форма поведения, позволяющая подростку занять (подчеркнуть) определенную статусную позицию, и в то же время он еще не утрачивает чувствительность к восприятию «негативных примеров» табакокурения и испытывает опасения в связи с возможной никотиновой зависимостью.

Для характеристики особенностей мотивации отказа от табакокурения русских и латышских школьников Риги и московских учащихся мы провели специальный факторный анализ, учитывающий также гендерную специфику этой мотивации. Избегая углубления в математические детали данной процедуры, приведем основные результаты.

Проведенный анализ позволил зафиксировать явную гендерную специфику в мотивации отказа от табакокурения. Так, если отказ от табакокурения для мальчиков в первую очередь оказывается обусловлен объективными причинами («нет денег», «из-за болезни») и влиянием «плохих примеров», то позиции девочек в большей степени объясняются неприятными ощущениями.

При этом четко дифференцированными оказались позиции русских школьников и латышей. Отказ от курения для московских школьников и русских учащихся из Риги связан с установками на здоровый образ жизни, а латышские школьники оказываются более склонны к «нонконформизму», обуславливая отказ от курения мотивом «не хочу быть похожим на других».

Мотивация отказа от табакокурения, связанная с нормативным поведением («мне запрещают курить», «боюсь зависимости от никотина») оказывается значимой только для московских школьников. Причем для мальчиков и девушек она значима примерно в равной степени.

Таким образом, если говорить о профилактической работе, направленной на сокращение подросткового табакокурения среди учащихся из школ Москвы и Риги, то необходимо обратить внимание на то, что такие программы должны разрабатываться и проводиться с учетом выявленных социокультурных и гендерных особенностей мотивации отказа от приобщения к табакокурению.

Необходимо отметить, что, несмотря на общую тенденцию к снижению среди московских школьников распространенности табакокурения, о чем свидетельствуют данные нашего исследования, подростковое курение на сегодняшний день остается довольно острой проблемой. При этом подростковое табакокурение является не только сугубо российской проблемой. Так, среди рижских школьников доля курящих оказывается даже выше, причем отнюдь не из-за русскоязычных школьников, представляющих русскую диаспору в Латвии.

Данные нашего исследования позволяют зафиксировать, что подростковое табакокурение является особой формой поведения, которая развивается по мере взросления подростков и обладает выраженной гендерной спецификой. При этом закономерности развития табакокурения как стилевой особенности поведения подростка в значительной степени зависят от социокультурной ситуации, хотя и не определяется ею в целом. Так, мотивация подросткового курения учащихся московских школ, русскоязычных школьников из Риги и латышей позволяет выделить характерные для каждой из этих групп особенности. В то же время общий для всех групп вектор возрастной динамики, обнаруживающийся в мотивации табакокурения, можно охарактеризовать как движение к зависимости. Особенно это характерно для мальчиков-подростков, которые, начиная на ранних этапах подростничества эксплуатировать курение в статусных целях, в более старшем возрасте увеличивают интенсивность курения уже в силу зависимости.

Что касается снижения распространенности табакокурения, то чаще всего говорят о программах «борьбы с табакокурением», что, на наш взгляд, уже подразумевает наличие вредной привычки. Вместе с тем материалы нашего исследования показывают, что на разных этапах подростничества существуют как общие для подростков, так и культурно- и гендерно-специфичные основания для разработки и реализации программ профилактики подросткового табакокурения, что, по всей видимости, является более эффективной мерой, чем борьба с уже оформившейся стилевой особенностью поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамчук Д.В. Возрастные особенности девиантного поведения: от школьника к студенту // Социокультурные трансформации подростковой субкультуры. Труды по социологии образования. Т. XI. Вып. XX. — М.: Центр социологии образования РАО, 2006. — 167 с.

2. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подростковая девиация: ценностные ориентации и жизненное самоопределение. Труды по социологии образования. Т. IX. Вып. XV. — М.: Центр социологии образования РАО, 2004. — С. 195–209.

3. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подросток: отклоняющееся поведение и возрастной кризис // Начальная школа плюс До и После. — 2004. — № 3. — С. 20–25.

4. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Проявление отдельных видов девиации в подростковой субкультуре: возрастная динамика и гендерная специфика // Вопросы психологии. — 2004. — № 3. — С. 3–18.

5. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подросток: нормы, риски, девиации. Труды по социологии образования. Т. X. Вып. XVII. — М.: Центр социологии образования РАО, 2005. — 359 с.

6. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Особенности потребления алкоголя в подростковой среде // Вестник практической психологии образования. — 2006. — № 1. — С. 39–48.

7. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Употребление алкоголя и наркотиков школьниками и студентами // Молодежь и социум: психологические и педагогические проблемы: Сборник статей. — М.: Московский университет МВД России, 2010. — С. 12–22.

8. Собкин В.С., Кузнецова Н.И. Российский подросток 90-х: движение в зону риска. Аналитический доклад. — М.: ЮНЕСКО, 1998. — 120 с.

9. Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления. Доклад Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по социальной и демографической политике Общественного совета Центрального федерального округа. — М., 2009. — 64 с.

10. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O. et al. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. — Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2009 — 406 p.

11. The Tobacco Control Country Profiles (2nd edition) — American Cancer Society, Inc.: World Health Organization, and International Union Against Cancer, 2003. — 503 p.

12. Sobkin V.S., Abrosimova Z.B., Adamchuk D.V. and Baranova E.V. Manifestations of Deviation in the Adolescent Subculture // Russian Education & Society. — 2005. — Vol. 47, № 7. — P. 49–71.

13. Report on the Global Tobacco Epidemic. — Geneva: WHO, 2009.

14. Framework Convention on Tobacco Control. — Geneva: WHO, 2003.

Н.П. Клейменова

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЗОНЫ БЛИЖАЙШЕГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ****Московский городской психолого-педагогический университет,
ЦПМСС «Поддержка» (Москва).****Актуальность темы**

Понятие «зона ближайшего развития» (ЗБР) является одним из ключевых в культурно-исторической психологии. Опираясь на представления Л.С. Выготского [3] о целостном понимании психики, о важности оценки ЗБР, о единстве аффекта и интеллекта, исследователи с разных сторон подходили к вопросу изучения ЗБР. Первоначально понятие «зона ближайшего развития» рассматривалось исследователями скорее как зона ближайшего интеллектуального развития ребенка. В данном направлении проводили свои исследования Т.В. Егорова [5], А.Я. Иванова [7]. Для более полного представления об интеллектуальном потенциале испытуемого они разрабатывали психологические методики по типу обучающего эксперимента, в которых вывод об уровне интеллектуального развития ребенка делался с учетом помощи, необходимой ему, чтобы выполнить предложенное задание. Однако постоянно предпринимались попытки, реализующие идею единства аффекта и интеллекта. Важной теоретической разработкой стала концепция возрастной периодизации Д.Б. Эльконина. В этом направлении также проводили свои исследования А.В. Запорожец, Я.З. Неверович, М.И. Лисина, Н.И. Непомнящая и др. [6, 9]. Исследования Л.Ф. Обуховой и И.А. Корепановой были посвящены анализу структуры и содержания зоны ближайшего развития в процессе становления предметного действия [8, 10]. Ю.В. Гущин исследовал зону ближайшего развития у нормально развивающихся детей и детей с различными вариантами психического дизонтогенеза [4].

Н.Л. Белопольская выделила в зоне ближайшего развития два компонента: когнитивный и эмоциональный. Это позволило сформулировать гипотезу о взаимосвязи и взаимозависимости этих компонентов, а также поставить вопрос о необходимости поиска *диагностических единиц* (термин Л.С. Выготского), содержащих одновременно когнитивные и аффективные характеристики [1, 2]. Одной из таких единиц является *смысл*. Развитие самосознания в детском возрасте включает развитие процесса понимания как процесса, связанного с формированием смысла (А.В. Запорожец). Понимание ребенком смысла той или иной ситуации тесно связано с общением и во многом зависит от деятельности эмоционального воображения. Другими словами, понимание является процессом, формирование которого зависит как от интеллектуальных, так и от личностных характеристик ребенка [6]. Был сделан вывод, что при работе с ребенком необходимо принимать во внимание опережающее формирование аффективных механизмов, от которых зависит эффективность познавательной деятельности ребенка. Особенно это важно при работе с детьми с нарушением интеллекта, так как обогащение эмоциональной сферы таких детей (через развитие эмоционального компонента процесса понимания) и соответственно расширение их зоны ближайшего эмоционального развития (ЗБЭР) может способствовать формированию у них более высокого уровня понимания ситуаций, возникающих при общении с другими людьми.

Таким образом, изучение ЗБЭР данной категории детей важно для реализации их интеллектуальных способностей, оно может увеличить возможность воз-

действия на их личностное становление и успешную социальную адаптацию.

Целью проведенного исследования являлось изучение и выявление качественных особенностей ЗБЭР детей с задержкой психического развития (ЗПР) в возрасте 7-8 лет. В качестве экспериментального материала были выбраны короткие, простые, но эмоционально насыщенные рассказы, понимание которых зависело в большей степени от эмоционального опыта ребенка, чем собственно от когнитивных процессов.

Задачами исследования стали: 1) выявление актуального уровня понимания детьми с ЗПР смысла рассказов; 2) выявление потенциального уровня понимания эмоционально насыщенных рассказов детьми с ЗПР; и 3) анализ видов и количества помощи, необходимой для достижения полного понимания смысла рассказов.

Материал исследования

Исследование проведено на базе государственных общеобразовательных учреждений: средней школы № 900 и средней школы № 557 г. Москвы.

Экспериментальную группу составили 20 детей (средний возраст 7 лет 10 месяцев) с задержкой психического развития церебрально-органического генеза.

Контрольную группу составили 25 детей (средний возраст 7 лет 6 месяцев) с нормативным психическим развитием.

Методика исследования

Как было сказано выше, для исследования ЗБЭР были подобраны короткие и простые, но эмоционально насыщенные рассказы. Под «эмоционально насыщенными» рассказами мы условились считать такие рассказы, понимание смысла которых требует проявления эмоциональных качеств (сочувствие, сопереживание, самостоятельность и т. д.). Они представляли собой сюжеты из жизни детей и были доступны по интеллектуальному уровню детям с ЗПР. К каждому рассказу предлагалась сюжетная картинка, что помогало сконцентрировать внимание ребенка.

Нами были отобраны рассказы двух типов – на проверку понимания детьми возможностей положительной (рассказ №1) и отрицательной (рассказ №2) эмоциональной реакции матери на поведение героя рассказа. Всего в эксперименте использовались 4 рассказа: по одному рассказу для девочек и для мальчиков на положительную эмоциональную реакцию мамы (рассказ № 1: для девочек – Д1, для мальчиков – М1) и по одному рассказу для девочек и для мальчиков на отрицательную эмоциональную реакцию мамы (рассказ № 2: для девочек – Д2, для мальчиков – М2). Такое деление мы предприняли для того, чтобы ситуация рассказа была наиболее близка прошлому опыту ребенка.

Например, первый рассказ для мальчиков «Починенная машина» звучал так: *«У Андрюши был красивый голубой грузовик. Один раз, когда Андрюша играл, у грузовика отломалось колесо. Андрюша сначала огорчился и хотел бежать к маме, а потом решил сам починить машину. Он вставил колесо на место и постучал по нему маленьким молоточком. Сначала у него ничего не получилось, а потом получилось. Когда пришла мама, Андрюша ей все рассказал и показал починенную машину. Довольна ли мама Андрюшей?»*

Эксперимент состоял **из двух серий**.

В **первой** серии эксперимента был исследован актуальный уровень понимания детьми с ЗПР смысла иллюстрированных рассказов в сравнении с контрольной группой.

Перед ребенком на столе помещали цветную сюжетную картинку, иллюст-

рирующую рассказ. Давалась инструкция: «Сейчас я прочитаю тебе рассказ, а ты внимательно его послушай и рассмотри картинку, потом мы узнаем, как ты его понял». Каждый рассказ заканчивался вопросом: «Довольна ли мама?»

Если ребенок правильно и полностью понимал смысл предложенных рассказов, то его ответ оценивался в 4 балла. С остальными детьми, обнаружившими полное или частичное непонимание смысла рассказа, проводилась вторая серия эксперимента.

Вторая серия исследования была организована как «*обучающий эксперимент*». В ней мы исследовали потенциальный уровень понимания детьми с ЗПР смысла иллюстрированных рассказов в сравнении с контрольной группой, что позволило нам оценить зону их ближайшего эмоционального развития. ЗБЭР определялась видом и количеством помощи, необходимой ребенку для достижения полного понимания смысла рассказов. Поэтому нами была разработана схема видов помощи:

- *Организующая* помощь предполагала подбадривание ребенка, эмоциональную поддержку, высказывание уверенности, что ребенок справится с заданием.
- *Формирующая* помощь предполагала не только эмоциональную поддержку ребенка, но и рациональную помощь. Экспериментатор задавал ребенку наводящие вопросы по смыслу картинки, по содержанию рассказа и одновременно с этим эмоционально поддерживал его, давал понять, что уверен в его успехе.
- *Персонализация* предполагала такое предъявление рассказа ребенку, при котором он становился его действующим лицом. В данном случае ребенок мог опереться на свой прошлый жизненный опыт и, исходя из него, понять смысл представленной в рассказе ситуации. При этом экспериментатор продолжал поддерживать ребенка эмоционально, а при необходимости оказывал и рациональную помощь.

Таким образом, если ребенок обнаруживал частичное или полное непонимание смысла рассказа на актуальном уровне, ему последовательно предлагали разные виды помощи: организующую, формирующую, персонализацию с привлечением прошлого опыта.

Если после обучения с организующей помощью ребенок полностью понимал рассказ, его результат оценивался в 3 балла. Понимание смысла рассказа ребенком с формирующей помощью оценивалось в 2 балла. Использование персонализации и привлечение прошлого опыта оценивалось в 1 балл. Отсутствие понимания в результате применения всех видов помощи оценивалось в 0 баллов.

Результаты

Результаты *первой* серии эксперимента показали, что актуальный уровень понимания эмоционально насыщенных рассказов детьми с ЗПР и детьми с нормативным развитием существенно различается.

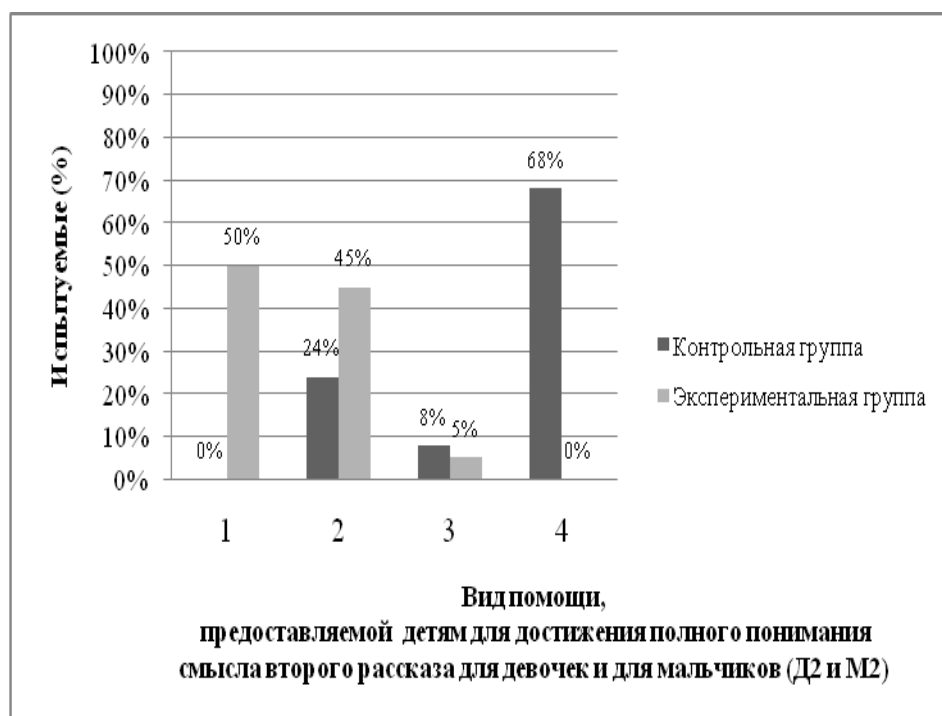
Большая часть детей контрольной группы полностью самостоятельно поняли смысл предложенных рассказов на актуальном уровне. Однако второй рассказ для мальчиков и для девочек оказался труднее для понимания детей. Он, в отличие от первого рассказа (Д1 и М1), который был понят в 100% случаев, был понят в 68% случаев (Гистограмма 1).



Гистограмма 1. Оценка уровня понимания рассказов детьми с нормативным психическим развитием и детьми с ЗПР.

Качественный анализ результатов исследования также показал, что дети с нормативным психическим развитием в большинстве случаев хорошо понимают смысл прочитанных им иллюстрированных рассказов. Они дают развернутые ответы на вопрос экспериментатора, в которых адекватно оценивают отдельные смысловые детали ситуации, анализируют иллюстрацию к рассказу, правильно определяют причины реакции «мамы» на поведение главного героя, эмоционально описывают переживания персонажей.

Группа детей с задержкой психического развития по уровню понимания смысла рассказов на актуальном уровне оказалась более неоднородной, чем контрольная группа. Если смысл первого рассказа (рассказы Д1, М1) почти все дети (90%) поняли на актуальном уровне, то со вторым рассказом возникли большие трудности. Полного понимания смысла второго рассказа (рассказы для девочек и мальчиков Д2 и М2) на актуальном уровне не продемонстрировал ни один ребенок с ЗПР (Гистограмма 1).



Гистограмма 2. Вид помощи, предоставляемый детям с нормативным развитием и детям с ЗПР для достижения полного понимания смысла рассказов.

Вид помощи: 4 – полное самостоятельное понимание; 3 – организующая помощь; 2 – формирующая помощь; 1 – персонификация и привлечение прошлого опыта.

Качественный анализ результатов исследования показал, что большая часть детей с ЗПР понимает смысл первого рассказа для девочек и для мальчиков. Они правильно определяют причины реакции мамы на поведение главного персонажа в этих рассказах и дают ответы на вопросы экспериментатора о переживаниях персонажей. Понимание смысла рассказов второго типа (Д2, М2) для детей этой группы затруднено. Они не способны проанализировать ситуацию, не обращают внимания на существенные смысловые детали иллюстрации. У детей с ЗПР часто встречается эгоцентрическая позиция в понимании рассказа.

Результаты *второй* серии эксперимента показали, что дети контрольной и экспериментальной группы различаются между собой по видам и количеству необходимой им помощи для достижения полного понимания смысла рассказов.

Для детей с нормативным развитием, обнаруживших полное или частичное непонимание смысла второго рассказа на актуальном уровне, в ситуации обучающего эксперимента полное понимание смысла рассказа оказалось доступным при оказании стимулирующей и иногда формирующей помощи (Гистограмма 2).

Дети с ЗПР также могут достигнуть полного понимания смысла эмоционально насыщенных рассказов в условиях нашего экспериментального обучения. Однако для этого большинству из них недостаточно только организующей помощи. Основными видами помощи, которые способствуют повышению уровня понимания смысла рассказов второго типа у детей с ЗПР, являются формирующая помощь (45%), персонификация и привлечение прошлого опыта ребенка (50%) (Гистограмма 2).

Обучающий эксперимент был проведен и с теми детьми с ЗПР, которые не поняли смысл более легкого первого рассказа. Для достижения ими полного понимания смысла этого иллюстрированного рассказа потребовалась организующая и формирующая помощь экспериментатора.

Таким образом, проведенное исследование доказывает существование зоны ближайшего эмоционального развития ребенка, хотя мы изучали только один из ее аспектов. Обучение детей пониманию эмоционально насыщенных ситуаций тесно связано с вопросами не только обучения, но и воспитания. Для детей с ЗПР, которые часто имеют проблемы с поведением в более старшем возрасте, такое «эмоциональное» обучение имеет хорошие перспективы. Оно может способствовать правильному поведению в семье, взаимоотношениям с другими детьми и взрослыми. Дети с ЗПР часто обнаруживают эгоцентрическую позицию в вопросах понимания смысла ситуаций. Преодоление такой позиции способствует развитию не только эмоциональной сферы ребенка, но и его интеллекта в целом.

Выводы

1. Исследование показало, что изучение особенностей понимания детьми эмоционально насыщенных рассказов является адекватным методом для исследования зоны ближайшего эмоционального развития ребенка.

2. Актуальный уровень понимания детьми с ЗПР смысла коротких эмоционально насыщенных рассказов ниже, чем у детей с нормативным психическим развитием.

3. Для достижения полного понимания смысла эмоционально насыщенных рассказов детям с нормативным развитием и детям с ЗПР требуется помощь разного вида и объема.

4. Помощь взрослого, необходимая некоторым детям с нормативным развитием для полного понимания эмоционально насыщенных рассказов, носит в

основном организующий характер.

5. Основными видами помощи, способствующими повышению уровня понимания смысла рассказов детьми с ЗПР, являются формирующая помощь и персонификация с привлечением прошлого опыта ребенка.

6. Обращает на себя внимание существенный разрыв между актуальным уровнем понимания эмоционально насыщенных рассказов детьми с ЗПР и потенциальными возможностями полного понимания этих рассказов теми же детьми.

7. Экспериментальное исследование зоны ближайшего эмоционального развития детей с ЗПР позволяет получить новую информацию, полезную для коррекционной работы с данным контингентом детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская Н.Л. Компоненты зоны ближайшего развития у детей с задержкой психического развития // Вопросы психологии, 1997, № 1.

2. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. Изд. 2-е, испр. – М.: Когито-Центр, 2009.

3. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. – М.: Педагогика, 1982–1984, Т. 4.

4. Гущин Ю.В. Сравнительный анализ зоны ближайшего развития у детей в норме и при различных вариантах дизонтогенеза. Автореферат канд. дис. – М., 2010.

5. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. – М., 1973.

6. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1986, Т. 1.

7. Иванова А.Я. Обучение как принцип оценки умственного развития детей. – М., 1976.

8. Корепанова И.А. Структура и содержание зоны ближайшего развития ребенка в процессе становления предметного действия. Автореферат канд. дис. – М., 2004.

9. Непомнящая Н.И. Психологический анализ начальных этапов обучения. Автореферат . дис. ... д-ра психол. наук. – М., 1972.

10. Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель // Вопросы психологии, 2005, № 6.

Е.Е. Бочарова

ВОЗРАСТНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ У ПОДРОСТКОВ В СИТУАЦИИ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА (НА ПРИМЕРЕ «ПРИЮТА») Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Одним из центральных компонентов личности, развивающихся в подростковый период, является самосознание. Одной из важных характеристик самосознания является идентичность. Среди базовых идентификаций выделяют именную, телесную, возрастную и половую идентификации. Считается, что к подростковому возрасту базовые идентификации должны быть сформированы для дальнейшего гармонического развития личности. Однако в процессе жизни

человека, также как и в подростковый период, они могут трансформироваться под влиянием различных внешних и внутренних воздействий.

Возрастная идентификация является важной составляющей идентичности человека. В ее формировании одинаково задействованы и когнитивные, и эмоциональные компоненты. Нарушения возрастной идентификации в подростковом возрасте могут повлечь за собой такие искажения в структуре личности, как нарушение самооценки, неспособность брать на себя ответственность, неспособность объективно оценивать внешние обстоятельства, адекватно воспринимать свое настоящее и представлять свое будущее.

В нашем исследовании были изучены подростки, которые по разным негативным причинам, в основном семейного характера, были помещены в приют. Такое изменение привычных для подростка условий жизни, знание подростка о том, что, после временного проживания в приюте его судьба может радикально перестроиться, отсутствие уверенности в собственном дальнейшем будущем вполне может рассматриваться как жизненный кризис. Временное помещение подростка в приют, когда он остался без попечения родителей, является тем внешним обстоятельством, которое способствует развитию переживания подростком жизненного кризиса. Тем более что этому событию, как правило, предшествуют и другие негативные события в жизни подростка: тяжелая болезнь, смерть или гибель родителей, осуждение одного или обоих родителей судом с отбыванием в колонии, лишение родительских прав и др. Переживание подростком жизненного кризиса, несомненно, затрагивает процесс формирования его самосознания. Мы предположили, что важным индикатором в психологической диагностике личности таких подростков может выступать возрастная идентификация.

Таким образом, нами были сформулированы цель и гипотеза экспериментального исследования.

Целью экспериментального исследования являлось выявление возможных нарушений возрастной идентификации у подростков в ситуации жизненного кризиса.

Гипотеза исследования заключалась в предположении наличия у подростков, находящихся в ситуации жизненного кризиса, нарушений одного или нескольких компонентов возрастной идентификации по сравнению с их благополучными сверстниками.

Организация исследования и характеристика испытуемых

Исследование проводилось на базе ГБУ СО МО «Домодедовский приют для детей и подростков» г. Домодедово Московской области. В данном учреждении находятся дети и подростки до 18 лет с нормальным интеллектуальным развитием и отсутствием тяжелых психических и соматических заболеваний.

В исследовании приняли участие 20 подростков в возрасте от 12,1 до 17,11 лет: 10 мужского пола и 10 женского.

Подростки, принявшие участие в исследовании, попали в приют по разным причинам: безнадзорность, лишение родителей родительских прав, гибель родителей, заключение родителей под стражу, нахождение без сопровождения взрослых в неподобающее время и в неподобающих местах.

Контрольную группу составили 20 подростков, обучающиеся в ГОУ «Домодедовский лицей № 3» г. Домодедово Московской области, в возрасте от 12,9 до 16,8 лет: 10 мужского пола и 10 женского. Подростки этой группы были стойко успевающими учениками и, по заключению психолога и педагогическим

характеристикам, не имели проблем с поведением.

Испытуемые были условно разделены на две возрастные группы, соответствующие возрастным образам последовательности половозрастной идентификации. В группу «школьник» вошли подростки в возрасте от 12,1 до 14,11. Группу «юность» составили юноши и девушки в возрасте от 15 до 17,11 лет. Для удобства статистической обработки группе «школьник» был присвоен возрастной ранг 4, а группе «юность» - возрастной ранг 5, что соответствовало номерам последовательности половозрастных образов. Распределение испытуемых в соответствии с возрастом отражено в таблице.

Характеристика выборки испытуемых

Группа	Возраст	Возрастной ранг	Пол	Подростки в ситуации кризиса	Контрольная группа
Школьник	12,1-14,11	4	м	5	6
			ж	7	6
Юность	15-17,11	5	м	5	4
			ж	3	4

Методика экспериментального исследования

При проведении исследования были использованы следующие методы и методики:

1) наблюдение за воспитанниками, изучение личных дел и социальных карт испытуемых (установление времени пребывания в учреждении и социального статуса);

2) изучение медицинской документации (выявление медицинского статуса, особенностей развития);

3) экспериментально-психологическое исследование, в котором применялись следующие тесты и методики:

- прогрессивные матрицы Равена
- восьмицветовой тест Люшера
- методика «Половозрастная идентификация» (Н.Л. Белопольская) для изучения особенностей возрастной идентификации.

Методика «Половозрастная идентификация для подростков и взрослых» (ПВИ) представляет собой набор из 16 картинок, разделенных на две последовательности (мужскую и женскую). Каждая последовательность отражает основные периоды жизни человека. «Мужской» вариант включает в себя следующие карточки: № 1 – внутриутробный плод, № 2 – младенец, № 3 – дошкольник, № 4 – школьник, № 5 – юноша, № 6 – мужчина, № 7 – старик, № 8 – гроб, символизирующий смерть. «Женский» вариант включает в себя карточки: № 1 – внутриутробный плод, № 2 – младенец, № 3 – дошкольница, № 4 – школьница, № 5 – девушка, № 6 – женщина, № 7 – старуха, № 8 – гроб, символизирующий смерть.

Методика ПВИ проводилась в *три* этапа.

1. Задача *первого* этапа состояла в оценке характера самоидентификации. Испытуемым предлагалось идентифицировать свой настоящий половозрастной образ на представленном материале (выбрать карточку с изображением своего настоящего возраста).

2. С помощью *второго* этапа исследовалась возможность построения подростками последовательности своего жизненного пути. Используются 8

карточек последовательности, соответствующие полу обследуемого. Задача этого этапа заключалась в определении отношения (аффективного или когнитивного) к построению возрастной последовательности собственного жизненного пути. Сначала испытуемому предлагалось выбрать из последовательности картинок образ, предшествующий настоящему самоидентификационному образу, а затем, следующий за настоящим идентификационный образ. Далее подростку предлагалось построить полную последовательность, соответствующую его представлениям о собственных половозрастных ролях на протяжении жизненного пути.

3. Задачей *третьего* этапа стало сравнение представлений человека о Я-настоящем, Я-привлекательном и Я-непривлекательном (негативном).

Испытуемому предлагалось показать на идентификационной последовательности (или при желании на последовательности другого пола), карточку с *наиболее привлекательным (ПО)* для него половозрастным образом. Адекватными ответами для подросткового возраста считаются выборы в качестве привлекательного нынешнего возрастного образа или образа, следующего за настоящим.

Последним заданием был выбор карточки с изображением *самого непривлекательного (НО)* образа.

Результаты исследования

Первым важным результатом исследования явился тот факт, что в отличие от контрольной группы подростки из приюта в 90% случаев обнаружили аффективное отношение к решению задач на возрастную идентификацию. Эмоциональные реакции и спонтанные высказывания сопровождали как процесс самоидентификации, так и построение последовательности возрастных образов.

75% подростков, как мальчики, так и девочки, говорили, что выбор сделать очень сложно, так как ни один из образов не является похожим на них. Из комментариев подростков следовало, что персонажи школьника (школьницы) и юноши (девушки) производят на них впечатление «благополучных парней и девушек». Это иллюстрирует такой комментарий: «у него (школьника) все вроде нормально, а я сейчас какой-то не такой».

После непродолжительного размышления и стимуляции со стороны экспериментатора подростки все же выбирали карточку с образом.

90% подростков обнаружили аффективное отношение к построению последовательности половозрастных образов. У некоторых на глазах появлялись слезы, когда они выкладывали образы младенчества и дошкольного детства, другие улыбались, вспоминая, какими они были маленькими. Многие подростки начинали рассказывать случаи из прошлого. При выкладывании образов будущего была заметна неуверенность в движениях и мимике, часто комментарии содержали слово «наверное», например, «наверное, потом я буду таким» (юношей, мужчиной, девушкой, взрослым).

В контрольной группе не было обнаружено аффективных реакций и высказываний. Благополучные подростки из семей обнаружили когнитивное отношение к выполнению задания.

В таблице отражены результаты в процентном соотношении по четырем исследуемым параметрам возрастной идентификации: частота встречаемости «верных» ответов при исследовании возрастной идентификации.

Самоидентификация и построение последовательности.

Несмотря на эмоциональное отношение к заданию подростки из приюта

адекватно определяли свой возрастной образ. Младшие подростки идентифицировали себя с образом школьника (школьницы), а старшие с образом «юность». В этом они не отличались от подростков контрольной группы. Все подростки правильно идентифицировали свой пол. Эмоциональное отношение к заданию не помешало подросткам из приюта правильно выстроить последовательность половозрастных образов. Единственным отличием было более длительное время, затраченное подростками из приюта на выполнение задания.

Параметры Группы	Возрастная идентификация	Построение последовательности	ПО	НО
Кризис	100%	100%	30%	90%
Контрольная группа	100%	100%	80%	100%

Выбор предпочтительных образов (ПО)

Анализ результатов исследования обнаружил принципиальные различия в выборах предпочтительного образа подростками из приюта и подростками из благополучных семей.

Как и на предыдущих этапах, подростки из приюта отнеслись к заданию аффективно (90%). Однако и несколько подростков из контрольной группы обнаружили аффективное отношение к выбору предпочтительного образа.

Выбор предпочтительного образа у подростков контрольной группы сводился, как правило, к выбору образов настоящего и ближайшего будущего. Для группы «юность» (возрастной ранг 5) характерно выбирать в качестве предпочтительного образ своего настоящего, реже – образ «зрелость» (следующий возрастной образ). Подростки, входящие в группу «школьники» (возрастной ранг 4) наиболее привлекательным считают образ ближайшего будущего («юность»), никто из них не выбирает в качестве привлекательного образ настоящего.

Тем не менее, и в контрольной группе четверо подростков продемонстрировали нарушения при выборе. Трое выбрали в качестве предпочтительных регрессивные образы: двое выбрали образ «младенчества» (№ 2) и один – «дошкольного детства» (№ 3), объясняя свой выбор желанием вернуться в «беззаботное детство». Один подросток выбрал в качестве предпочтительного сверхпрогрессивный образ «зрелость», как бы «перескочив» «юность» (свой выбор он объяснил желанием быстрее стать самостоятельным и независимым). Из беседы с учителями и самими подростками удалось выяснить, что и они переживают сложные жизненные ситуации, которые можно расценить как жизненный кризис. Два мальчика переживали развод родителей, в семье одного подростка был конфликт с отчимом, а у одной девочки появились братья-близнецы с проблемами со здоровьем. Таким образом, в контрольной группе был обнаружен невысокий процент подростков с нарушением возрастной идентификации, характерной для переживания жизненного кризиса.

Подростки из приюта обнаружили выраженную тенденцию к выбору в качестве предпочтительного образа регрессивные и сверхрегрессивные образы («внутриутробный плод», «младенец», «дошкольник»). Свои выборы они объясняли тоской по дому и родителям, желанием вернуться в детство и даже желанием «родиться заново».

Анализ выборов предпочтительного образа был проведен с помощью кри-

терия Стьюдента (independent samples t-test). Результаты показывают различия между группой подростков, находящихся в ситуации жизненного кризиса, и контрольной группой: $t(38)=3.3$, $p<005$).

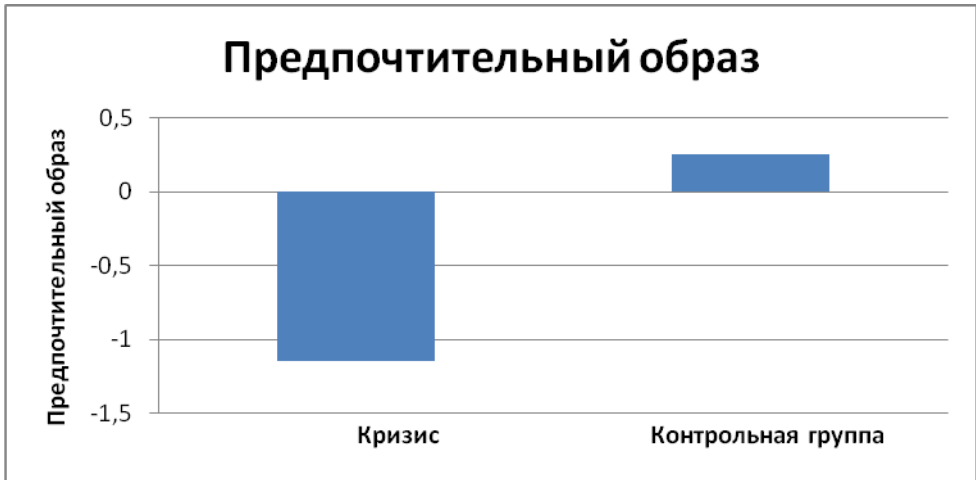


Рис.1 Выбор предпочтительного образа в ПВИ.

У контрольной группы предпочтительный образ не отличается от хронологического ($t(19)=1.05$, $p=31$), тогда как у подростков в ситуации кризиса предпочтительный образ смещается к более молодому ($t(19)=3.29$, $p<01$).

Выбор негативных образов (НО)

Как известно из апробации методики, для детей, подростков и взрослых нормативных групп характерно выбирать в качестве негативных образов образы старости и смерти. Подростки из приюта в подавляющем большинстве сделали такие же выборы негативных образов. Статистический анализ с помощью критерия Стьюдента показал, что результаты контрольной и экспериментальной групп не различаются: $t(38)=1.19$, $p=.24$.

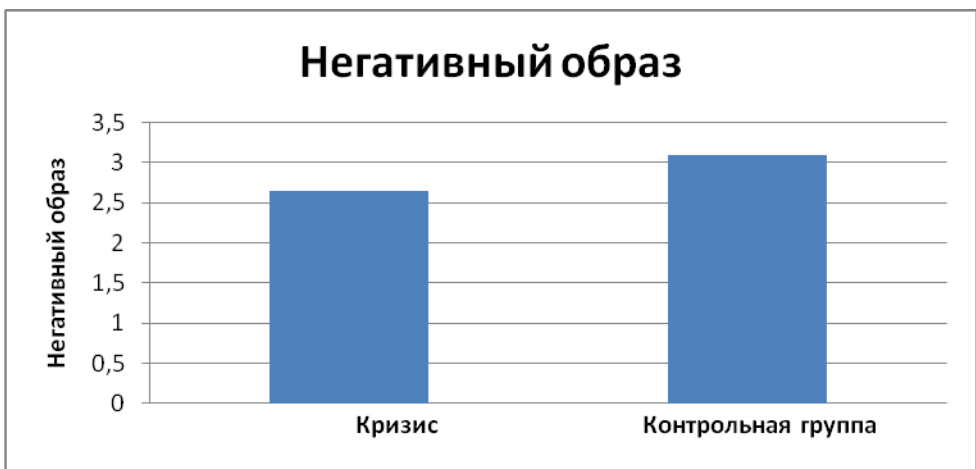


Рис. 2 Выбор негативного образа в ПВИ (Кризис vs контрольная группа)

Однако, один юноша и одна девушка-младший подросток из экспериментальной группы сделали иные выборы. Так, юноша в качестве негативного образа

выбрал свехрегрессивный образ – дошкольника (№ 3). Из беседы выяснилось, что данный выбор связан с трагическими событиями, произошедшими в этот период его жизни и повлекшими за собой сильнейшие эмоциональные переживания и изменения в его жизни. Девочка-подросток выбрала в качестве негативного образа своего настоящего (школьница), объяснив свой выбор нежеланием находиться в приюте и страхом перед неопределенностью своего положения. Таких выборов негативного образа в контрольной группе мы не встречали.

Выводы

1. Результаты исследования показали, что и у младших, и у старших подростков, находящихся в приюте, имеются характерные нарушения возрастной идентификации, свидетельствующие о переживании подростками жизненного кризиса.

2. Выполнение заданий на возрастную идентификацию подростками, находящимися в ситуации жизненного кризиса, отличается наличием аффективных реакций. Благополучные подростки воспринимают задания на возрастную идентификацию как когнитивные задачи и оценивают их как легкие.

3. У подростков, находящихся в ситуации жизненного кризиса, нарушается выбор привлекательных возрастных образов. Их не привлекает возраст своего «настоящего» и возраст ближайшего будущего. Наиболее привлекательным для них является образ детского прошлого.

4. Подростки, переживающие жизненный кризис, хоть и редко, но называют в качестве негативного образа образ своего настоящего, чего не встречается в группе благополучных подростков.

Изучение нарушений возрастной идентификации у подростков поможет в дальнейшем разработать программу преодоления жизненного кризиса для подростков из приюта.

И.Г. Черная

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ВЫПУСКНИКОВ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ)

Костромской областной институт развития образования (Кострома).

Известно, что раннее выявление речевой патологии, точность диагностики, своевременная и качественная коррекция, с учетом компенсаторных возможностей ребенка, позволяют надеяться на благоприятный прогноз в преодолении недостатков речи у детей. Однако такое своевременное выявление детей-логопатов и успешная речевая коррекция возможны лишь в условиях городских детских дошкольных учреждений, где для этого задействованы логопеды детских поликлиник и логопеды, работающие в системе образования. Совсем иная ситуация складывается в условиях сельских населенных пунктов, где фактически отсутствуют логопеды. Именно поэтому нас заинтересовал вопрос о распространенности речевых расстройств у выпускников сельских детских дошкольных учреждений..

Основная цель проведенного нами в 2009-2010 гг. логопедического ис-

следования была направлена на выявление особенностей речевого развития старших дошкольников, посещающих районные и сельские дошкольные образовательные учреждения Костромской области, а также на выявление нарушений различных компонентов речевой системы, их характера, глубины и степени распространенности.

Задачами исследования являлись:

- определение степени овладения детьми всеми компонентами речевой системы: уровнем речевой коммуникации, звукопроизношением, словарным запасом, грамматическим строем речи и связной речью;
- выявление особенностей психического и соматоневрологического развития детей;
- изучение условий развития и воспитания детей на основе анализа медицинской документации и педагогических характеристик, представленных педагогами ДООУ и школ, а также результатов наблюдений за детьми, бесед с родителями детей, педагогами и администрацией.

При логопедическом обследовании использовался системный подход к анализу речевых нарушений: выявлялось не только то, какой компонент речевой деятельности является нарушенным, но и какова его взаимосвязь с другими нарушениями (или же с сохранными компонентами речи), к каким возможным последствиям такие взаимоотношения могут привести.

В качестве инструментария диагностики речевого развития дошкольников использовались:

- изучение уровня речевой коммуникации и связной речи детей по материалам «Справочника логопеда» М.А. Поваляевой;
- обследование состояния артикуляционного аппарата по общепринятым в логопедии критериям;
- методики обследования детей дошкольного возраста с фонетико-фонематическим и общим недоразвитием речи Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, рекомендованные Минобрнауки РФ;
- «Дидактический материал по обследованию речи детей» Т.П. Бессоновой и О.Е. Грибовой в 2-х частях.

В результате наблюдений за детьми исследовались и так называемые неречевые психические функции: особенности внимания; характер игровой деятельности; состояние зрительно-пространственного гнозиса и праксиса (ориентировка в пространстве, складывание разрезных картинок, фигур из палочек).

Для обследования состояния моторики старших дошкольников подбирались пробы по шкале Н.И. Озерецкого с учетом возраста. Особенностью методики является игровая форма приемов, что отвечает требованиям данного возраста.

Каждый ребенок обследовался индивидуально, в зависимости от характера и тяжести речевого нарушения, с выборочным использованием указанных выше стандартных логопедических методик. Полученная во время обследования информация фиксировалась в протоколах обследования.

За 2009-2010 г.г. в районах Костромской области были обследованы 333 дошкольника. Нормальное речевое развитие выявлено у 115 детей. Речевая патология выявлена у 218 человек, что составляет 65,5%. Данные таблицы наглядно иллюстрируют, что у детей старшего дошкольного возраста среди всех видов речевых расстройств доминирует фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) – 35,8% от общего числа детей с речевыми нарушениями.

Таблица № 1.

Структура речевых нарушений, выявленных в ходе логопедического обследования

№ п/п	Виды речевых расстройств	Количество детей	%
1	Фонетико-фонематическое недоразвитие	78	35,8
2	Фонематическое недоразвитие	5	2,3
3	Общее недоразвитие речи III уровня	37	17
4	Нарушение звукопроизношения: - изолированный фонетический дефект; - фонетическое недоразвитие	32 31	28,9
5	Нерезко выраженное общее недоразвитие речи	32	14,7
6	Общее недоразвитие речи II уровня	3	1,3

В логопедии ФФН рассматривается как нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. К основным проявлениям данного нарушения относятся: недифференцированное произношение пар или групп звуков (например, один и тот же звук является для ребенка заменителем одного и более звуков); замена одних звуков другими, более простыми по артикуляции; а также смешение звуков, то есть «неустойчивое» употребление звуков в различных словах (дети в одних словах употребляют звук правильно, а в других заменяют близкими по артикуляционному укладу или акустическим признакам).

ФФН свидетельствует о недоразвитии фонематического слуха. Большинству детей с ФФН звуковой анализ недоступен даже в его элементарной форме, так как у них не сформирована база фонематического анализа – фонематический слух.

В процессе проводимого обследования многие дошкольники затруднялись в выделении 1-го звука в слове, называя или 1-й слог или же все слово, а также в подборе картинок на заданный звук, в придумывании и назывании слов с заданным звуком.

Нарушение фонематического восприятия приводит к тому, что словарный запас ребенка не пополняется теми словами, в состав которых входят трудно-различимые звуки (ребенок не воспринимает на слух близкие по звучанию или сходные по артикуляции звуки речи, не дифференцирует их). В дальнейшем объем словарного запаса начинает существенно отставать от возрастной нормы. Также нарушение фонематического восприятия затрудняет формирование на должном уровне и грамматического строя речи (при недостаточности фонематического восприятия многие предлоги или безударные окончания слов для ребенка оказываются «неуловимыми»). Таким образом, у ребенка возникает целый комплекс нарушений: фонетико-фонематические и лексико-грамматические, которые впоследствии могут привести к общему недоразвитию речи.

Второе место по частоте распространения занимают дефекты звукопроизношения в виде изолированного фонетического дефекта (чаще всего в группе сонорных звуков) или же в нескольких видах различных фонетических групп, называемые фонетическим недоразвитием. Нарушения звукопроизношения проявлялись в отсутствии некоторых звуков, в искажениях и заменах.

По данным обследования, дети с изолированным фонетическим дефектом и дети с фонетическим недоразвитием составляют 28,9% от общего числа детей-логопатов.

На третье место по частоте распространенности выходит общее недоразвитие речи (ОНР) – 18,3% от общего числа детей с речевыми расстройствами. В логопедии понятие ОНР применимо к такой форме патологии речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, когда нарушается формирование всех компонентов речевой системы: фонетики, лексики, грамматики. Обуславливается недоразвитие речи нарушением деятельности речеслухового и речедвигательного анализаторов. В результате воздействия различных патогенных факторов запаздывает созревание нервных клеток зон коры головного мозга и развитие речи происходит на дефектной основе. Условно выделяют три уровня речевого недоразвития:

I уровень – отсутствие речи (так называемые «безречевые дети»), они пользуются лепетными словами, звукоподражаниями, отдельными словами бытовой тематики, сопровождая это мимикой и жестами. В ходе нашего исследования таких детей не выявлено.

II уровень – это уже начатки общеупотребительной речи, имеется фразовая речь, но высказывания детей бедны, ребенок ограничивается перечислением непосредственно воспринимаемых им предметов, действий, явлений. Было выявлено двое детей с данной речевой патологией.

III уровень характеризуется наличием относительно развернутой фразовой речи, но с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

В процессе проведенного исследования из общего числа детей с недостатками речи у 17% выявлено ОНР III уровня. У детей со стороны звукопроизношения выделяются лишь дефекты отдельных звуков, речевое развитие позволяет активно общаться со сверстниками, но им в полной мере еще не доступно словообразование и словоизменение. В устном речевом общении обследуемые дети «обходили» трудные для них слова и выражения, испытывали трудности при самостоятельном составлении предложений, мало пользовались прилагательными и наречиями, допускали ошибки в словообразовании, а это обедняет возможности накопления словарного запаса, не позволяет различать морфологические элементы слов. У этих детей всегда были нарушения в грамматическом строе речи: неправильное согласование прилагательных и числительных с существительными, ошибки в использовании предлогов (их пропуски, замены), недоговаривание окончаний.

У 14,7% из общего числа детей-логопатов выявлено нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР).

У данных детей имеются нарушения фонетико-фонематического компонента речевой системы: дефектное произношение 2-5 звуков, распространяющееся на 1-2 группы звуков, у некоторых детей звукопроизношение было в пределах нормы.

Кроме этого выявлены и нарушения лексико-грамматического компонента речевой системы: лексический запас детей ограничен рамками обиходно-бытовой тематики; качественно неполноценен (неправоммерно сужено или расширено значение слов), ошибки в употреблении слов, смешения их по смыслу и акустическим свойствам. Грамматический строй речи у дошкольников недостаточно сформирован, отсутствуют сложные синтаксические конструкции, недос-

таточно развита связная речь.

В процессе обследования выявлено, что моторика детей старшего дошкольного возраста, имеющих ФФН и ОНР, развита неравномерно: около 2/3 этих детей имеют незначительное моторное отставание от возрастной нормы и около 1/3 – задержку моторного развития, причем степень этой задержки колеблется от несущественных погрешностей при выполнении моторных проб до средней моторной неловкости.

На основании представленных данных (это был анализ амбулаторных карт детей, в некоторых случаях приносимых родителями на обследование; сбор анамнеза; беседы с педагогами и медработниками ДОО о ходе психического и речевого развития детей; знакомство с медицинской документацией ДОО) делалось общее заключение о сложности и полиморфизме этиологических факторов, вызывающих речевые расстройства у детей-дошкольников.

У многих детей-логопатов имеется неполная сформированность психических функций, тесно связанных с речью (внимание, память, словесно-логическое мышление и др.).

Автор не претендует на патогенетический анализ структуры речевых нарушений у обследованных детей, так как это является прерогативой врача, однако результаты исследования позволяют сделать вывод о своеобразной триаде этиологических факторов нарушений речи:

- наследственная предрасположенность;
- неблагоприятное окружение ребенка;
- повреждения или же нарушения созревания головного мозга под влиянием различных неблагоприятных воздействий в период внутриутробного развития, в момент родов или в первые три года жизни ребенка.

У детей с тяжелыми нарушениями речи «лидируют» два последних причинных фактора.

Таким образом, в ходе проведенного исследования была предпринята попытка выявить степень распространенности речевых расстройств у детей старшего дошкольного возраста, посещающих районные и сельские ДОО Костромской области, а также проанализировать структуру речевых нарушений, выявить особенности психического и речевого развития детей-логопатов. Анализ контингента обследованных детей наглядно показал, что речевое развитие соответствует возрасту лишь у 34,5% старших дошкольников. Дети с недостатками речи, находящиеся в ДОО, представляют собой сложную и разнородную группу как по тяжести проявления дефекта, так и по природе его возникновения.

Дети, недостатки речи которых не будут своевременно выявлены и устранены, составят значительную часть неуспевающих учащихся в начальных классах школы. Ранняя диагностика нарушений речи в дошкольном возрасте позволяет предотвратить многие осложнения речевого развития и будущую школьную дизадаптацию детей-логопатов.

Жизненные реалии наших дней выдвигают необходимость изменения организационно-содержательных аспектов логопедической помощи детям с речевыми расстройствами, проживающим в условиях сельской местности. По нашему мнению, необходимо увеличивать сеть логопедических пунктов при детских дошкольных учреждениях (практика показывает, что они менее затратны, чем логопедические группы), а также активнее использовать возможности учреждений дополнительного образования детей.

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

Е.В. Корень

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ Московский НИИ психиатрии МЗСР РФ (Москва).

Меняющийся контекст психического здоровья с выходом за рамки нозоцентрической парадигмы с пересмотром роли пациента и семейного окружения в лечебно-реабилитационном процессе и признанием высокой значимости социальных факторов в формировании, динамике, исходах психических расстройств и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами, диктует необходимость развития личностно-ориентированного подхода, полипрофессиональных (бригадных) форм помощи и методов психосоциальной терапии, основанных на оценке потребностей детей и родителей с опорой на сообщество [3,6, 11, 17].

Развитие и укрепление концепции психического здоровья явилось закономерным продолжением как глобальных гуманитарных общественных процессов, так и смены парадигмы в медицине с ранее господствовавшего организмоцентрического на формирование эволюционно-популяционного (экологического) подхода к больному [8]. Среди базовых составляющих содержательного конструкта концепции психического здоровья можно выделить холистический подход к личности, повлекший за собой развитие мультидисциплинарного подхода, а также положение о наличии у больных с психической патологией определенного уровня здоровья, определившее требование пересмотра некоторых концептуальных положений психосоциальной реабилитации, в частности связанных с отходом от концепции дефекта, и необходимость основополагаться в реабилитационных стратегиях на относительно сохраненные стороны и качества психики больных.

С другой стороны, на фоне «потолка» психофармакотерапии, не обеспечивающей в настоящее время в большинстве случаев этиопатогенетическую направленность лечения и реабилитации, «нозологического» кризиса в классификации психических расстройств, угрожающего традиционным клиническим основам детской психиатрии и качеству подготовки кадров, относительно низкой эффективности разрабатываемых профилактических и реабилитационных программ, а также с учетом существовавших до настоящего времени ограничений, связанных с использованием психосоциальных стратегий в детской психиатрии (сохраняющиеся патерналистские установки, неразработанность научной базы, учитывающей направленность и специфику проведения в детском и подростковом возрасте, перекося в сторону наиболее тяжелых групп больных, фрагментарность и ненацеленность на решение конкретных задач, слабая преемственность, преимущественно опосредованный характер психосоциальных вмешательств и т. д.), остро встают вопросы определения путей развития детской психиатрии, которые могли бы обеспечить целостное видение и решение задач в соответствии с запросами общества в сфере охраны психического здоровья детей и подростков [12].

Недостаточная эффективность традиционно используемых лечебно-

реабилитационных подходов в свете современных требований к повышению качества психиатрической помощи детям и подросткам в значительной степени обусловлена отсутствием интегративного подхода, который позволил бы учитывать весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинико-биологических детерминант [11]. Вместе с тем теоретико-методологическое обоснование психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами, опирающееся на научно обоснованную концептуальную базу, представляется чрезвычайно сложной задачей по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих как психическое состояние, так и основные характеристики социального функционирования психически больного ребенка в значимых сферах жизнедеятельности.

Это делает актуальным использование интегративных подходов при разработке концептуальной модели психосоциальной терапии (ПСТ) и психосоциальной реабилитации (ПСР) детей и подростков с психическими расстройствами, основанных на преодолении как односторонних биологических подходов и теорий, так и ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств [2, 5, 20], и рассматриваемых как составная часть стратегии развития детской психиатрии.

Развитие биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии обуславливает необходимость расширения границ реабилитационных вмешательств с усилением внимания к психосоциальным факторам, как участвующих в формировании и динамике психических расстройств и социальной дизадаптации¹, так и влияющих на адаптационный ресурсный потенциал ребенка (терапевтический альянс, семейная поддержка, принятие и удержание в сообществе и др.) [25, 31, 32].

Соответственно, следование выбранной парадигме в детской психиатрии должно предусматривать взгляд на пациента с позиций психосоциальной реабилитации (и ее профилактической составляющей), включающих переход от рассмотрения ребенка, страдающего психическим расстройством, как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как субъекту (вместе с семейным окружением) [11, 24].

В свете современных психореабилитационных подходов опора на активную позицию пациента и семейного окружения рассматривается в качестве кардинального условия эффективности адресованных к личности больного психосоциальных воздействий как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к лечебно-реабилитационному процессу и противостояния негативному влиянию психического расстройства [4, 8, 20]. Как указывает М. McCabe [29], все большее значение придается вовлечению детей, в за-

¹ **Прим. ред.** Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. – 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

висимости от их уровня развития, в качестве активных партнеров в процесс принятия решений о проведении различных видов вмешательств [29].

В контексте меняющихся содержательных характеристик психического здоровья, в наибольшей степени соответствующих практическому осуществлению перехода к биопсихосоциальной модели психических и поведенческих расстройств у детей, обосновывающей рассмотрение психосоциальной реабилитации как мультидисциплинарной сферы деятельности, на первый план выходит требование обеспечения наиболее приемлемых условий для жизни и гармоничного психического развития ребенка, понимаемое как результирующий итог скоординированных усилий разных специалистов, работающих с детьми и подростками в сфере охраны психического здоровья [18]. При этом особое внимание обращено на повышение уровня социального функционирования и развития так называемого социального интеллекта, соответствующих развитию концепции «функционального» выздоровления (“functional” recovery), выводящей на первый план реадaptацию и интеграцию в обществе ребенка с психическим расстройством или нарушением психического развития [6, 20, 30].

В таком понимании ПСТ и ПСР с учетом ведущей, но неспецифической роли психосоциальных факторов, участвующих в формировании психосоциальной дизадаптации детей с психическими расстройствами, должны опираться на совокупность теоретических и методологических предпосылок, рассматриваемых как система знаний о патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических расстройств у детей, обосновывающих соответствующий психореабилитационной направленности вмешательств комплексный подход к диагностике (психосоциальная составляющая психиатрического диагноза) [2, 14].

Необходимо отметить, что реабилитационная направленность здравоохранения и роль психосоциальных факторов в формировании психических расстройств у детей всегда подчеркивались с момента создания первых служб охраны психического здоровья детей и подростков, и многими исследователями выделялись психосоциальные механизмы не только формирования психопатологической симптоматики, но и социальной дизадаптации (школьной, семейной и т. д.) с определением роли тех или иных факторов в формировании и динамике психических расстройств в детском возрасте [9, 16].

Анализ использовавшихся подходов к оценке роли психосоциальных факторов в формировании и динамике психических расстройств позволяет говорить о наличии определенных методологических трудностей оценки их реального влияния на глубину и стойкость имеющейся социальной дизадаптации, в первую очередь связанных с недостаточной разработанностью количественного (дименсионального) подхода и алгоритмов учета сложных нелинейных взаимоотношений между факторами.

Констатация невозможности проведения нацеленных психосоциальных вмешательств на основе доминировавшей клинической парадигмы со сдвигом акцента в сторону изучения влияния психосоциальных факторов на социальное функционирование больных в контексте ПСР требует разработки и применения нового понятийного аппарата с использованием интегративных показателей, основанных на категориях психического здоровья [4, 11, 20].

Перспективы дальнейшей разработки концептуальной основы реабилитации как важнейшей сферы психиатрии непосредственно связаны с меняющимися представлениями о сущности психического расстройства и границах психического здоровья и современными организационными и методическими воз-

возможностями реализации мультимодального подхода к процессу оказания психиатрической помощи с учетом многообразия и взаимовлияния составляющих, веерная направленность которого распространяется как на биологическую составляющую реабилитации (восстановление нарушенной функции), так и на повышение уровня адаптивного функционирования и позитивные изменения субъективных аспектов качества жизни.

При этом на первый план выходит не выделение главных, а анализ взаимодействия различных факторов в их динамическом единстве, преломляемый через особенности психосоциальных контактов личности больного со средой. Тем самым преодолевается один из недостатков биопсихосоциальной модели, рассматривающей пациента как статичного субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включающего принцип его собственной активности [1].

Несмотря на имеющиеся недостатки, применение системного подхода к решению клинко-реабилитационных проблем детской психиатрии в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях дает ключ к пониманию сущности психических расстройств, проблем пациента и оказанию эффективной психиатрической помощи, за которыми стоят знания и реабилитационная практика разных специалистов (психиатров, психологов, педагогов, дефектологов и др.), работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Возникающее при этом кажущееся противоречие, связанное с оценкой роли психиатра в процессе психосоциальной реабилитации, разрешается в сторону признания системообразующей роли последнего в плане «сквозного» учета особенностей потребностей ребенка с психическими расстройствами. В данном контексте одной из главных задач ПСТ и ПСР детей и подростков с психическими расстройствами становится расширение возрастных способов эмоционального и поведенческого реагирования [19].

По нашему мнению, чтобы методологически оставаться в «психиатрическом поле», в основу формирования концептуальной модели ПСР в детской психиатрии должны быть положены принципы психопатологии развития.

Данный постулат в корне меняет сложившиеся представления об ограниченных и опосредованных рамках применения психосоциальных вмешательств в детской психиатрии, обращенных преимущественно к хроническим и инвалидизирующим формам психической патологии у детей и осуществляемых преимущественно после купирования основных болезненных проявлений [9, 11]. Вместе с тем, как подчеркивает В.В. Ковалев [10], «среди различных аспектов влияния психических процессов на общее здоровье человека наименее исследованным можно считать онтогенетический аспект, т. е. роль факторов и механизмов индивидуального развития и созревания человека как личности».

В подходе психопатологии развития основное значение придается важности основных процессов развития ребенка и связанных с ними задач, роли контекста и влияния разнообразных взаимосвязанных факторов, участвующих в формировании как адаптивного, так и неадаптивного развития по отношению к тому, что является нормой для соответствующего периода развития [22, 26, 33].

Обеспечение разносторонними усилиями наиболее оптимальных условий для психического развития детей и подростков с психическими расстройствами, постулируемое как основная цель психосоциальной реабилитации, путем обеспечения непрерывности и поступательности цикла «развитие-интеграция-развитие», позволяет охватить существо проблем практически у всех детей с пси-

хическими расстройствами включая этапность и преемственность помощи, необходимость усиления роли пациентов и родителей в лечебно-реабилитационном процессе, частое «наложение» ряда социальных проблем, многообразное влияние возрастного фактора и кардинальное значение работы с семьей при определении «мишеней» и модулей психосоциальной реабилитации [11].

Диктуемая этим необходимость рассмотрения психосоциальной дизадаптации детей с психическими расстройствами как «дефицитарного» результата негативного влияния психического расстройства и одновременно как процесса нарушения развития, искажающего социализацию и способствующего фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования, влечет за собой развитие многоосевой диагностики в контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления болезни и достижения оптимального возрастного уровня социального функционирования, позволяет как объединить на практике профилактическую, лечебно-реабилитационную и ресоциализирующую составляющие психосоциальной реабилитации, так и определить ориентиры для реорганизации служб психического здоровья детей и подростков, и задать новый импульс для исследований эффективности разрабатываемых моделей комплексной помощи.

Как указывает М. Rutter [25, 33], несмотря на то что проявления детской психопатологии отличаются чрезвычайно большим разнообразием причин и симптомов, все они имеют общую основу: патологические нарушения указывают на сбой в процессе адаптации, имевшие место на одной или нескольких стадиях развития. По Remschmidt Н. [19], современная психопатология развития отходит от фазовых моделей развития в сторону процессуальных моделей, которые подтверждают динамичность взаимодействия между индивидом и всем многообразием средовых воздействий и социальным окружением. При этом индивид рассматривается как активный участник собственного развития. Это может стать исходным пунктом в разработке вопросов изучения детей с аномалиями психического развития, обусловленными наличием психического расстройства. К тому же развивающийся организм, личность ребенка имеют массу компенсаторных, адаптивных возможностей, а развитие морфофункциональных систем продолжается до 20-25 летнего возраста [25].

С позиций психопатологии развития неадаптивная психическая деятельность является важнейшим механизмом, препятствующим реализации имеющихся адаптационных ресурсов и искажающим психическое развитие ребенка, особенно в сенситивные периоды развития, путем фиксации неадаптивных паттернов психогенеза аффективных переживаний и поведения, препятствующих усвоению нового опыта, необходимого для приспособления к меняющимся возрастным требованиям [33]. Вполне согласуется с традиционными для психопатологии развития подходами также представление о негармонических чертах характера как одном из основных факторов риска («психосоциальная уязвимость») к возникновению и углублению психосоциальной дизадаптации, а также гипотезирование значения психосоциальных факторов как наиболее сильных предикторов девиантного поведения и дизадаптации, где наибольшее значение в детском возрасте приобретают нарушения семейного контекста.

Этим положениям вполне соответствует утверждение, что становление различных форм социальной дизадаптации (включая школьную) у детей с психическими отклонениями «...происходит не просто на фоне, а в неразрывной связи с симптомами психического дизонтогенеза» [13]. В ряде случаев этот

процесс сопровождается формированием непатологических личностных деформаций по типу так называемых психосоциальных расстройств (делинквентность, усиление агрессивности, социальной апатии, самоизоляция с ограничением контактов и т. д.), отражающих нарушение этапных процессов социализации [15, 21].

По мнению И.А. Коробейникова [13] «теснейшая связь процессов социализации и социальной адаптации определяется наличием единого интегрирующего их субъекта – личности ребенка, при этом усвоение социального опыта индивидом, под которым подразумевается, прежде всего, опыт приобретаемый в структуре межличностных отношений, происходит на основе социально-психической адаптации как сложнейшего механизма формирования модуса социального поведения».

Ключевым понятием психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами является концепция дефекта, определяющая стратегические цели и «мишени» психосоциальных вмешательств в структуре комплексной помощи данному контингенту больных, которая характеризуется рядом существенных отличий от реабилитации взрослых больных, обусловленных влиянием возраста и наличием фактора развития.

В парадигме психического здоровья, детерминирующей холистический подход к личности психически больного ребенка, одним из наиболее существенных этапов в формировании концептуальной базы ПСР должен стать интегральный динамический подход, заключающийся в отказе от рассмотрения дефекта как статического необратимого феномена и в осознании необходимости основополагаться в реабилитационной деятельности на наличие определенного психосоциального ресурса, соответствующего тому или иному уровню психического здоровья с обращением к сохранным сторонам психики, что тесно связано с развитием представлений о так называемой жизнестойкости («resilience») не как неких универсальных личностных чертах, а методологическом осмыслении его как процесса активизации и усиления адаптационных ресурсов, включающем приоритетные для каждого возрастного этапа психосоциальные составляющие. Из этого следует, что понятие дефекта как объекта психореабилитационных вмешательств, операционализируемое в рамках парадигмы клинической психопатологии, не может быть использовано в качестве средства апелляции к личности психически больного ребенка комплекса психосоциальных воздействий на основе системного подхода, позволяющего преодолеть порождаемый этим целый ряд трудностей во взаимопонимании клиницистов и других специалистов, занимающихся реабилитацией детей и подростков с психическими расстройствами.

При разработке концептуальной модели ПСТ и ПСР детей и подростков следует также опираться на достаточно известное в коррекционной педагогике положение об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием психического расстройства и уровнем психосоциальной дизадаптации со значительной вариабельностью выраженности дефекта и нарушений социального функционирования. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дизадаптивных форм личностного реагирования, что имеет принципиальное значение для детской психиатрии в плане учета фактора развития.

Одной из наиболее важных структурных составляющих такого подхода к социальной адаптации в контексте ПСР является постулат о существовании

связи и качественных переходов между повышением уровня социального функционирования с возрастанием готовности к адаптивному реагированию, понимаемой как адаптационный ресурс личности в рамках содержательных характеристик психического здоровья, и тенденцией к более гармоничному психическому развитию детей, страдающих психическими расстройствами. Об этом могут свидетельствовать результаты исследований, показавшие более неблагоприятный исход шизофрении у детей с более низким преморбидным уровнем адаптации [23].

В свете указанных представлений возникающая психосоциальная дизадаптация понимается как препятствие к адаптации («дефицит адаптации»), в основе которой лежит неспособность противостоять давлению социальных требований, иногда принимающая характер «псевдоадаптации» [16], при которой имеющаяся у детей и подростков нормативно-возрастная недостаточность в вопросах социального взаимодействия, социальной компетенции и копинга ведет к усилению уязвимости к психосоциальным стрессорам.

Определенная роль в формировании такого рода сенситивности к негативным психосоциальным ситуациям отводится механизмам сенсбилизации, сочетающим трудности активизации адаптивных возможностей (ресурса) с «обнажением» биогенетической готовности реагировать развитием дизадаптивных реакций и вторичных психических расстройств на некоторые пусковые стрессовые воздействия, с образованием «порочного круга» и «спиральных» зависимостей с взаимопереходами и взаимовлиянием психопатологических феноменов и проявлений психической дизадаптации, составляющих основу установления реципрокной связи патологического взаимодействия ребенка со средой с углубляющимся искажением его психического развития.

Таким образом, концептуализация дефекта адаптации, связанного с наличием любого психического расстройства у детей, как континуума нарушений психического развития от грубых дизонтогенетических нарушений с выраженной задержкой развития до дисфункциональных состояний психосоциальной дизадаптации с искажением возрастных этапов социализации, который мы называем «функциональным дефицитом процесса психосоциального развития», характеризующим один из основных механизмов негативного влияния психического расстройства на функционирование ребенка в обществе, отвечает стратегическим потребностям в развитии реабилитационных подходов.

Согласно принятой ВОЗ в 1992 г. [27] классификации здоровья и инвалидности (International Classification of Functioning, Disability and Health) при всех группах психических расстройств может быть применена характерная для большинства видов нарушений психического здоровья триада: «повреждение (impairment), ограничение функций (disability) и обусловленное ими нарушение социального функционирования (handicap), из которого вытекают целенаправленные реабилитационные мероприятия [19], фокусируемые на (потенциальных) последствиях психического расстройства и направленные на их преодоление и реадaptацию больных. Как следствие такого подхода с позиций психического здоровья социальная адаптация может быть представлена и измерена как уровень функционирования психически больного ребенка в различных значимых социальных сферах.

Поскольку современный этап ПСР характеризуется развитием форм и методов ПСТ как самостоятельной стратегии помощи [20], а роль психосоциальных факторов как в развитии и динамике расстройства, так и в плане влияния на

уровень функционирования детей представляется доказанной, логика следования модели, опирающейся на принципы психопатологии развития позволяет выделить некоторые стратегические направления нацеленных психосоциальных вмешательств в контексте создания условий для психического развития ребенка, страдающего психическим расстройством.

В первую очередь речь идет о психосоциальных параметрах влияния психического расстройства на процесс психосоциальной адаптации в контексте создания условий для развития, где ПСТ влияет на уровень адаптивности ребенка через франкирующее воздействие на лечебно-реабилитационный процесс посредством оптимизации терапии (формирование терапевтического альянса, достижение и поддержание комплаенса в приеме лекарств, следование терапевтическому плану и т. д.).

Другое направление связано с содействием повышению роли ребенка в ПСР через развитие принципов информированного принятия решений и «делегирующего полномочий» семье, которое определяет пути для поддержания изменений, повышения компетентности, возможностей, умения, для того чтобы добиться повышения и реализации присущего психически больному ребенку потенциала здоровья, определяющего эффективность воздействия на ключевые детерминанты психосоциального функционирования [28, 31].

Динамическое обследование 360 детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 4-17 лет, включавшее изучение клинико-социальных характеристик и потребностей больных и их семей, оценку динамики социального функционирования при проведении ПСТ и ПСР с опорой на принципы психопатологии развития, позволило выделить ряд общих закономерностей психосоциальной дизадаптации как процесса нарушения развития.

К ним относятся широкий спектр нарушений развития с подтверждением ведущей роли психосоциальных факторов в их формировании при различных психических расстройствах у детей, частое «наложение» ряда негативных психосоциальных ситуаций, возможность сохранения дизадаптивных психосоциальных механизмов нарушения развития после купирования ведущей симптоматики, синергизирующий эффект адекватной психофармакотерапии и ПСТ в преодолении тенденции к фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования.

Краткосрочная динамика изменения уровня социальной адаптации, оцениваемой преимущественно в психосоциальном контексте лечебно-реабилитационного процесса (мотивация к лечению, комплаенс, готовность родителей к сотрудничеству, формирование запроса у родителей на проведение ПСТ и субъективная удовлетворенность терапевтическим процессом, обращение за помощью при изменении состояния и др.) показала значимую тенденцию к уменьшению числа детей и подростков со стойкой социальной дизадаптацией, связанной с обострением состояния ($p < 0,01$) и наличием выраженных эмоциональных и поведенческих проблем, в том числе требующих повторной госпитализации в психиатрический стационар ($p < 0,001$), что значительно улучшило адекватную реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий. По параметрам соответствия и практической реализации совместно выработанного индивидуального терапевтического плана позитивные изменения уровня социального функционирования и достижения социальной компетентности, обеспечивающих реадaptацию ребенка с возвращением в стимулирующую среду и удержанием в сообществе, несколько опережали клиническую динамику психического состояния.

В долгосрочной перспективе оценка устойчивости достигнутых позитивных изменений в уровне социальной адаптации по всем группам пациентов показала достоверное ($p < 0,01$) повышение баллов по Шкале Общего Функционирования (GAF), а также в степени ресоциализации (возвращение к учебе, улучшение межличностных контактов, сохранение установок на преодоление расстройства и т. д.), особенно заметное у больных с наличием социальной поддержки со стороны родителей.

Таким образом, выбор психопатологии развития в качестве основы концептуальной модели ПСР детей и подростков с психическими расстройствами позволяет при практическом использовании данной модели учитывать клинко-социальные потребности детей на различных возрастных этапах, охватить все психические расстройства у детей и подростков, обеспечить профилактическую (ресурсосберегающую) направленность психосоциальных вмешательств, интегрировать усилия специалистов разных специальностей, опираться на вмешательства, ориентированные на семью, а также выработать критерии эффективности ПСТ и ПСР как ключевых аспектов оценки категории психического здоровья как ресурса для адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Жигулина И.В. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2009. - Т.21, № 1. - С.3-11.
2. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т. 8, № 4. - С. 5-20.
3. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - Т. 11, № 3. - С. 5-13.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и реабилитации психически больных. - М.: Медпрактика, 2002. - 179 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. - М.: Медпрактика, 2004. - 491 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения. - 2001. - 243 с.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. - СПб. - 1998. - 256 с.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1995. - № 4. - С. 175-182.
9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.
10. Ковалев В.В. Онтогенетический аспект психической патологии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1991. - № 1. - С. 2-6.
11. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т. 18, № 4. - С. 5-15.
12. Корень Е.В. Стратегии развития детской психиатрии: психосоциальная реабилитация // XV съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 2010. - С. 148.
13. Коробейников И.А., Нарушения развития и социальная адаптация. - М.: ПЕР СЭ, 2002. - 192 с.

14. Коробейников И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания // Дефектология. – 2004. - № 1. - С. 54-60.
15. Королев В.В. Психические отклонения у подростков-правонарушителей. — М. - 1992. – 208 с.
16. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2 изд. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.
17. Организация многопрофильных бригад в детско-подростковой психиатрической службе Свердловской области. Практические рекомендации. – Екатеринбург, 2001. – 47 с.
18. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Серия технических докладов 613. – Женева, 1979. – С. 16-37.
19. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. - 624 с.
20. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи // Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельда. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. – 356 с.
21. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М. - 1987. – 304 с.
22. Achenbach, T. Conceptualization of Developmental Psychopathology. In M. Lewis and S. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology). New York: Plenum Press., 1990. – P. 3-27.
23. Asarnow J.R., Tompson M.C. & McGrath E.P. Childhood-onset schizophrenia: clinical issues // Journal of Child Psychology and Psychiatry. - 2004, 45. – P. 180-194.
24. Botbol M. Person-centered child and adolescent psychiatric care // International Journal of Integrated Care, 29 January 2010. Section on Person-centered Clinical Care <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/498/994>
25. Child and adolescent psychiatry / M. Rutter, E.A. Taylor (Eds.). 4th Ed. - Oxford: Blackwell Science, 2002.
26. Cicchetti, D., Cohen D. J. Perspectives on developmental psychopathology / Developmental psychopathology, Vol. I: Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995. – P. 3–22.
27. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Pocket-sized book. World Health Organization. - 2001. - 229 p.
28. Kaplan R.M. Two pathways to prevention // American psychologist. – 2000, 55(4). - P. 382-386.
29. McCabe M. A. Involving children and adolescents in medical decision-making: Developmental and clinical considerations // Journal of Pediatric Psychology. - 1996:21 (4). - P. 505-516.
30. Mezzich J. Institutional consolidation and global impact: towards psychiatry for the person // World Psychiatry. – 2006. - № 5. - P. 65-70.
31. Millstein S.G., Petersen A.C., Nightingale E.O. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives / Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. - N.Y.: Oxford University Press. - 1993. - P. 3–10.
32. Remschmidt H., van Engeland H. (Eds.). Child and adolescent psychiatry in Europe. Historical development. Current situation. Future perspectives. - New York, Darmstadt, Steinkopff: Springer. - 1999. - P. 409.
33. Rutter M., Scoufe L.A. Developmental psychopathology: concepts and challenge / Development and Psychopathology. - 2000. - V. 12. - P. 265–296.

Н.К. Сухотина, И.Л. Крыжановская, Т.А. Куприянова, В.В. Коновалова
ПРИМЕНЕНИЕ НООКЛЕРИНА В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ
С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,
ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС
Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ [Москва].

Последние десятилетия характеризуются поступательным ростом пограничных психических расстройств среди детско-подросткового населения, существенно превышая аналогичные показатели роста у взрослых. С одной стороны, это обусловлено частотой неблагоприятного перинатального фона у значительной части детей, достигающей по некоторым формам пограничной психической патологии 81,3%-86,7% [2,6], являющегося predisponирующим фактором расстройств невротического и патохарактерологического спектров. С другой стороны, интенсификация психогенных нагрузок, возрастающие требования к когнитивным возможностям детей в процессе школьного обучения становятся факторами риска возникновения и развития пограничных психических расстройств.

Проведенные нами исследования показали эффективность дифференцированного использования современных нейрометаболических стимуляторов из группы ноотропных препаратов при лечении и профилактике пограничных психических расстройств, формирующихся на резидуально-органическом фоне в детском и подростковом возрасте [7].

Нооклерин [деанола ацеглумат]² по химической структуре близок к естественным метаболитам головного мозга [ГАМК, глутаминовая кислота]. Проведенное в эксперименте изучение нооклерина выявило наличие у препарата церебропротективных свойств [предупреждение или ослабление амнезии, вызванной электрошоком, скополамином, лишением парадоксальной фазы сна [3].

Клинические исследования нооклерина у взрослых пациентов свидетельствуют, что препарат обладает отчетливой ноотропной и психостимулирующей активностью, эффективен при лечении астенических и астенодепрессивных состояний [1, 3, 5].

Клиническое испытание препарата «Нооклерин» в качестве антиастенического средства у подростков с функциональной астенией [4] также показало, что препарат является эффективным и безопасным средством терапии этого контингента больных.

Цель исследования

Оценка эффективности и переносимости нооклерина у детей и подростков с пограничной психической патологией, формирующейся на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС по данным открытого, простого, плацебо неконтролируемого исследования.

Материал и методы исследования

В исследование вошли 52 ребенка обоего пола (31 мальчик и 21 девочка) в возрасте от 7 до 16 лет с различными проявлениями церебральной астении (астеногиподинамическими, астеногиперестезическими, астеногипотимическими, психовегетативными с эмоциональной и вегетативно-сосудистой лабильностью,

² За рубежом выпускают близкие аналоги нооклерина: клерегил, акти-5, ризатарун.

наличием или отсутствием снижения когнитивной продуктивности), а также невротического спектра расстройств [астенодистимических, тревожно-дистимических, фобических]. Дети наблюдались в стационарных (включая дневной стационар) или амбулаторных условиях.

Поскольку в исследование вошли все дети, обратившиеся за помощью в МНИИП с пограничными психическими расстройствами, сформировавшимися на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС, выделение репрезентативных групп сравнения оказалось невозможным в связи с дроблением обследованного материала на множество малочисленных групп, недостаточных не только для статистического анализа, но и для эмпирической оценки эффективности препарата. В связи с этим оценка эффективности проводилась у всех детей, имеющих отмеченные выше расстройства, путем сравнения исходных значений с промежуточными и конечными показателями.

Оценивались:

1. Выраженность церебральной астении и расстройств невротического спектра в баллах, определяемых по шкале общего клинического впечатления.

2. Динамика психоэмоционального состояния детей по результатам психологического тестирования:

- уровень реактивной и личностной тревожности (Шкала оценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина), у детей младшего возраста - при помощи Test Anxiety Scale for Children (P. Tammpl, M. Dorky, B. Amen);

- уровень депрессивности по данным Kovac's Children Depression Inventory (CDI);

3. Когнитивная продуктивность по результатам психологического тестирования:

- методика на исследование внимания (вариант корректурной пробы с геометрическими фигурами с обучающим компонентом) - Leiter International Perfomance Scales, Attentional Substained Scale:

- субтест «кодирование» из теста Векслера на исследование внимания;

- исследование слуховой вербальной оперативной и долговременной памяти (заучивание 10 слов по методике А.Р. Лурия);

- субтест «Повторение цифр» из теста Векслера на исследование слуховой вербальной памяти, внимания (воспроизведение цифр в прямом и обратном порядке);

- методика на исследование произвольной образной зрительной памяти – запоминание мест расположения карточек с предметными изображениями (модифицированный Т.Н. Прилепской вариант методики Т.В. Розановой);

- методика на исследование образной зрительной памяти (произвольное запоминание мест и ракурса расположения схематических изображений, предъявляемых одновременно).

Схема лечения

Лечебная суточная доза устанавливалась в течение 1-й недели и составляла у детей 7-12 лет 0,5-1,0 грамм нооклерина [1,0 г. препарата содержится в 5 мл или 1 чайной ложке раствора], у детей старше 12 лет – 1,0–2,0 грамма нооклерина. Суточная доза распределялась на 2 приема (утро и день). Курс лечения составлял 1 месяц. Преимущественно имела место монотерапия. Комплексная терапия с присоединением препаратов вазоактивного и мочегонного действия, транквилизаторов, мягко действующих нейрорепараторов и антидепрессантов назначалась в случаях неэффективности монотерапии нооклерином, наблюдав-

шейся при синдромально очерченных расстройствах невротического спектра.

Результаты исследования

Все больные, составившие выборку, прошли полный курс лечения.

Большинство проявлений патохарактерологического спектра, такие как грубость, гедонистический тип поведения, отгороженность, неустойчивость мотивации и побуждений к деятельности, сексуальная расторможенность и другие, в процессе приема нооклерина практически не имели существенной динамики, в связи с чем в статье они не анализируются. В таблицу включены те проявления патохарактерологического спектра, которые имели более или менее заметную динамику.

Таблица 1.

Динамика клинико-психоневрологических и клинико-психопатологических показателей при приеме нооклерина в баллах шкалы общего клинического впечатления				
Показатель	Число детей с данным показателем	Средняя выраженность показателя до лечения	Средняя выраженность показателя после лечения	P
Утомляемость, истощаемость	36	2,2 ±0,062	1,0±0,043	<0,001
Сенсорная гиперестезия	20	2,17±0,13	1,31±0,07	<0,001
Головная боль	11	2,19±0,15	0,67±0,12	<0,01
Головокружение	11	1,41±0,17	0,64±0,12	<0,05
Колебания АД	7	1,4±0,151	0,68±0,02	<0,001
Гипергидроз	11	1,32±0,025	1,05±0,02	> 0,05
Другие соматовегетативные нарушения	14	1,57±0,13	0,89±0,048	<0,01
Расстройства невротического круга				
Эмоциональная лабильность	27	2,39±0,05	1,09±0,014	<0,001
Гипотимия	5	1,8±0,1	0,9±0,021	<0,001
Ситуационная тревога	18	1,92±0,08	1,14±0,1	<0,05
Беспредметная тревога	4	1,5±0,39	0,67±0,42	> 0,05
Фобии предметные	9	2,17±0,18	1,06±0,095	<0,001
Диссомнические расстройства	12	1,76±0,103	0,63 ± 0,04	<0,001
Расстройства патохарактерологического спектра				
Повышенная эмоциональная возбудимость	18	1,8±0,11	1,3±0,08	> 0,05
Агрессивность	11	1,23±0,15	1,0 ±0,12	> 0,05
Драчливость	8	1,44±0,106	1,1±0,08	> 0,05
Гиперкинетические расстройства	12	2,1±0,13	1,5 ±0,09	<0,05
Негативизм	8	1,6±0,19	1,06±0,16	> 0,05
Обидчивость, сенситивность	12	1,8±0,12	1,18±0,09	<0,05

Таким образом, полученные данные подтверждают отчетливое ноотропное и мягкое стимулирующее действие нооклерина. Он эффективен при различных вариантах расстройств астенического круга (астеногиподинамических, астено-гиперестезических, астеногипотимических, психовегетативных с эмоциональной и вегетативно-сосудистой лабильностью, а также при наличии невротического спектра расстройств (астенодистимического, тревожно-дистимического, фобического и астеносоматовегетативного).

Интересны предварительные данные (имеются лишь единичные наблюдения) по динамике сопутствующего стойкого энуреза, ранее нерезультативно леченого другими препаратами: положительная динамика изменения достигла здесь 83,33%.

Минимальные изменения или их отсутствие отмечено по нарушениям поведения, гиперкинетическим и характерологическим проявлениям.

Динамика психоэмоционального состояния детей в процессе приема нооклерина оценивалась не только с помощью клинико-психопатологических показателей по результатам шкалы общего клинического впечатления, но и с использованием специальных психологических методик, результаты которых представлены в таблице 2 и расположенном ниже тексте.

Как видно из представленных данных, к концу месяца приема нооклерина в среднем по группе обследованных детей отмечалось достоверное уменьшение показателей реактивной и личностной тревожности по сравнению с исходными данными.

Таблица 2.

Динамика реактивной и личностной тревожности при приеме нооклерина по данным методики Спилберга–Ханина

Показатель	Средняя выраженность показателя до лечения	Min. и Max. значения показателя до лечения	Средняя выраженность показателя после лечения	Min. и Max. значения показателя после лечения	P
РТ	32,75±2,35	9–58	21,86±1,53	10–42	<0,001
ЛТ	48,46±1,68	27–62	39,42±1,15	30–54	<0,001

По *детскому депрессивному тесту CDI* средние показатели по всем 5-ти шкалам уменьшились на 1,78–5,01 значения (в среднем на 2,74 б.), но ни в одном случае не достигли статистически достоверных различий. Минимальные изменения отмечались по шкале Е (негативное отношение к себе) и С (неуспешность) – на 2,06 значения. Близкие по оценкам отмечались изменения по шкале В (межличностные отношения) – на 2,22 б., А (плохое настроение) – на 2,8%. Наиболее отчетливые изменения отмечались по шкале Д (ангедония) – на 5%

Тенденции в изменении уровней депрессивности одинаковы по шкалам А и С: уменьшение числа детей с повышенным уровнем показателей в целом (соответственно на 12,36% и 15,92%), главным образом за счет увеличения числа детей со средним уровнем показателей. Близкие тенденции отмечены по шкалам В и Е. По шкале Д отмечалось увеличение числа детей с низким уровнем (на 11,8%) и снижение числа детей с повышенным уровнем (на 18,4%) при небольшом повышении числа детей со средним уровнем показателя (на 6,6%).

В целом более низкие уровни после лечения нооклерином отмечены более чем у половины детей по шкалам А, С, Е, чуть более чем у $\frac{1}{4}$ детей – по шкале В и чуть более чем у $\frac{1}{3}$ детей – по шкале Д.

Изучение динамики **процесса внимания** выявило улучшение его концентрации и увеличение объема у 80% детей, участвовавших в выполнении методики «кодирования» (35 детей), пробы «Leiter» (35 детей); 15 детей выполнили обе методики.

Таблица 3.

Динамика показателей внимания при приеме нооклерина в баллах по данным методики «кодирование» и пробы Leiter

Методика	Число детей, участвовавших в исследовании	Средние значения показателя до лечения	Средние значения показателя после лечения	Р
Кодирование	35	39,6$\pm$1,37	47,6$\pm$1,68	<0,001
Leiter	35	95,5$\pm$2,0	107,0$\pm$2,22	<0,05

Исследование различных вариантов памяти, в отличие от других выше-отмеченных показателей, выявило минимальные изменения или их отсутствие.

Слуховая вербальная память.

Воспроизведение 10 слов: среднее количество слов на одного ребенка по 5 предъявлениям повысилось на 0,16 (с 34,92 до 35,08); минимальное и максимальное число воспроизведенных слов (у отдельных детей не выявило никаких изменений) колебалось от 2 до 10. Число детей с положительной динамикой составило 45,8% от общего числа обследованных. Отсроченное воспроизведение показало, что существенных изменений в отношении среднего количества воспроизведенных слов у детей после приема нооклерина не отмечалось. Положительная динамика запоминания выявлена у 25% детей. У 29% детей отмечено незначительное уменьшение отсроченного воспроизведения после лечения нооклерином. Отсутствие динамики отмечалось у 46 детей.

Повторение цифр в прямом и обратном порядке также не показало существенных изменений после приема нооклерина. Положительная динамика запоминания обнаружена соответственно у 24% и 36% детей (на 1-3 цифры); отрицательная динамика запоминания отмечена у 40% и 20% детей (на 1-2 цифры); без изменений – у 36% и 44% детей.

Зрительная образная память.

По предметным изображениям в целом отмечено улучшение, не достигавшее в целом по группе статистически значимых значений.

1. **По месту расположения карточек** увеличение узнавания отмечалось у 67% детей в диапазоне 0,25–5,25 балла. Уменьшение показателей после лечения отмечено у 25% детей (на 1-5 баллов). Отсутствие динамики отмечено у 8% детей. Среднее увеличение баллов на одного ребенка составляло 0,65 балла.

2. **По успешности воспроизведения названий** увеличение отмечено у 58% детей в диапазоне 1-7 баллов. Уменьшение показателей отмечалось у 28% детей на 1-2 балла. У 14% детей изменений в процессе лечения не отмечалось. Увеличение среднее число баллов на каждого ребенка составляло 1,4 балла.

3. **По схематическим изображениям** положительная динамика после приема нооклерина отмечена у 82% детей в диапазоне 0,5–10,25 балла. Отрицательная динамика отмечена у 14% детей (уменьшение показателей на 0,25-2,5 балла). Отсутствие динамики отмечено у 4% детей. С учетом показателей ди-

намики всех обследованных детей среднее количество баллов на одного ребенка возросло на 2,19.

Таким образом, показатели динамики зрительной образной памяти демонстрируют лучшие результаты, чем слуховой вербальной памяти. И если в целом по группе положительная динамика имела статистически недостоверный характер, то по группе детей т. н. «респондеров» изменения носили существенный статистически достоверный характер.

Заключение.

Исследование эффективности применения нооклерина в терапии детей и подростков с пограничной психической патологией, формирующейся на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС, свидетельствует о том, что препарат обладает отчетливым ноотропным и психостимулирующим действием, эффективен при различных вариантах церебрастенического синдрома [астеногиперестетического, астеногиподинамического, психовегетативного с эмоциональной и вегетативно-сосудистой лабильностью, снижением когнитивной продуктивности, чувствительностью к дополнительным физиогенным и психогенным воздействиям) и развившихся на фоне церебральной астении расстройствах невротического спектра в виде астенодистимических, тревожно-дистимических, фобических, астеносоматовегетативных проявлений. Антиастеническое, психостимулирующее действие нооклерина в подавляющем большинстве случаев не сопровождается усилением психомоторной расторможенности, аффективной возбудимости, поведенческих расстройств.

Применение нооклерина в терапии расстройств патохарактерологического спектра, формирующегося на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС, является эффективным при отдельных формах проявлений, в первую очередь, тревожной личности. Дети и подростки становятся более уверенными в себе, меньше теряются в новой обстановке и при знакомстве с незнакомыми людьми, что находит подтверждение не только в особенностях их поведения, но и в результатах психологического тестирования. Положительный эффект отмечен и у детей с энцефалопатической формой гиперкинетических расстройств.

Изменение когнитивных показателей в процессе лечения нооклерином показало их неоднозначный характер. Изучение функции внимания выявило отчетливое позитивное влияние препарата на улучшение концентрации и увеличение объема у 80% детей.

Исследование различных видов памяти показало различную динамику вербальной слуховой и зрительной образной памяти при приеме нооклерина.

Динамика вербальной слуховой памяти носила минимальный характер по группе в целом, отмечались случаи индивидуальной отрицательной динамики в конце терапии.

Лучшие показатели были отмечены при изучении зрительной образной памяти, которые у 45% детей и подростков носили к концу лечения нооклерином отчетливый положительный характер. Неоднородность результатов, полученных при исследовании различных видов памяти, совпадает с результатами исследования Т.А. Рогачевой [5] у взрослых больных эпилепсией, что свидетельствует о различных патогенетических механизмах формирования данного когнитивного вида расстройств.

Таким образом, нооклерин является одним из препаратов класса нейрометаболических стимуляторов, отличающимся оригинальным спектром действия на непсихотические психические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.А. Александровский, А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов, И.Н. Мороз, А.З. Файзуллоев Применение препарата «Нооклерин» в качестве антиастенического средства у больных с функциональной астенией. // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2004, т.4, № 4. - С. 164-166.
2. Е.А. Морозова, М.В. Белоусова Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: эволюция, клиника, лечение. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2009, № 2, - С.15-18
3. П.В. Морозов Новый отечественный ноотропный препарат «Нооклерин» [обзор] // Психотерапия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. - 2003, т.5, №6. - С. 39-42.
4. Ю.В. Попов. Применение нооклерина у подростков в качестве антиастенического средства. //Психиатрия и психофармакотерапия. . Журнал им. П.Б. Ганнушкина. -- 2004, т. 6, № 4. - С.194-196.
5. Т.А. Рогачева. Влияние нооклерина на функции памяти и внимания у больных эпилепсией в ремиссии // Журнал клинической и социальной психиатрии. – 2005, № 1. – С. 65-68.
6. В.А. Степанчикова, Н.К. Сухотина. Клинико-психопатологический аспект школьной дезадаптации детей с гиперкинетическими расстройствами. // Психическое здоровье. - 2009, № 12. - С.54-61.
7. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Коновалова В.В., Куприянова Т.А. Опыт применения ноотропов при пограничных психических расстройствах у детей // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2004. том 6. - №6. – С. 298–301.

О.А. Яшнова

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОКРУЖНОЙ ANТИНАРКОТИЧЕСКОЙ КОМИССИИ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

**Антинаркотическая комиссия Юго-Восточного административного
округа (Москва).**

Основным содержанием системы мер по сокращению незаконного оборота наркотических средств и их прекурсоров являются согласованные действия правоохранительного характера, направленные на противодействие незаконному производству наркотиков, пресечение наркотрафика и деятельности организованных преступных групп, борьбу с распространением наркотиков в местах массового досуга и образовательных учреждениях округа, выявление и пресечение деятельности наркопритонов, обеспечение контроля за легальным оборотом наркотиков.

Постановлением Правительства Москвы от 25 марта 2008 г. № 210-ПП утверждено Положение об Антинаркотической комиссии в административном округе города Москвы и определен Регламент ее деятельности. Таким образом, координатором антинаркотической деятельности субъектов профилактики в административном округе является окружная Антинаркотическая комиссия, возглавляемая префектом (см. схему ниже).

Одним из основных компонентов системы мер противодействия немедицинскому потреблению наркотиков является контроль за легальным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров и сильнодействующих веществ. В последнее время сотрудники Службы по ЮВАО УФСКН России по г. Москве все чаще фиксируют случаи распространения сильнодействующих веществ (в том числе, содержащихся в биологически активных добавках, анаболических стероидах) через сеть Интернет с использованием почтовых отправок или курьерами, а также через спортивные залы и магазины спортивного питания. Проводится работа по противодействию распространения на территории округа курительных смесей, содержащих наркотические вещества.

Большое внимание Антинаркотическая комиссия уделяет систематическим проверкам в местах массового досуга молодежи (на территории ЮВАО г. Москвы расположены 32 места массового досуга). Сотрудники Службы наркоконтроля, правоохранительных органов, представители государственных органов и учреждений в рамках межведомственного взаимодействия осуществляют оперативно-профилактические рейды в развлекательных клубах, парковых зонах, образовательных учреждениях и прилегающих к ним территориях.

Общей тенденцией не только в Юго-Восточном округе, но и по городу в целом является рост преступной активности молодежи, что требует поиска новых форм и методов первичной профилактики наркомании среди детей и подростков, раннего выявления факторов риска семей, воспитывающих несовершеннолетних детей. Статистика наркологического диспансера свидетельствует о росте количества женщин с диагнозом «наркомания», являющихся матерями и имеющих на иждивении несовершеннолетних детей, а также лиц, старше 18 лет.

Мероприятия, направленные на первичную профилактику наркомании, проводятся прежде всего, при активном участии сотрудников учреждений комплекса социальной сферы. Так, в рамках оперативно-профилактических мероприятий «Подросток» ежемесячно врачами наркологического диспансера № 6 проводятся выездные индивидуальные осмотры подростков в учреждениях среднего профессионального образования, реализуется профилактическая программа «Наркостоп» для детей и подростков школьного возраста, программа «Капельки» - для дошкольников.

Специалисты межрайонного центра «Дети улиц» Департамента семейной и молодежной политики ежемесячно организуют маршруты «Социально-консультативного автобуса» с целью пропаганды здорового образа жизни, проведения бесплатных юридических и психологических консультаций, распространяют тематические брошюры, журналы, буклеты, памятки, проводят групповые и индивидуальные консультации для детей и родителей, психологические тренинги.

Работа по первичной профилактике наркомании проводится и в учреждениях культуры, одной из первостепенных задач которых является организация интересного и содержательного досуга детей и подростков, пробуждение и развитие у них разносторонних интересов. Вторым важным направлением в борьбе с наркоманией является информационно-просветительская работа среди детей, подростков, молодежи и родителей. Информирование о наркомании и ее разрушительных последствиях для личности организовано посредством наружной социальной рекламы в местах массового пребывания подростков и молодежи: Домах культуры, парках, библиотеках. В течение года распространяется более 5 тыс. экземпляров информационных буклетов в сериях: «Скажи наркотикам НЕТ!», «Наедине с собой», «Сам себе психолог», «Я выбираю жизнь!», «По секрету всему свету!» и др.

Необходимо отметить, что именно в библиотеках ЮВАО появился первый опыт привлечения к профилактической деятельности психологов-наркологов, других специалистов в области наркомании. Очевидно, что подростку, попавшему в трудную ситуацию, легче придти за психологической консультацией в общедоступную библиотеку, чем в специализированное медицинское учреждение. Специалисты отмечают, что в такой обстановке дети ведут себя более непринужденно, легко идут на контакт, откровенны и прямолинейны. В 2011 г. проведено более 800 индивидуальных консультаций и 34 групповых тренинга.

Профилактические мероприятия проходят в учреждениях культуры в рамках развития социального партнерства при координирующей роли Антинаркотической комиссии ЮВАО. Так, например, В Культурном центре «Москвич» совместно с Молодежным некоммерческим партнерством поддержки творческой молодежи и ветеранов сцены «Поколение» при поддержке Антинаркотической комиссии ЮВАО состоялся показ молодежного мюзикла «Я выбираю жизнь».

Безусловно, работа по первичной профилактике наркомании проводится в

учреждениях системы образования. В содержание учебного курса «Основы безопасности жизнедеятельности» включены вопросы профилактики видов химической зависимости; планом воспитательной работы школы предусмотрены тематические классные часы, антинаркотические акции, форумы и т. п.

В рамках межведомственного взаимодействия подписано соглашение о сотрудничестве Юго-Восточного окружного управления образования Департамента образования г. Москвы и Московского научно-практического центра наркологии (МНПЦН) Департамента здравоохранения г. Москвы. Данное соглашение регламентирует реализацию комплексной программы в области первичной профилактики наркомании и иных видов зависимостей по теме: «Ранняя профилактика расстройств поведения у детей и подростков» на базе общеобразовательных учреждений округа. В 2010-2011 учебном году на базе средней общеобразовательной школы № 687 Юго-Восточного окружного управления образования Департамента образования г. Москвы специалистами центра была организована подготовительная работа по организации и проведению тестирования старшеклассников на предмет выявления обучающихся, эпизодически употребляющих наркотические или психотропные вещества. Участниками встреч с родителями, педагогами, представителями школьного ученического самоуправления стали представители Государственного антинаркотического комитета, Департаментов образования и здравоохранения г. Москвы, Антинаркотической комиссии ЮВАО.

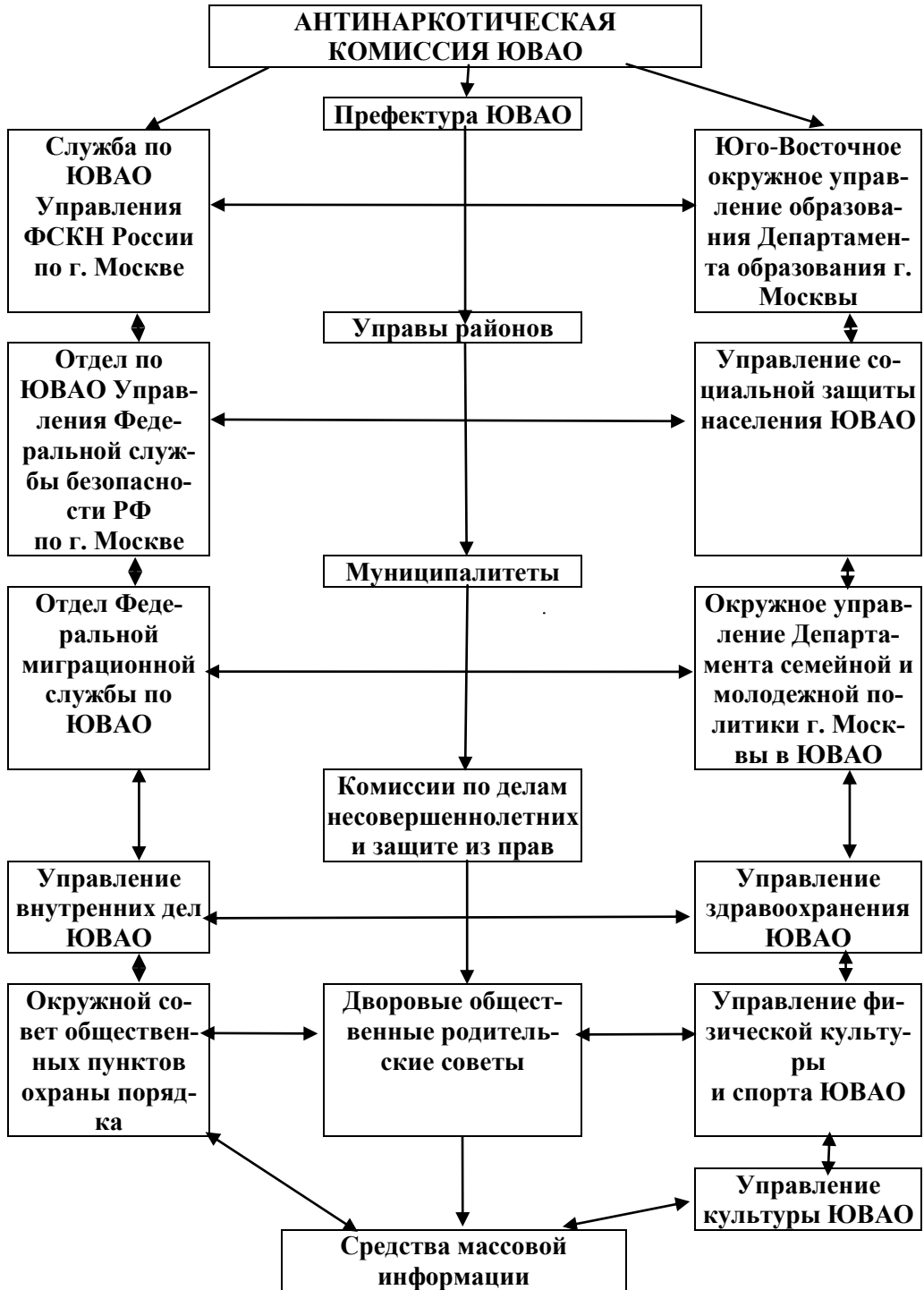
Стать участниками добровольного тестирования изъявили желание 200 обучающихся. В апреле 2011 г. был организован первый этап добровольного анонимного тестирования - 29 старшеклассников с согласия родителей в условиях выездной лаборатории МНПЦН сдали анализ крови.

Среди учреждений комплекса социальной сферы особое место в профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) занимают учреждения физической культуры и спорта. На территории Юго-Восточного административного округа г. Москвы спортивно-массовую и физкультурно-оздоровительную работу с населением осуществляют на базе 18 спортивных объектов 10 учреждений системы Москомспорта. Ежегодно для жителей района и других москвичей проводится более 300 основных спортивных мероприятий; на базе 146 школ функционируют спортивные клубы и секции по 22 видам спорта.

К сожалению, вовлеченность в спортивные мероприятия детей и подростков «группы риска» остается крайне низкой. Напряжение, связанное с физической нагрузкой, дисциплина тренировок и т. п. не привлекают подростков, режим дня которых, в лучшем случае, регулируют школьные занятия. Более того, увлеченность спортом не гарантирует здорового образа жизни, если средством достижения спортивного результата или эффекта «тренированного тела» выступает ПАВ.

Как уже упоминалось выше, одной из причин распространения наркомании является употребление ПАВ родителями, имеющими на иждивении несовершеннолетних детей. Постоянный контроль за семьями, находящимися в социально опасном положении, осуществляют органы государственной власти: управы районов и муниципалитеты внутригородских муниципальных образований. Кроме этого, сотрудники Комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов опеки и попечительства совместно с представителями заинтересованных учреждений и ведомств осуществляют постоянный контроль за соблюдением законодательства в области антиалкогольной политики. По статистике Юго-Восточного округа, каждая четвертая контрольная закупка подтверждает факт продажи алкогольной продукции несовершеннолетним. Так, за 8 месяцев 2011 г. были привлечены к административной ответственности 76 продавцов, допустивших продажу алкогольной и спиртосодержащей продукции подросткам.

В заключение хотелось бы отметить, что в результате деятельности Антинаркотической комиссии удастся не только повысить эффективность межведомственного взаимодействия, но и стимулировать антинаркотическую работу отдельных субъектов профилактики.



ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

М.Ю. Буторина

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ СИСТЕМНЫЙ РЕСУРС
ЦЕНТРА ОБРАЗОВАНИЯ № 1490 СВАУО**

Центр образования № 1490 (Москва).

Актуальность проблемы противодействия наркомании признана на государственном уровне. Однако по итогам мониторинга профилактических программ, реализуемых в образовательной среде, проведенного Федеральным 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.

Инновационная деятельность нашего Центра образования №1490 Северо-Восточного окружного управления Московского департамента образования 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».

Программы позитивной профилактики охватывают все целевые группы (учащихся, родителей, педагогов, значимое окружение учащегося).

Основное их содержание ориентировано:

- на работу с системой ценностей культурных традиций народа и семьи;
- на формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения;
- на улучшение физического состояния учащихся, повышающего неспецифическую устойчивость организма к неблагоприятным факторам окружающей среды.

Работа с семьей

Ни для кого не секрет, что на воспитание личности каждого ребенка влияют одинаково как школа, так и семья. Два сильных и умных старших – учитель и родитель. Но бывают случаи, когда взгляды на воспитание ребят у школы и у семьи расходятся. Добиться результата можно только совместными усилиями. Поэтому работа с родителями является не менее важной, чем работа с детьми.

С целью развития системы родительского всеобуча по проблемам семей-

ного воспитания и вопросам предупреждения приобщения детей к ПАВ, повышения 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 в воспитании детей и найти верный выход из тяжелой ситуации. Также психологи могут 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», «Конструктивное решение проблем». Методическую помощь в подготовке и проведении такого рода мероприятий оказывают специалисты Федерального центра.

Кроме этого мы стараемся активно вовлекать родителей в жизнь школы. 12 декабря 2009 г. в нашем Центре образования № 1490 прошел праздник «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 (5г): *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 сплочают семью. Кроме того, мы всегда рады случаю вместе весело и нестандартно провести свободное время.*

Вы можете предложить какие-нибудь подобные мероприятия?

Галина Гурьяновна Плюснина: *Могут: «А ну-ка, мальчики», «А ну-ка, девочки», «Веселые старты» и т. п. Вообще, много всего можно придумать! Самое главное, чтобы было желание участвовать, остальное приложится!*

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 надеюсь, позитивными впечатлениями: родители много узнали о достижениях Центра образования за прошедший учебный год и 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 нашем 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 Совета, разработано положение об Ученическом 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-х 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» (танцевально-игровая программа объединяет в себе два праздника - 23 февраля и 8 марта), подготовленный учащимися 7 класса для учащихся 5-х классов. Цель: развития навыков организации досуга у подростков и навыков деятельности в коллективе.
- Праздник «Посвящение в пятиклассники», подготовленный учащимися 9-х 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, в том числе профилактической работой. Это вызвано во многом тем, что не приходится ожидать быстрого эффекта от долгосрочной воспитательной и образовательной работы. Однако эта проблема снимается в ходе вовлечения самих педагогов в процесс проектирования своей деятельности, понимания 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.

В рамках экспериментальной деятельности удастся 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 позитивной 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 Центра образования, есть предпосылки для вовлечения семей учащихся в работу родительского клуба «Контакт», основной задачей которого является оказание помощи родителям в вопросах воспитания их детей.

Н.Р. Имедашвили, В.И. Кочкуров

ФОРМИРОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У КАДЕТОВ Кадетская школа №1783 (Москва).

С сентября 2009 г. в рамках городской экспериментальной площадки по теме «Развитие профилактического ресурса антинаркотической деятельности образовательных учреждений на основе межпрофессионального взаимодействия и социального партнерства субъектов профилактики» коллектив образова-

тельного учреждения работает над формированием социально ориентированной личности обучающегося через разнообразие форм жизнедеятельности в кадетской школе. Целью экспериментальной работы является оптимизация деятельности школы, направленной на профилактику употребления психоактивных веществ (ПАВ) в образовательной среде, укрепление и развитие психического и физического здоровья. В ходе эксперимента формируется социально ответственное поведение учащихся; развиваются навыки саморегуляции; формируются навыки асертивного поведения¹ учащихся как средства противостояния ситуациям манипуляции и психологического давления или принуждения к употреблению (ПАВ); снижение риска употребления (ПАВ) в детско-подростковой среде учреждений образования. Особое внимание в нашей школе уделено повышению уровня методологической, психологической и педагогической компетентности педагогических и управленческих кадров по вопросам профилактической деятельности в образовательной среде. Для этого проводится программа повышения квалификации, предусматривается система семинаров, консультаций, конференций.

Педагоги школы ясно понимают, что успешно решить поставленные перед кадетской школой задачи можно только в совместной конструктивной работе с семьями и родителями воспитанников. Именно поэтому усиливается работа по привлечению родителей к воспитательному процессу. В этой связи научным руководителем экспериментальной площадки психологом, директором института ГОУ ДПО «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи» Федерального агентства по образованию В.В. Зарецким проводятся занятия с родителями наших кадетов. Темы занятий очень актуальны и важны для каждой семьи: «Принцип позитивного воспитания», «Проблемы семейного воспитания: риски, стратегии, полезные советы», «Конструктивное решение проблем (проблемно-разрешающий тренинг)».

Участниками экспериментальной площадки – педагогами школы – разрабатываются проекты со всеми целевыми группами («учащиеся», «педагоги и специалисты», «семья»). По каждому проекту намечен план мероприятий: анкетирование, семинары-дискуссии, круглые столы, тренинги и другие. По результатам работы будут сделаны выводы и разработаны рекомендации, как для педагогов–специалистов, так и для всех целевых групп.

В 2010–2011 учебном году целью второго этапа экспериментальной работы является разработка и апробация мероприятий профилактического проекта с основными целевыми группами. Проводятся мониторинговые исследования по оценке рисков формирования аддиктивного поведения среди детей и подростков, осуществляются анализ результатов мониторинговых исследований и разработка стратегий организации профилактической работы в образовательной среде, а также формируется система мероприятий в основных целевых группах на базе количественно-качественных результатов мониторинговых исследований в рамках профилактических проектов участников ГЭП.

В целевой группе «семья» разрабатывается проект по теме «Асертивный стиль взаимодействия в семьях кадетов», целью которого является структури-

¹ **Ассертивность** (от [англ.](#) *assert* — настаивать на своем) — способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него.

рование ассертивных коммуникаций в семьях кадетов. Основная проблема данной целевой группы – это нарушенное семейное функционирование, при котором воспитанию и общению с ребенком не уделяется должного внимания. В исследовании поставлены следующие задачи:

1. Диагностировать наличие функционального (ассертивного) или дисфункционального стиля внутрисемейных взаимоотношений в семьях кадетов.
2. Определить принципиальные различия между функциональным (ассертивным) и дисфункциональным стилями взаимодействия в ходе структурированной дискуссии.
3. Организовать и провести тренинг ассертивных форм внутрисемейных коммуникаций.

Родители и «значимые другие лица» формируют характер растущего ребенка, влияют на его интеллектуальное и эмоциональное развитие. Психологический климат семьи, степень ее сплоченности определяется согласованностью представлений и фактическим распределением прав и обязанностей в семье, взаимодействием и взаимопомощью ее членов. Основы любой семьи формируются социальными позициями супругов по отношению друг к другу и к детям. Отрицательное влияние на поведение подростков оказывает понимание ими неоднозначной позиции родителей в их воспитании. Исследования показали, что родители девиантных подростков не смогли добиться четкого отношения детей к социальным нормам, сформировать прочные убеждения. Неблагополучная семья может выступать одним из факторов девиантного поведения.

Первичная социализация в семье обусловлена тем, что семья является первой и главной социальной группой, которая активно влияет на формирование личности ребенка. В семье переплетаются естественно-биологические и социальные связи родителей и детей. Семья оказывает влияние в целом на физическое, психическое и социальное развитие ребенка. Ее роль состоит в постепенном введении ребенка в общество, чтобы его развитие шло сообразно природе ребенка и культуре страны, где он появился на свет. Родители были и остаются первыми воспитателями ребенка. Воспитание ребенка в семье – сложный социально-педагогический процесс. Он включает влияние всей атмосферы и микроклимата семьи на формирование личности ребенка. Опыт ребенка, приобретенный в семье, является подчас единственным критерием его отношения к окружающему миру, людям, особенно в младшем возрасте.

Семья является одним из главных источников социальной ориентации ребенка. И эти ориентации складываются не только на уровне сознания формирующегося человека, но и на бессознательном уровне его личности.

Причинами, вызывающими ослабление или даже разрыв семейных связей между детьми и родителями, являются сверхзанятость родителей, когда на ребенка и его воспитание просто не хватает времени; конфликтная ситуация в семье; пьянство или наркомания родителей; случаи жестокого обращения с детьми; отсутствие в семье благоприятной эмоциональной атмосферы; типичные ошибки родителей в воспитании детей; особенности подросткового возраста и другие.

В процессе близких взаимоотношений с матерью, отцом, братьями, сестрами, дедушками, бабушками и другими родственниками у ребенка с первых дней жизни формируется структура личности. Он входит в мир своих родных, перенимает нормы их поведения. Поэтому родители в жизни ребенка играют большую и ответственную роль. Они дают первые образцы поведения. Ребенок

подражает и стремится быть похожим на мать и отца. Когда родители понимают, что во многом от них самих зависит формирование личности ребенка, то они ведут себя так, что все их поступки и поведение в целом способствуют формированию у ребенка тех качеств и такого понимания человеческих ценностей, которые они хотят ему передать. Такой процесс воспитания можно считать вполне сознательным, так как постоянный контроль над своим поведением, за отношение к другим людям, внимание к организации семейной жизни позволяет воспитывать детей в наиболее благоприятных условиях, способствующих их всестороннему и гармоничному развитию.

Благодаря своим особенностям семья как малая группа создает своим членам такие условия для эмоциональных проявлений и удовлетворения эмоциональных потребностей, которые помогают человеку ощущать свою принадлежность к обществу, усиливают чувство его безопасности и покоя, вызывают желание оказывать помощь и поддержку другим людям.

В рамках проектной деятельности нашей школы в целевой группе «учащиеся» по теме «Формирование ответственного поведения кадетов» было проведено анкетирование в 9-х классах с целью изучения рисков формирования девиантного поведения. К факторам риска формирования девиантного поведения, в частности, относятся: неполная семья; наличие семейных конфликтов; дисфункциональный стиль воспитания; постоянная занятость родителей; отсутствие нормативного окружения и значимых лиц; отсутствие нормативных форм совместной семейной деятельности; академическая неуспеваемость; конфликтные отношения со сверстниками и педагогами; наличие ровесников с девиантным поведением; психический инфантилизм; имитационное поведение; ограниченность интересов; эмоционально-волевой дефицит; гедонизм; низкий самоконтроль; недостаточность саморегуляции; неадекватная самооценка; склонность к риску; эгоцентризм; хронические соматические заболевания.

В результате анкетного исследования были выявлены как сходства, так и различия по степени выраженности рисков формирования девиантного поведения.

Большинство учащихся в 9А и в 9Б классах имеют возраст 15 лет – 57% и 66,6% соответственно. В 9А девочек – 57%, мальчиков – 43%, а в 9Б ровно наоборот. В 9А выявлено, что школьник проживает в полной семье – 71,4% случаев, а в 9Б – 47,5% случаев, что является статистически достоверным различием.

Также выявлены различия по таким параметрам риска формирования девиантного поведения как:

- устраивают отношения со сверстниками (9А – 85,7% и 9Б – 66,6%);
- в 9А учащиеся отметили абсолютное отсутствие внутрисемейных конфликтов, тогда как в 9Б семейный климат характеризуется наличием конфликтов – 14,3% случаев;
- в полных семьях 9А класса выявлено преобладание противоречивого стиля воспитания – 21,4%, против 9,5% в 9Б классе, где имеет место преимущественно неполный состав семьи, выявлена тенденция воспитания по типу «гиперопека» 52,3% против 21,5% в 9А классе;
- данные выводы о стиле воспитания подтверждаются следующим вопросом, где получены такие результаты: в 9А – никто не уделяет внимание ребенку – 21,4%, а в 9Б – по этому показателю получен 0%;
- трудности, связанные со школьным обучением: учащиеся 9А – 57%, а в 9Б – 61,9%, при этом ученики связали эти трудности со сложностью усвоения учебного материала.

Проблема свободного времени более выражена в 9Б классе, где дети:

- помогают по дому - 38% против 28,6% (9А),
- сидят за компьютером – 52,3% против 28,6% (9А),
- ходят на дискотеки – 38% против 21,4% (9А),
- особенно «ничем не заняты» - 38% против 7,2% (9А), что подтверждает

уже выявленную семейную дисфункциональность в 9Б классе.

Надеются только на себя при решении различных проблем в 9А -21,4%, а в 9Б – 47,5%, что демонстрирует относительно раннюю автономизацию учеников 9Б класса, основанную на необходимости исполнения «взрослых» функций в семье.

По другим критериям формирования девиантного поведения достоверных различий не получено (см. Приложение). Так, по биологическим признакам отсутствие подавленного настроения отметили по 85,7% в обоих классах, что дает нам основание предполагать, что среди учащихся 9-х классов в минимальной степени выражены психобиологические факторы риска формирования девиантного поведения.

Таким образом, в процессе нашего исследования выявлена прямая корреляция между составом семьи учащихся и выраженностью факторов риска формирования девиантного поведения. Выявленные различия при сравнительной оценке факторов риска формирования девиантного поведения дают возможность использовать дифференцированный подход при реализации профилактических мероприятий. Школьники нуждаются преимущественно в коррекции психологической и социальной направленности. При этом учащиеся 9А класса, по результатам анкетирования, в первую очередь, нуждаются в тренинге по психологической саморегуляции и в семейном консультировании. Тогда как учащиеся 9Б нуждаются в более значительном количестве коррекционных занятий, что, по-видимому, связано с преимущественным воспитанием в неполной семье, а именно, тренинг нормативного общения, тренинг асертивности (формирование уверенного поведения позитивной направленности), тренинг психологической саморегуляции и семейное консультирование.

В октябре 2010 г. на базе школы прошел окружной сетевой методический семинар по теме «Технологии мониторинговых исследований в образовательной среде». Мониторинг исключительно важен для достижения определенных целей позитивной профилактики, так как позволяет на основе реально выявленных факторов риска формирования девиантного поведения реализовывать релевантные коррекционные мероприятия в основных целевых группах.

Работа кадетской школы №1783 «Московский кадетский корпус Героев космоса» является одним из примеров образовательных учреждений, базирующихся на принципе полноты образования. Путь к нему лежит через создание в школе целостного образовательного пространства, в котором базовое, военно-патриотическое и дополнительное образование школьников выступают как равноправные, взаимодополняющие компоненты, где формированию здорового образа жизни, как ключевому фактору профилактики аддиктивных расстройств, уделяется приоритетное внимание.

АНКЕТА ДЛЯ 9-Х КЛАССОВ

Уважаемые ребята,

вы стали участниками опроса, который проводится в целях изучения условий обучения и воспитания учащихся школ. Этот опрос анонимный - в нем не надо указывать свою фамилию или любую другую информацию личного порядка. Чтобы анкетирование было успешным, важно отвечать на вопросы предельно откровенно.

№	ВОПРОС	9 «А»	9 «Б»
1.	Сколько тебе лет?		
	14	43%	28,6%
	15	57%	66,6%
	16	0%	4,8%
2.	Укажи свой пол		
	☐ Женский	57%	43%
	☐ Мужской	43%	57%
3.	Укажи состав твоей семьи		
	☐ Живу с обоими родителями	71,4%	47,5%
	☐ Живу только с мамой (или отцом)	21,4%	43%
	☐ Живу у родственников (с бабушкой, тетей, братом, сестрой и т. д.)	7,2%	9,5%
4.	Устраивают ли тебя твои отношения со сверстниками?		
	☐ Да	85,7%	66,6%
	☐ Нет	0%	9,5%
	☐ Не всегда	14,3%	23,8%
	а ☐ Имеется конфликт со сверстниками	7,2%	19%
	б ☐ Испытываю давление со стороны старших сверстников	7,2%	4,8%
5.	Как часто ты испытываешь подавленное настроение? (Выбери один вариант ответа)		
	☐ Никогда	7,2%	4,8%
	☐ Иногда	85,7%	85,7%
	☐ Часто	7,2%	9,5%
	☐ Всегда	0%	0%
6.	Беспокоит ли тебя сейчас какая-то трудная и неразрешимая проблема?		
	☐ Да	35,8%	28,6%
	☐ Нет	64,3%	71,4%
	Если да то с чем она связана? (На этот вопрос можно выбрать несколько вариантов ответа)		
	☐ с трудностями обучения	28,6%	9,5%
	☐ с чувством одиночества	0%	4,8%
	☐ с неудовлетворенностью своей внешностью	0%	9,5%
	☐ с неудовлетворенностью своим характером	0%	9,5%
	☐ Другое, (впиши)	7,2%	0%
7.	В сложной ситуации ты обычно: (Выбери один вариант ответа)		
	☐ Теряешься	0%	0%
	☐ Обвиняешь других	0%	0%
	☐ Ругаешь себя	0%	4,8%

☐ Ждешь, когда проблему решат другие	0%	0%
☐ Ждешь, когда проблема решится сама	7,2%	9,5%
☐ Самостоятельно ищешь варианты решения проблемы	92,1%	80,9%
8. Ваш семейный климат можно отметить как: (Выбери один вариант ответа)		
☐ Дружелюбный	64,3%	76,2%
☐ Напряженный	21,4%	14,3%
☐ Часто бывают конфликты	0%	14,3%
9. Какое отношение к себе со стороны родителей ты наблюдаешь в вашей семье? (Внимательно прочитай и выбери один вариант ответа)		
☐ Я, преимущественно, предоставлен сам себе, мои желания и поступки мало контролируются.	0%	19%
☐ Как правило, за проступки меня не наказывают.	21,4%	19%
☐ Почти все мои желания стремятся удовлетворять и при каждом удобном случае подчеркивают мою индивидуальность.	0%	23,8%
☐ Мои любые действия и поступки контролируются.	21,4%	28,6%
☐ Родители требуют, чтобы я отвечал(а) за свои проступки в полной мере.	28,6%	33,3%
☐ За проступки я могу быть серьезно наказан, иногда даже с применением физической силы.	0%	0%
☐ В нашей семье имеются разные точки зрения на стиль моего воспитания.	21,4%	9,5%
☐ Другое, (впиши)	0%	4,8%
10. Кто уделяет тебе наибольшее внимание?		
☐ Мать	64,3%	71,4%
☐ Отец	14,3%	42,8%
☐ Брат, сестра	7,2%	14,3%
☐ Бабушка, дедушка	14,3%	33,3%
☐ Другие родственники	0%	0%
☐ Руководитель кружка, тренер секции	0%	0%
☐ Никто	7,2%	0%
11. Имеются ли в Вашей семье семейные традиции?		
☐ Да	35,8%	57,1%
☐ Нет	50%	42,8%
Если да, то они связаны с		
☐ Совместным летним отдыхом, отдыхом в выходные дни	21,4%	38%
☐ Совместной подготовкой семейных праздников	7,2%	23,8%
☐ Походами на природу, путешествиями в другие города, посещением памятников истории, музеев, спортивных соревнований	7,2%	4,8%
☐ Совместной помощью по дому, участие в ремонте квартиры, машины, работа на дачном участке	7,2%	28,6%
☐ Совместным чтением книг	0%	0%
☐ Совместным просмотром и обсуждением фильмов	0%	4,8%
12. Имеются ли у тебя трудности со школьным обучением?		
☐ Да	57%	61,9%
☐ Нет	28,6%	38%
Если да, то они связаны с		
☐ Трудностями в учебе	57%	61,9%

☐	Конфликтом с учителями	0%	0%
☐	Другое, (впиши)	0%	0%
13.	Как чаще всего ты проводишь свободное время? <i>(На этот вопрос можно выбрать несколько вариантов ответа)</i>		
☐	Занимаюсь в спортивной секции	14,3%	14,3%
☐	Занимаюсь в музыкальной школе	14,3%	19%
☐	Занимаюсь в художественной школе	0%	4,8%
☐	Посещаю кружки	7,2%	4,8%
☐	Чаще всего с друзьями на улице	57%	61,9%
☐	Помогаю дома, занимаюсь домашним хозяйством	28,6%	38%
☐	Сижу преимущественно за компьютером	28,6%	52,3%
☐	Читаю книги	21,4%	38%
☐	Хожу на дискотеки, вечеринки	7,2%	38%
☐	Ни чем не занят	7,2%	38%
14.	Где провел эти летние каникулы?		
☐	У себя дома	7,2%	23,8%
☐	На даче	21,4%	61,9%
☐	В летнем лагере	21,4%	14,3%
☐	В санатории, в доме отдыха	0%	19%
☐	У родственников	35,8%	28,6%
☐	Другое, (впиши)	7,2%	23,8%
15.	От кого ты ждешь помощи, если у тебя возникли проблемы? <i>(На этот вопрос можно выбрать несколько вариантов ответа)</i>		
☐	Друзей	64,3%	76,1%
☐	Родителей	71,4%	61,9%
☐	Родственников	28,6%	33,3%
☐	Руководителя кружка, тренера секции	0%	0%
☐	Педагогов	0%	9,5%
☐	Психологов	0%	0%
☐	Классного руководителя	7,2%	0%
☐	Надеюсь только на себя	21,4%	47,6%
☐	Помощи не жду	0%	14,3%
16.	В каких школьных или внешкольных мероприятиях ты принимаешь участие? <i>(На этот вопрос можно выбрать несколько вариантов ответа)</i>		
☐	Диспуты	0%	4,8%
☐	Дискуссионные клубы	14,3%	4,8%
☐	Агитбригады	0%	0%
☐	Ток-шоу	7,2%	4,8%
☐	Тренинги	21,4%	4,8%
☐	Акции	7,2%	14,3%
☐	КВН	7,2%	19%
☐	Волонтерские мероприятия	0%	19%
☐	Не принимаю участие	64,3%	42,8%
Благодарим за участие!			

В ходе обработки анкет отсутствовали сведения:

в 9»А» классе – 8-12 вопросы (по 14,3%) и 13 вопрос (7,2%);

в 9»Б» классе – 7 вопрос (4,8%), 9 вопрос (9,5%) и 16 вопрос (4,8%).

КАК ПОДНЯТЬ ПРЕСТИЖ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ? СОШ № 184 САО (Москва).

В современном мире потерянно понятие здоровья и здорового образа жизни. На сегодняшний день возникла необходимость уделять внимание созданию нового уклада школьной жизни, которая способствует воспитанию творчески активной личности, свободной, физически здоровой, готовой к труду, духовно богатой, способной к самореализации и социально одобряемой деятельности. Наименьшее значение своему здоровью уделяют подростки, и именно в это время они начинают пробовать табак, алкоголь, а в некоторых случаях и наркотические вещества.

Как мы можем судить по статистике ГОУ СОШ № 184, доля обучающихся, имеющих первую и вторую группу здоровья, с каждым годом падает (см. таблицу). Поэтому на сегодняшний день нашей задачей является поднятие престижа здоровья и здорового образа жизни среди обучающихся подросткового возраста через презентацию своих интересов.

По данным нашей школы:

	Учебный год		
	2008 - 2009	2009 - 2010	2010-2011
Число обучающихся	480	445	469
	Группа здоровья		
Первая группа	395	365	335
Вторая группа	54	53	59
Третья группа	16	12	54
Четвертая группа	5	4	6
Дети - инвалиды	10	11	9

Подростковый возраст с точки зрения психологов очень сложный возраст – это время, когда подросток хочет самовыражения, хочет показать какой он сам. Предлагаемая тема проекта рассчитана на поднятие престижа здоровья среди подростков, а также формирование внутреннего стержня подростка. В связи со сложившейся проблемой был разработан проект: «Модно ли быть здоровым?».

Цель проекта: формирование ценностного отношения к здоровью и социально активного поведения у обучающихся.

Задачи проекта:

- 1) выявить уровень ценностного отношения к здоровью;
- 2) актуализировать иерархии ценностных ориентаций;
- 3) развить навыки здорового образа жизни;
- 4) транслировать презентации;
- 5) разработать рекомендаций по сохранению здоровья.

На первом этапе для выяснения уровня ценностного отношения к здоровью было проведено анкетирование «Мое отношение к здоровью» среди обучающихся 8-х и 10-го класса по следующим вопросам:

1. Сколько тебе лет? _____
2. Твой пол _____
3. Определи последовательность цифр по значимости для тебя:

- 1) здоровье
 - 2) учебная деятельность
 - 3) прогулка, общение с друзьями
 - 4) пассивный отдых
 - 5) помощь по дому родителям
 - 6) нахождение за компьютером
4. Как ты думаешь, во сколько лет надо начинать задумываться о своем здоровье?
- а) 3-5 лет
 - б) 5-7 лет
 - в) 10-12 лет
 - г) 14-16 лет
 - д) старше 16 лет
5. Как ты думаешь, модно ли быть здоровым
- а) да
 - б) нет
 - в) не знаю
- 5а. Если ты ответил «да» на 5 вопрос выбери из предложенного списка, почему модно быть здоровым
- а) физическое развитие
 - б) хороший внешний вид
 - в) хорошее настроение
 - г) отсутствие болезней
6. Как часто ты употребляешь фастфуд?
- а) каждый день
 - б) 1-2 раза в месяц
 - в) 2-3 раза в месяц
 - г) 4-5 раз в месяц
 - д) никогда
7. Часто ли ты ешь свежие фрукты?
- а) 1-2 раза в день
 - б) 3-4 раза в день
 - в) вообще не ем
 - г) свой вариант
8. Что для тебя значит здоровье?
- а) правильное питание
 - б) занятие спортом
 - в) посещение поликлиники 2 раза в год
 - г) соблюдение режима дня
 - д) частые прогулки на свежем воздухе
9. Как ты проводишь свой отдых?
- а) общение с друзьями
 - б) прогулка на свежем воздухе
 - в) занятие спортом
 - г) сон
 - д) общение в компьютере
10. Занимаешься ли ты спортом?
- а) да
 - б) нет

После анализа анкеты было выявлено, что 65% опрошенных проявляют к своему здоровью ценностное отношение, то есть соблюдают режим дня и увлекаются спортом. Поэтому было решено работать над проблемой создания ценностного отношения не при помощи традиционных методов – объяснения учителями, а посредством трансляции увлечений самими обучающимися – спортом, своими способами поддержки здорового образа жизни. Затем со школьниками были сформулированы темы проектов по интересующим их вопросам, и каждым ребенком или каждой группой учащихся был создан свой проект в зависимости от увлечения. Проекты были разработаны по следующим темам:

1. ЛФК – моя жизнь
2. Шорт-трек: здоровье и спорт
3. Бокс - поддержка моего здоровья
4. Гимнастика в моей жизни
5. Черлидинг² – мое увлечение
6. Занятие танцами: увлечение или труд?
7. Модно ли быть здоровым?
8. Красота и здоровье
9. Как мы сохраняем здоровье
10. 12 аспектов здорового образа жизни
11. Проблемы кино
12. Сейчас модно быть здоровой

Алгоритм организации работы над проектами:

Первоначально с ребятами проходила индивидуальная беседа, почему они выбрали данный вид спорта и почему он ведет относительно здоровый образ жизни, далее совместно с ними были сформулированы цели и задачи проекта, а также гипотеза проекта.

Подбор материала и анализ материала обучающиеся осуществляли самостоятельно, так как тема работы над проектом была выбрана самими обучающимися. Затем совместно с обучающимися было написано заключение и создана презентация и написана тема доклада. Далее была проведена итоговая конференция, где обучающиеся выступили перед своими одноклассниками и обучающимися из параллельного класса со своими докладами.

По итогам конференции был проведен круглый стол «Здоровый образ жизни для меня это...», на котором были рассмотрены вопросы спорта, питания, режима дня в их жизни.

Сценарий круглого стола: «Здоровый образ жизни для меня это...»

Цель: Рассмотрение вопросов здорового образа жизни

Задачи:

1. Рассмотреть основные аспекты здорового образа жизни;
2. Рассмотреть вопросы влияния здорового образа жизни для обучающихся подросткового возраста;
3. Разработать рекомендации сохранения здорового образа жизни своим сверстникам.

На круглом столе модератором было предложено выступить одному из обучающихся, с которым заранее была проведена работа учителем. Обучаю-

² **Черлидинг** ([англ. cheerleading](#), от cheer — одобрительное, призывное восклицание и lead — вести, управлять) — вид спорта, который сочетает в себе элементы шоу и зрелищных видов спорта (танцы, гимнастика и акробатика).

щимся, которые не приняли участие в создании презентаций к конференции, было предложено выступить на круглом столе со следующими темами:

1. Составляющие здорового питания – где обучающимся было рассказано, что на 50% здоровье зависит от образа жизни, от сбалансированного питания, от режима дня, и от отказа от вредных привычек, от занятия спортом.

2. Режим дня – это, где обучающимся было рассказано о том, как должен составляться режим дня, сколько времени обучающиеся должны проводить на свежем воздухе, сколько времени должны спать подростки, как должна меняться деятельность в течение дня.

3. Что может дать мне зарядка в будущем - где обучающимся было сообщено, какие преимущества имеет подросток, который хотя бы иногда выполняет зарядку, по сравнению с тем, кто вообще не делает ее по утрам.

4. Особенности подросткового возраста – где обучающимся было рассказано о физиологических особенностях подросткового возраста.

5. Особенности питания в подростковом возрасте – где обучающимся было рассказано, сколько белков, жиров, углеводов и минеральных веществ необходимо потреблять.

Модератор: Мы с вами, провели конференцию, на которой вы представили свои проекты, отражающие увлечения, которые направлены на сохранения здоровья и здорового образа жизни. Сейчас мы с вами слушаем и обсудим темы докладов, которые были подготовлены нашими одноклассниками (темы можно высветить на мультимедиа).

Модератор: Мы с вами рассмотрели проблему здорового образа жизни с точки зрения возраста и особенностей организма, поэтому я очень надеюсь, что если кто-то из нас и не увлекался спортом, не уделял внимание своему здоровью, то после услышанного сегодня вы призадумаетесь и начнете беречь его. А закончить я хочу словами: «Береги здоровья смолоду, и тогда в старости у тебя будет меньше проблем».

Через некоторое время анкетирование было проведено повторно и уже оказалось, что некоторые из ребят увлеклись предложенными видами спорта и стали задумываться о своем здоровье.

И.В. Тюрина, О.Б. Кузнецова, А.А. Апанасенко
СОЗДАНИЕ УЧЕНИЧЕСКИХ ВОЛОНТЕРСКИХ ГРУПП
НА БАЗЕ ГОУ: «ВОЛОНТЕР-638»

СОШ№ 638 (Москва).

Профилактическая работа по предупреждению употребления учащимися ПАВ – одно из направлений воспитательной работы любой школы, и в каждой школе оно реализуется по-своему исходя из особенностей ее контингента – как учащихся, так и педагогов, с учетом традиций, внешнего окружения и т. д. В школе № 638 данное направление тесно связано с экспериментальной работой, которой коллектив занимается уже не первый год. В данное время группа авторов занята разработкой проекта «Создание ученических профилактических волонтерских групп на базе образовательного учреждения».

Почему авторами было выбрано именно это направление экспериментальной работы? Надо отметить, что традиционно в школе № 638 хорошо развита театральная деятельность. Поэтому возникла идея создания волонтерских про-

филактических групп из учащихся театральных коллективов. Эти ребята как нельзя лучше подходили на роль волонтеров, так как были направлены на позитивное общение, умели «держаться» на большой аудитории, обладали артистическими навыками.

При создании проекта возник вопрос: «Реализовывались ли ранее аналогичные проекты другими авторами?» Так творческая группа познакомилась с трудами Н.А. Сироты [1]. В ее работах представлены основные принципы, методы и технология создания волонтерских групп. Основным принципом при создании подростковых волонтерских групп является принцип «Равный – равному», так как он оптимально соответствует данному возрастному периоду. Н.А. Сирота описывает технологию создания волонтерских объединений:

Выделяются группы волонтеров для проведения дальнейшей профилактической активности:

- группа лидеров – подростков,
- группа лидеров – учителей
- и группа лидеров – родителей.

Эти группы в дальнейшем проходят специальную подготовку.

Цели данного вида деятельности:

1. Развитие системного подхода к профилактике употребления ПАВ среди подростков и молодежи.

2. Разработка и внедрение комплекса обучающих программ профилактики употребления наркотиков и других ПАВ среди подростков.

3. Обучение специалистов и лидеров в области профилактики употребления ПАВ из числа врачей, психологов, учителей средних школ, инспекторов по делам несовершеннолетних, подростков и их родителей.

4. Развитие социальной системы профилактического антинаркотического воздействия. Подготовка групп специалистов и волонтеров, организующих и проводящих работу по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в регионе.

Используются как долговременные, так и краткосрочные формы проведения программы.

Методы работы, предлагаемые автором: групповая работа; тренинг поведения; когнитивная модификация и терапия; личностный тренинг; дискуссии; мозговые штурмы; беседы; лекции; ролевые игры; психогимнастика; психодрама; элементы индивидуальной и групповой психотерапии; круглые столы; совещания; супервизия; проведение методических занятий с супервизорами.

Предполагаемые результаты:

- уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других ПАВ среди подростков;
- формирование здорового жизненного стиля и высокоэффективных поведенческих стратегий и личностных ресурсов у подростков;
- развитие системного подхода к профилактике употребления ПАВ;
- отработка концептуальной модели региональной профилактической программы;
- развитие профессиональной и общественной сети профилактики употребления ПАВ.

Критерии эффективности:

- уменьшение факторов риска употребления наркотиков и других ПАВ;
- усиление личностных ресурсов, препятствующих развитию саморазру-

шающих форм поведения.

Результатом исследования вопроса о создании волонтерских профилактических групп на базе образовательного учреждения явился проект, который авторы и представляют в данной статье.

Целевой группой исследования являлись обучающиеся 6-8 классов школы № 638 г. Москвы.

В ходе экспериментальной работы была выявлена основная проблема целевой группы. Оказалось, что это - неудовлетворенность потребности в продуктивном общении и позитивно направленной деятельности. Авторы установили причины возникновения этой проблемы: отсутствие навыков продуктивного общения и коллективного выполнения общего дела; несформированность у подростков умений достижения позитивного результата и конечных целей деятельности. В результате определилась цель проекта: организация волонтерских ученических групп на базе дневного отделения ГОУ СОШ № 638.

Предметом исследования экспериментального проекта стали профилактические волонтерские группы.

Творческий коллектив определил задачи исследования.

Было необходимо диагностировать проблему, а для этого: потребовалось выявить степень развития коммуникативных навыков у исследуемой группы, определить у обучающихся потребность участвовать в волонтерском движении.

Далее следовало актуализировать существующие проблемы для подростков целевой группы, то есть показать формируемой подростковой группе проблему отсутствия навыков продуктивного общения, коллективного выполнения общего дела, несформированности умений достижения позитивного результата и конечных целей.

После этого потребовалось обучить учащихся навыкам продуктивного общения, умениям ставить позитивные цели, достигать их в рамках пропаганды здорового образа жизни.

В конечном итоге в ходе реализации проекта была сформирована волонтерская группа учащихся, готовых и способных к вовлечению других детей в позитивную деятельность по формированию здорового образа жизни.

На различных этапах проекта использовались как долговременные, так и краткосрочные формы его реализации.

1 этап включал 2 занятия по 2 часа, его результатом явилось выделение из подростковой среды учащихся, желающих участвовать в волонтерском профилактическом движении и обладающих для этого определенными качествами.

Обследовались учащиеся 6-8 классов, занимающиеся в театральном коллективе школы, а также подростки, принимающие активное участие в различных массовых школьных мероприятиях. Общее число исследуемой группы - 54 человека. Из них была сформирована группа - 15 учащихся.

На втором этапе велась работа со сформированной группой школьников. Эта долгосрочная программа реализовывалась в течение года. Она включала 18 занятий по 2 часа. Итогом этого этапа явилась выработка навыков и умений, необходимых волонтерам, получение ими определенных знаний, которые подростки использовали на 3-м этапе. Этот последний этап явился самым важным, итоговым, так как включал в себя профилактическую деятельность волонтерских ученических групп в среде сверстников, то есть трансляцию полученных знаний и приобретенного опыта для других подростков.

Исходя из поставленных целей и задач исследования на разных этапах бы-

ли разработаны и проведены соответствующие мероприятия. На первом этапе актуальным явилось занятие на выявление готовности учащихся к волонтерской деятельности с применением анкетирования. Затем была проведена дискуссия «Принципы здорового образа жизни», позволившая закрепить знания учащихся по этой теме, развить их. Чтобы убедиться в степени сформированности представлений о принципах ЗОЖ, было проведено еще одно анкетирование.

На втором этапе исследовательская группа авторов проводила цикл занятий с волонтерской группой на выработку коммуникативных навыков, формирование умений составления сценариев акций и театрализованных постановок, направленных на пропаганду принципов здорового образа жизни; на формирование театрально-игровых навыков.

В данное время идет реализация 3-го этапа проекта, когда сами учащиеся ведут пропаганду здорового образа жизни в среде сверстников–подростков с помощью постановки и показа театрализованных представлений, агитбригад по созданным волонтерской группой сценариям; проведения агитационных акций и других профилактических мероприятий.

В заключение следует отметить, что проведенное исследование выявило готовность определенной группы учащихся к волонтерской деятельности. Реализация проекта позволила сформировать в школе подростковую волонтерскую группу, которая ведет пропаганду здорового образа жизни не только в традиционных формах, но и с применением театрально–эстетических навыков, что делает деятельность ребят как интересной для них самих, так наглядной и убедительной для их аудитории. В целом проведенная работа способствовала повышению уровня профилактики употребления ПАВ в школе, снижению численности детей, склонных к девиантному поведению. Кроме этого ценным результатом экспериментального исследования явилось повышение квалификации специалистов, выполняющих проект, а также приобретение ими опыта трансляции полученных знаний, умений, навыков на заинтересованную аудиторию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. Профилактика наркомании и алкоголизма. 2-е изд. – М.: Академия, 2007. – 176 с.

Приложение.

Анкета на выявление навыков продуктивного общения

Пожалуйста, заполни эту анкету. Свое имя и фамилию писать не надо. Старайся отвечать откровенно. Если ты случайно сделаешь ошибку – можешь ее исправить. Отмечай в квадратиках крестиком или галочкой те варианты ответов, которые ты выберешь.

1) Твой пол

- ☐ мужской
- ☐ женский

2) Твой возраст

- ☐ 12 лет
- ☐ 13 лет
- ☐ 14 лет
- ☐ 15 лет
- ☐ 16 лет

3) Как часто вы встречаетесь с друзьями для свободного общения:

- ☐ чаще 1 раза в неделю

- ☐ 1 раз в неделю
- ☐ реже 1 раза в неделю
- 4) Твое общение со сверстниками можно отметить как:
- ☐ дружеское
- ☐ конфликтное
- ☐ нейтральное
- 5) С какой целью вы встречаетесь с друзьями?
- ☐ для какой-то совместной деятельности
- ☐ для обсуждения каких-либо бытовых проблем
- ☐ приятно провести время, без определенных целей
- 5.1) если для какой-то совместной деятельности то это:
(можно выбрать несколько вариантов ответов)
- ☐ спорт
- ☐ художественное творчество
- ☐ музыкальное творчество
- ☐ компьютерные игры
- ☐ волонтерская деятельность
- ☐ общественная деятельность
- ☐ употребление ПАВ
- ☐ проектная деятельность
- ☐ другое _____
- 6) Легко ли ты знакомишься с новыми для тебя людьми?
- ☐ Да
- ☐ Нет
- 7) Как часто ты нуждаешься в поддержке друзей:
- ☐ часто
- ☐ иногда
- ☐ крайне редко
- 8) Что ты предпочитаешь:
- ☐ выполнять работу в коллективе
- ☐ выполнять работу индивидуально
- 9) Всегда ли ты достигаешь поставленной цели?
- ☐ да
- ☐ нет

Благодарим за участие!

Ключи к ответам анкеты

	Общая характеристика	Навыки продуктивного общения в психологической сфере	Навыки продуктивного общения в социальной сфере
№№ во-просов	1 2	6 7	3 4 5 8 9

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 25 февраля 2011 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»). Присутствовали 25 человек (члены Ассоциации детских психиатров и психологов, сотрудники и студенты Московского городского психолого-педагогического университета, сотрудники Научного центра психического здоровья РАМН, Московского НИИ психиатрии Росздрава, Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской», Института гармоничного развития и адаптации).

Ведет консилиум кандидат медицинских наук А.А. Северный.

История болезни ребенка представлена детским психиатром, кандидатом медицинских наук В.В. Грачевым.

Больной Х., 6 лет 10 мес.

Родители ребенка обратились к психиатру в начале декабря 2010 г. с жалобами на странное поведение, отгороженность, постоянные разговоры ребенка с самим собой в виде повторения отдельных фраз из мультфильмов и страхи.

Из семейного анамнеза:

Отец, 38 лет, управляющий в ресторане, спокойный, общительный, активный, рассудительный. Очень любит детей.

Тетка по линии отца, 28 лет, менеджер, общительная, активная, имеет семью.

Мать, 37 лет, по профессии бухгалтер, но в настоящее время работает воспитателем в детском саду и учится в педагогическом институте. Общительная, эмоциональная, тревожная, склонна к сомнениям, мнительна.

Тетка по линии матери, 21 года. Живая, эмоциональная, общительная. Работает и учится.

Брат, 4 лет, развивается с опережением, очень активный, жизнерадостный, «самый громкий» в группе.

Личный анамнез:

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с анемией во второй половине. С 8 мес. беременности отмечались признаки внутриутробной гипоксии. Роды в срок, быстрые. Закричал сразу, но крик слабый. Вес при рождении – 3800 г, длина тела – 52 см. К груди приложен в тот же день. Сосал активно. Выписаны домой на 5 сутки.

Первые 2 месяца жизни был очень крикливым, позднее, на первом году, достаточно спокойный, не создавал проблем. Посторонних не опасался, позволял им брать себя на руки. На грудном вскармливании до 1 года 7 мес. Был удобен на руках. Любил приласкаться. Улыбчивый.

Голову держит с 1,5 мес. Сидит с 6 мес. Пошел в 12 мес. При осмотре невролога в 3-месячном возрасте был выявлен повышенный мышечный тонус в ногах, к 12 месяцам признаков гипертонуса не обнаруживалось. Первые слова появились до года. Фразовая речь - к 3-м годам.

Детские учреждения стал посещать с 3-х лет в городе, где жил в это время с родителями. Когда ребенку было 4 года, семья переехала в Москву, и мальчик пошел в новый детский сад. К обоим садам привыкал достаточно быстро. Играл с детьми, но был несколько стеснительным. На детской площадке сам обычно не подходил к детям, но если к нему подходили, то от совместной игры не отказывался. Имел друзей на детской площадке и во дворе. Со знакомыми детьми был

активен в игре. В детском саду постоянно участвовал в утренниках, хорошо запоминал стихи. Выступать не мешала даже несколько неясная речь. Навыки счета и чтения, по мнению родителей, формировались в соответствии с возрастом.

С 5,5 лет появилось «шушуканье»: перед сном, когда ложился вечером в постель, начинал что-то бормотать, как будто что-то себе рассказывал. Легко прекращал это занятие, если мать делала замечание. Содержание бормотания мать передать не может, так как не вслушивалась.

Примерно с 6 лет (в апреле 2010 г.) стал чаще играть один, но в общих играх и занятиях участвовал вместе с другими детьми. По мнению матери, отгороженность усилилась после начала приступов.

Первый приступ в конце мая 2010 г.: утром сидел в постели, не реагировал на обращение, в глаза не смотрел. В дальнейшем приступы отмечались в основном в период бодрствования – замирал на месте, не реагировал на окружающее, совершал сглатывающие движения, механически перебирал руки. Приступы продолжались около 1 мин., чаще меньше. После того как приходил в себя, говорил, что «хочет спать», ложился и засыпал на 30 мин. Такие приступы повторялись несколько раз в неделю и наблюдались почти ежедневно.

Ребенок был направлен к эпилептологу, на ЭЭГ выявлены признаки очага эпилептической активности в теменно-височных отделах левого полушария. Диагностирована эпилепсия, назначена противоэпилептическая терапия (депакин). На фоне постепенного наращивания дозы препарата, при доведении суточной дозы до 300 мг/сутки, в июле-августе 2010 г. приступы полностью прекратились и с тех пор не возобновлялись.

Поведение и состояние ребенка вернулось к обычному. В августе 2010 г. семья отдыхала на море. «На юге» чувствовал себя хорошо. Депакин продолжал принимать регулярно.

Первого сентября, в 6 лет 5 мес., с удовольствием пошел в детский сад, радовался встрече с детьми, но мать обратила внимание, что ребенок стал отказываться от выполнения заданий и игр, требующих интеллектуального напряжения (например, отказался учиться играть в шашки). В это же время начал посещать подготовительные занятия к школе. Ходить на занятия нравилось, но учительница отмечала, что мальчик не собран, затрудняется в выполнении многих заданий, «не готов к школе».

В начале ноября на 2 недели поехал в гости к бабушке. До этого неоднократно подолгу гостил у нее с родителями (на Новый год и летом), но на этот раз ребенок поехал без родителей, только с теткой по линии матери. С младшей сестрой матери отношения всегда были хорошими, легко оставался с ней, слушался ее и сам изъявлял желание ехать к бабушке в ее сопровождении.

Первая неделя у бабушки прошла нормально, но на 2-й неделе стал скучать, часто спрашивал о матери. Многократно задавал один и тот же вопрос: почему и куда она уехала? Стал утверждать, что она его бросила. Звал мать. Вечерами появился страх монстров, не мог заснуть, кого-то боялся, в кого-то стрелял из пальца. Родственников в это время узнавал, не боялся, успокаивался в их присутствии, засыпал. С каждым днем состояние ухудшалось, перестал общаться с окружающими, постоянно что-то бормотал, пересказывал мультфильмы.

При возвращении домой состояние значительно не улучшилось. Оставался невеселым. Узнал мать, обрадовался ей, но остался «погружен в мультфильмы». К вечеру состояние ухудшалось, вскоре после того, как ложился в постель, мог

вскочить с ужасом, закричать: «Где мама, куда она уехала?». Был возбужден, напуган, пытался бежать куда-то, не узнавал мать. Постепенно успокаивался и засыпал.

Днем продолжал рассказывать мультфильмы, проигрывая различные роли. Вспоминал вслух и заново переживал различные неприятные события, происходившие с ним в жизни. Говорил, что хотел бы убить одну из воспитательниц детского сада, которая к нему плохо относилась. От своих рассказов отвлекался с большим трудом. Не обращал внимания на брата и других детей.

Психический статус при первичном осмотре:

Входя в кабинет, не здоровается, не реагирует на присутствие врача. Мало интересуется окружающим. Постоянно разговаривает сам с собой, цитирует слова персонажей мультфильмов, как бы разыгрывая мультфильм. При этом мимика и речь маловыразительны, несколько монотонны. Взгляд обращен в себя, создается впечатление, что визуализирует. Отвлекается от этих переживаний с большим трудом и очень ненадолго. На обращение по имени внимания практически не обращает, для отвлечения требуется физический контакт. Будучи отвлечен, вновь легко с любой ассоциации соскальзывает на мультфильмы. Возможен только кратковременный контакт, даже при постоянной стимуляции. В момент контакта на вопросы дает формальные ответы, часто говорит первое пришедшее в голову (особенно на вопросы, требующие интеллектуального напряжения), нередко отвлекается на мультфильмы, оборвав на середине начатый ответ. Эмоциональные реакции сглажены. Фон настроения несколько снижен, ребенок пассивен, вяловат, безрадостен. Оценка интеллектуального развития затруднена из-за невозможности продолжительного целенаправленного контакта. Словарный запас соответствует возрасту. Знает, по крайней мере, некоторые буквы, при интенсивной стимуляции совершает счетные операции в пределах пяти.

ЭЭГ-исследование (от 18.02.2011) проведено старшим научным сотрудником НЦПЗ РАМН В.В. Грачевым:

ЭЭГ мягко дезорганизована. Представленность медленных волн несколько увеличена во всех отведениях с некоторым акцентом в теменных.

В затылочных отведениях доминирует слабоорганизованный альфа-ритм, в структуре которого преобладают колебания частотой 8,0 Гц, перемежающиеся заметным количеством медленных волн.

В теменных отведениях регистрируются повторяющиеся продолжительные фрагменты ритмических альфа-колебаний частотой 8,0-8,5 Гц с акцентом по левому полушарию. В структуре этой активности наблюдаются многочисленные медленные волны, часто превышающие по амплитуде альфа-колебания и изредка формирующие волновые сочетания, сходные с редуцированными комплексами «острая-медленная волна» с акцентом в теменных и центральных отведениях левого полушария.

В течение записи отмечаются повторяющиеся билатеральные кратковременные всплески нерегулярных тета-волн с амплитудным максимумом в теменных отведениях и некоторым акцентом по левому полушарию.

При регистрации с открытыми глазами наблюдается десинхронизация ЭЭГ с достаточно устойчивой депрессией альфа-активности в затылочных и теменных отведениях; несколько повышенный индекс медленных волн сохраняется.

Прерывистая Ф.С. вызывает реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции от 3 до 9 Гц.

HV-проба, по состоянию ребенка проводившаяся в ослабленном и сокра-

щенном режиме, приводит к некоторому нарастанию индекса медленных волн и усилению пароксизмальных проявлений. После окончания пробы в записи длительно сохраняются вызванные гипервентиляцией изменения фоновых параметров ЭЭГ.

Заключение: В ЭЭГ на фоне мягких, но отчетливых изменений по органическому типу выявляются признаки легкой задержки формирования возрастной структуры корковой ритмики. Явных очаговых проявлений и эпилептической активности не зарегистрировано, однако акцент медленноволновой активности в теменных и центральных отделах левого полушария и наличие в ее структуре волновых сочетаний, близких к редуцированным комплексам «острая-медленная волна» требует наблюдения в динамике.

17.11.2010 г. была проведена **МРТ головы**, не выявившая клинически значимых изменений церебральных структур.

Учитывая, что депакин в редких случаях может вызывать психические нарушения, в том числе психозы, препарат был постепенно отменен. Значимого улучшения состояния не последовало.

В дальнейшем на фоне приема сонапакса и танакана, а затем введения малых доз rispолепта (0,25 мг в сутки) отмечалась медленная положительная динамика.

Заключение по результатам психологического обследования кандидатом психологических наук С.С. Носовым 19.02.2011 г.

Со слов матери, значительные изменения в поведении и состоянии испытуемого произошли летом (в июне), когда с ним произошел «приступ», который проявлялся в том, что ребенок находился «сам в себе», не откликался на окружающих и совершал стереотипные движения руками. Такой «приступ» длился около 30 секунд и стал регулярно появляться в дальнейшем. С этого момента ребенок «остановился в развитии». В ноябре ребенок перенес разлуку с матерью, так как был отправлен к родственникам в другой город, где спустя неделю стал вести себя неадекватно, находился «как бы в мультиках», плакал, звал мать, разговаривал сам с собой. После этого появился страх того, что его бросит мать.

Входит в комнату и садится на край стула, держится напряженно, скованно, заторможен, зрительного контакта избегает, сидит в однообразной позе. На вопросы сначала не отвечает. При демонстрации карточек и проявлении активности со стороны экспериментатора начинает вовлекаться в деятельность, называть изображенные предметы. Говорит тихо, иногда нараспев, речь дислаличная, с аграмматизмами.

Номинативная речь и словарный запас соответствуют возрасту – назвал все предъявленные изображения без ошибок. Зрительный гнозис и конструктивная деятельность в соответствие с возрастом. Правильно опознал зашумленные, совмещенные и скрытые изображения. Самостоятельно и без образца составил все разрезанные картинки (содержащие от 3-х до 5-ти элементов) и верно дал им название. Методику образного мышления выполняет без ошибок и в полном объеме, самостоятельно корректирует свои ошибки. В случае затруднений иногда способен принять и адекватно использовать помощь, временами проявляет быструю обучаемость, но это не носит стойкого характера. Темп работы неравномерный.

В процессе деятельности иногда манерно жестикулирует, постоянно гримасничает, совершает стереотипные движения кистями и пальцами рук (будто страхиывает что-то), заглядывает под стол, рассматривает свою ногу, оглядыва-

ется. Речевая активность снижена, не всегда отвечает в плане заданного вопроса, латентное время формирования речевого высказывания увеличено. Часто игнорирует вопрос и инструкции, теряет алгоритм, выполняет по своему усмотрению, иногда отмечаются ответы по типу «эхо» и персеверации.

Переходит на шепотную речь (так говорит до конца обследования), пытается отказываться от деятельности (особенно от однообразной, быстро пресыщается вербальными заданиями, теряет к ним интерес). Отказ от деятельности носит пассивный характер, при настойчивости и внешней регуляции возвращается к деятельности. К результатам своей деятельности индифферентен.

По методике ЦТО составляет цветовую последовательность: 74532016, что говорит о выраженной эмоциональной напряженности, негативизме к средовым воздействиям, эмоциональной неустойчивости и иррациональных страхах. Возможно проявление аутоагрессивных форм поведения и других иррациональных поступков на фоне сниженного инстинкта самосохранения. Цвет самообозначения соответствует черному цвету, что может отражать состояние дизадаптации и сочетается с цветом образа матери (черный: «я сам-мама»). Задание до конца не доделал, отказался.

Методику половозрастной идентификации не понял, инструкцию не принял, начал хаотично тыкать рукой во все карточки и говорить: «я такой, такой, такой, такой».

При исследовании мышления («4-й лишний») отмечается доступность основных процессов обобщения, при этом проявляется нечеткость предметных дифференцировок, необычность и своеобразие ответов, опора как на конкретные, так и на латентные признаки, объяснения в разных вариантах. Например, в карточке с изображением обуви и человеческой ступни, исключает сапог, так как «он бооольшоой». В карточке с изображением различных зданий и навесного замка исключает «палатку, так как в ней индейцы живут». На карточке с изображением слона, гуся, ведра и бабочки исключил «бабочку, так как у нее крылышки тук-тук-тук-тук-тук...».

При исследовании счетных операций на каждый вопрос о количестве изображенных предметов часто свой ответ начинает с восклицания «три!» вне зависимости от фактического количества. Часто допускает ошибки, пропускает цифры и объекты. К концу исследования стал поддерживать зрительный контакт (более 3 сек.).

На предложение нарисовать человека изобразил автомобиль. При указании на несоблюдение инструкции отказался от деятельности. Спустя некоторое время при повторной просьбе смог изобразить человека. Изображение в целом соответствует инструкции, фигура недифференцированная по полу, плохо разработанная и недостаточно детализированная, несимметричная. При бедности и малой детализированности всего изображения отмечается акцентирование области глаз. Прорисовка зрачков может говорить о наличии страхов.

Таким образом, по результатам проведенного психологического исследования, у испытуемого на передний план выступают аутистические особенности в мышлении и поведении, дисгармоничность психического развития (парциальный регресс или задержка в развитии отдельных функций). Возможно наличие органического компонента.

Заключение коррекционного педагога (обследование проведено во время консилиума кандидатом педагогических наук А.М. Щербаковой)

Использованные методики – беседа, предметное конструирование, склады-

вание разрезных картинок, описание сюжетной картинки, составление связного рассказа по серии сюжетных картинок, обучающий эксперимент по А.Я. Ивановой.

В контакт вступает, послушный, исполнительный. Разговаривает шепотом. Находясь в игровой комнате, все время прислушивается к тому, что происходит за закрытой дверью: «кто-то пришел», «кто-то разговаривает». Спрашивает – где мама? Контакт формален, ребенок отгорожен, погружен в собственные переживания.

Речь дислаличная, недостаточно усвоена слоговая структура слова. Внимание страдает, возможно, из-за трудностей включения в актуальную ситуацию вследствие захваченности внутренними переживаниями.

Предметное конструирование (пирамидка-кукла из 7 элементов) неуспешно. Мальчик не может воспроизвести целостный образ куклы, помощь в виде уроков-подсказок, вплоть до прямого показа правильного образа действий, не помогает прийти к ожидаемому результату.

Складывание разрезных изображений из 4-х элементов, напротив, вполне доступно ребенку. Правильно называет изображенные объекты. В то же время пересчитать эти объекты ему не удастся (например, считает до 3-х, пересчитывая 2 яблока), так как он не соотносит произносимые названия чисел с объектами. Фиксация объекта с помощью указания на него пальцем не помогает ребенку пересчитать множества. Сравнивая множества (два больших яблока и шесть маленьких вишен), мальчик утверждает, что яблок больше, опираясь на размерные, а не на количественные параметры, что характерно для детей либо значительно более раннего возраста, либо с интеллектуальной недостаточностью.

Описание содержания сюжетной картинки сводится к перечислению объектов, изображенных на ней. Смысл изображенной ситуации не выявляет. Составление последовательности из серии (3-4 элемента) сюжетных картинок («Курица и цыплята», «Мама готовит ужин», «Девочка собирает ягоды») неуспешно. Причинно-следственные связи на наглядном материале не устанавливает, вопросы типа «что вначале, что потом» недоступны.

Выполнение методики «Обучающий эксперимент» затруднено, требуется до 10-15 уроков-подсказок для перемены основания группировки геометрических фигур. Способности к переносу ребенок не продемонстрировал.

Календарно-временные представления неустойчивы. Названия цветов знает, правильно их указывает. Геометрические формы опознает, правильно их называет. Запас представлений недостаточный, например, не может дать названия детенышей животных.

Эмоциональный отклик вызвала игра в мяч.

В целом полученные результаты характерны для ребенка с интеллектуальной недостаточностью (умеренная степень). Скорее всего, на интеллектуальную несостоятельность ребенка указывала и воспитательница детского сада, чьи замечания вызывали реакцию обиды у матери и желание «убить воспитательницу» у ребенка. Возможно, постоянное «прокручивание», погруженность в пересказ известных мультфильмов выполняет компенсаторную задачу: используя такую опору, мальчик пытается овладеть последовательностью сюжета, пережить целостность события, что помогает ему снизить тревогу, возникающую вследствие проблем осмысления реальности.

Вопросы к докладчику:

А.А. Северный: Данные ЭЭГ указывают на наличие органических знаков

и намеки на очаг. В какой области?

В.В. Грачев: В виске.

Н.М. Иовчук: Есть ли данные ЭЭГ до назначения депакина?

В.В. Грачев: Были сделаны две электроэнцефалограммы до депакина: одна некачественная, со множеством артефактов, дергался, был возбужден, но все же можно было уловить намеки на спайк-волны; во второй никаких эпизодов выявлено не было.

Н.М. Иовчук: Зачем в этом случае назначался танакан?

В.В. Грачев: Есть данные, что при эпилептических психозах танакан весьма полезен как вспомогательное лечебное средство.

Психолог О.В. Руднева: Были ли у ребенка стрессы перед началом приступов?

В.В. Грачев: Нет. До начала приступов стал сам по себе постепенно изменяться.

Кандидат мед. наук, психиатр Г.В. Скобло: Мальчик «проигрывает» разные мультфильмы или один и тот же?

В.В. Грачев: Фрагменты разных мультфильмов, монотонно, так что надо сосредоточиться матери, чтобы угадать, откуда фрагмент.

Кандидат мед. наук, психиатр О.Ю. Дубовик: Есть указание на то, что его обидела воспитательница? Как это было?

В.В. Грачев: Придиралась, не любил ее, дома говорил, что хочет ее убить. Только эта воспитательница откровенно придиралась к ребенку и говорила родителям, что ребенок непослушный, отстаёт в развитии, не хочет заниматься.

А.А. Северный: Когда прекратились ночные пробуждения со страхом?

В.В. Грачев: Прекратились при приеме 15 мг сонапакса в сутки. Сейчас сонапакса не принимает.

Доктор мед. наук, психиатр Н.К. Сухотина: Какие у ребенка любимые игры, занятия?

В.В. Грачев: Машинки, сюжетные игры.

Кандидат психологических наук Н.В. Зверева: Какие отношения складываются с младшим братом?

В.В. Грачев: Иногда конфликтуют, даже дерутся, поскольку младший несравненно более активный, чем старший.

Школьный психолог С.В. Козырева: Что вы можете сказать о памяти и внимании ребенка?

В.В. Грачев: Хорошо запоминал стихи до болезни, ничем не выделялся среди детей своего возраста во время занятий по подготовке к школе. Никогда не занимался с логопедом, поскольку не имел логопедических проблем.

Кандидат психологических наук Е.В. Свистунова: Значит, до 6 лет он нормально развивался, а регресс появился после 6 лет?

В.В. Грачев: Мальчик до сих пор находится в субпсихотическом состоянии, так что говорить о регрессе, вероятно, рано. Определенно отмечался светлый промежуток после назначения депакина.

Беседа с матерью ребенка:

А.А. Северный: Как Вам кажется, ребенок полностью здоров?

Мать: Нет, он не здоров. Стал менее общительным, более замкнутым, не таким умным, как хотелось бы.

А.А. Северный: Как Вы это заметили?

Мать: В детском саду он был раньше, как все сверстники, а изменений я

старалась не замечать, пока они не стали явными: не мог считать, то есть считал, но не так, как его учили. Кроме того, он при моем возвращении оставался в стороне, сам по себе. Сидит один с определенными игрушками, проигрывает мультфильмы и то, что видел, что слышал. Дети его не принимают. У него один друг и младший брат, который ему помогает, поскольку гораздо сильнее и энергичнее. С другими детьми может поиграть недолго, например, катаются с горки, строят башню из снега.

А.А. Северный: А дома как играет?

Мать: С братом или один в те же мультики, озвучивает, причем может выступать в трех ролях сразу. Рисует в основном черепашек ниндзя.

Психолог Т.В. Горичева: Увлечение мультфильмами у ребенка активное или Вы их ему включаете?

Мать: Он сам просит включить.

О.Ю. Дубовик: Раньше тоже было такое увлечение мультфильмами?

Мать: Нет, оно появилось недавно.

Кандидат мед. наук, психиатр Л.В. Пилюгина: Можете ли Вы рассказать подробнее, как он «шушукал»?

Мать: Смотрел много мультиков, играл как обычно, потом ложился, отворачивался к стене и начинал проговаривать отрывки из мультфильмов, но разобрать трудно, надо вслушиваться.

Г.В. Скобло: Когда он кричал «Мама, не уезжай!», он видел окружающих?

Мать: Нет. Затихал в конечном счете, только когда я брала его на руки.

Н.М. Иовчук: Он просил о помощи, когда ему было страшно?

Мать: Нет, он как будто меня не видел.

А.А. Северный: Когда у мальчика начались особые состояния, как легко было вывести его из них?

Мать: Трудно. Я его звала, он не отзывался, будто не слышал, надо было взять его за руку и отвести, например, к столу.

А.А. Северный: Он как-то реагировал на Вас?

Мать: Продолжал свое бормотать, но не сопротивлялся.

А.А. Северный: А во время еды он продолжал бормотать?

Мать: Да.

А.А. Северный: Перед сном продолжал проигрывать мультфильмы?

Мать: Да. Вечером перед сном был особенно возбужденным, буйным, много говорил, в основном о монстрах, стрелял из пальца. Это продолжалось минут 40. Очень трудно засыпал, постепенно выключался. Ночью не просыпался, а утром просыпался спокойным и сразу начинал играть как обычно.

А.А. Северный: Не мочился ночью?

Мать: Нет, с 2 лет – никогда.

В.В. Грачев: Есть ли сейчас страхи по ночам?

Мать: Нет, исчезли 2 мес. назад.

В.В. Грачев: До назначения rispoleпта или после?

Мать: До.

Л.В. Пилюгина: Не проявилось ли повторных, стереотипных движений после начала болезни.

Мать: Нет.

Н.В. Зверева: Сам мальчик чувствует, что с ним что-то происходит?

Мать: Никогда не говорит об этом.

Н. Садчикова: Утром он помнит о том, что было вечером?

Мать: Нет.

А.А. Северный: Изменения в поведении начались после первого приступа?

Мать: Нет, за 2 мес. до начала приступов. Весной отказался заниматься в детском саду, ничего не хотел делать, стал хулиганистым, баловался на физкультуре, не слушался воспитателей. Перестал есть в детском саду, а дома ел и хорошо спал. Воспитатели жаловались и советовали обратиться к невропатологу.

А.А. Северный: Когда он начал принимать депакин?

Мать: только с июля.

А.А. Северный: Что было с приступами до начала лечения?

Мать: Они становились все чаще.

А.А. Северный: Воспитатели неоднозначно к ребенку относились?

Мать: Одна воспитательница его недолюбливала, все время высказывала претензии. Поскольку я работаю в том же детском саду, приводила его ко мне в группу и начинала при всех его ругать. Не любил ее.

А.А. Северный: Почему он не ходит сейчас в детский сад?

Мать: Воспитатели не хотят – боятся ответственности.

А.А. Северный: Чем было вызвана поездка к бабушке без Вас?

Мать: Мы обсуждали поездку к бабушке, и сын просил отпустить его с тетей, плакал. Раньше такого никогда не было, да и ездил он всегда со мной.

Н.М. Иовчук: Когда гостил у бабушки, ничем не болел?

Мать: Нет.

А.А. Северный: Еще несколько вопросов о раннем развитии ребенка. Скажите, когда он стал реагировать на Вас и как относился к чужим?

Мать: Радостная реакция на меня появилась в 2-3 мес. Чужих не боялся, шел на руки, редко плакал вообще.

А.А. Северный: Как развивались двигательные навыки?

Мать: Сел в 6 мес., пошел около года, бегал в ходунках, не ползал. Пополз перед тем, как пошел самостоятельно.

А.А. Северный: Трудности в раннем возрасте были?

Мать: Мелкие. Труднее стало во время кризиса 3 лет. Стал упрямым, капризным, отстаивал свою самостоятельность, свое Я.

А.А. Северный: Каким в этот время было настроение?

Мать: Хорошим.

А.А. Северный: Вы когда-нибудь до болезни замечали, что ребенок чего-то боится?

Мать: Нет, никогда.

А.А. Северный: Ребенку почти 7 лет. Как Вы считаете, он сможет учиться?

Мать: У него будут большие трудности, так как он не адаптируется в детском коллективе, и учиться он не сможет, потому что не хочет и прямо об этом говорит, хотя и отмечается заметное улучшение (на 75%).

А.А. Северный: Какую помощь Вы хотели бы от нас получить?

Мать: Понять, что делать, как быть, как лечить, когда идти в школу, помочь восстановить посещение детского сада.

А.А. Северный: Спасибо. А теперь мы пригласим мальчика.

Психический статус ребенка во время консилиума:

Очень бледен. Походка неуверенная, поза напряженная, сгорбленная. Голос тонкий, речь очень медленная. Вял. Растерян. На вопросы отвечает после длительной задержки. Так, правильно назвал свое имя, свой возраст, мультфильмы, которые предпочитает («Том и Джерри», «Черепашки ниндзя»), лю-

бимые игрушки (машинки, боздуганы), имя брата. В то же время на вопрос, как зовут друга, снова после длительной паузы назвал имя брата. На многие вопросы совсем не отвечает или отвечает не по существу. Так, на вопрос, о чем его любимые мультфильмы, отвечает: «Телевизор дома... мультфильмы внизу... дерутся с роботами». Долго не говорил, кто ему больше нравится, потом прошептал; «Роботы». Говорит, что ходит в детский сад и детский сад ему нравится (на самом деле детский сад давно не посещает). На вопрос, боится ли чего-то, ответил (не сразу): «Я боюсь ничего», а потом: «Никогда...бывает... баба Яга сидит в лесу», а дома пугают «люди». Неожиданно застыл, на следующий вопрос совсем не ответил, что-то прошептал, отвернувшись в сторону. На вопрос, кому прошептал, ответил: «Я знаю...никому». Когда его спросили, бывает ли, что никого нет, а кто-то что-то говорит, ответил: «Я знаю...бывает». Сказал, что умеет считать, но при просьбе сложить 2 и 3 очень долго считал на пальцах и ответил только с помощью собеседника. На вопрос, сколько у котенка лапок, ответил: «Три». «А если подумать?» - «Три», но правильно ответил на вопрос, сколько у котенка глазок. Когда позвали маму, тут же бросается к ней, чтобы она его обняла, приласкала.

Заключение лечащего врача:

Когда я впервые встретился с ребенком, меня очень заинтересовал этот случай, особенно в связи с последними данными о связи эпилептических приступов с шизофренией и ранним детским аутизмом. Здесь, с одной стороны, очевидные припадки и заинтересованность височной области, с другой, - шизофреноподобный приступ. Главную роль, с моей точки зрения, здесь играет эпилепсия. Субклинические разряды привели к определенному состоянию еще до начала приступов – к отгороженности, бездеятельности, снижению интеллектуального потенциала. Назначение малых доз депакина привело к исчезновению приступов и улучшению состояния, но в дальнейшем происходит ухудшение, которое во многом, возможно, было обусловлено психотравмой и сменной климата. В настоящее время при назначении рисполепта улучшение очень незначительное, а на ЭЭГ намечается отчетливый очаг. Не исключаю, однако, и другого диагноза, для этого ребенок и представлен на консилиуме.

Дискуссия:

А.А. Северный: Прошу обратить внимание на то, что ребенок летом 1,5 мес. у бабушки не принимал лекарств и отмечалось учащение приступов. В ЭЭГ от 10 июля 2010 г., несмотря на артефакты, отмечается отчетливый очаговый комплекс. Потом при возвращении лечения отмечается улучшение в картине ЭЭГ. 300 мг депакина – это слишком мало для возраста мальчика.

Н.М. Иовчук: В психическом статусе ребенка обращают на себя внимание, прежде всего, загруженность и растерянность. На сегодняшнем осмотре производит впечатление слабоумного, но интересно, что психический статус при осмотре Виталием Викторовичем Грачевым и сегодняшний статус, состояние при осмотре психологом неделю тому назад и состояние на консультации коррекционного педагога сегодня резко отличаются друг от друга. Таким образом, мы видим неравномерное состояние, ундулирующее состояние сознания. Можно с определенной долей условности подумать об онейроиде, но в таком возрасте, во-первых, онейроиды не описаны; во-вторых, для онейроида нужна еще кататония, которой здесь нет (ни стереотипий, ни эхоталий). Так что я считаю, что в настоящем случае больше данных за эпилептический психоз, возможно, с ундулирующим сумеречным состоянием. В связи с этим актуально

вернуть противозепилептическое лечение.

Г.В. Скобло: Я согласна, что в данном случае имеет место дезориентированность. Патологическое фантазирование, на мой взгляд, под большим вопросом. Это состояние скорее похоже на сумеречное. Мальчика нельзя пока вести в детский сад, как нельзя и стационаривать без матери. Для него это будет повторной психотравмой. Мне представляется, что нужно вернуть депакин в терапевтических дозах.

В.В. Грачев: Одно характерное наблюдение: когда собирался войти сюда, был в боксерских перчатках. Пошел и аккуратно положил их в то же место, откуда взял.

Кандидат психологических наук Т.А. Баилова: Пока ребенок ждал консилиума, у него наблюдались своеобразные движения руками. Что это?

О.Ю. Дубовик: Хореоподобные гиперкинезы – это связано с органическим поражением ЦНС?

А.А. Северный: Вы заметили, что во время беседы он «отключился» и что-то непонятное прошептал? Смысл отмеченных вами движений и действий пока не понятен.

О.Ю. Дубовик: Я все же расцениваю эти движения как кататонические расстройства. Наряду с некоторыми органическими симптомами (утомляемостью, истощаемостью, застреванием) существуют слишком своеобразные симптомы, что позволяет думать о шизофрении с быстро наступившим олигофреноподобным дефектом.

А.М. Щербакова: Во время обследования я обратила внимание на настороженность и свержувствительность ребенка. Прислушивается, то и дело спрашивает: «Кто идет?». Все это исчезло, когда стали играть в доступную ребенку игру.

Н.А. Зверева: В данном случае можно, конечно, говорить об остром состоянии, но очень сомнителен олигофреноподобный дефект, который подразумевает и эмоциональное оскудение. Ребенок между тем эмоционально живой, достаточно видеть его по-настоящему теплое отношение к матери. Такого не бывает при эндогенном заболевании. Не похож он на больного шизофренией.

Н.М. Иовчук: Никогда не видела такого эндогенного психоза, при котором в таком возрасте – в 6 лет – возник такой галопирующий олигофреноподобный дефект. Если бы речь шла о манифестации процесса в 1–1,5 года, это было бы еще возможно. Такая псевдобебильность возможна, конечно, при ступидной депрессии, но в данном случае трудно говорить о депрессии. Отличие от эндогенного больного состоит в том, что мальчик не понимает, а больной шизофренией не хочет.

А.А. Северный: Когда я учился на 3 курсе мединститута, то занимался эпилепсией у Аси Саввишны Ремезовой, которая направила меня к Якову Константиновичу Авербаху. Навсегда запомнилась его фраза: «Нет ничего в психиатрии, чего не может быть при эпилепсии». Первая моя больная была с онейроидом в рамках эпилепсии.

Сегодня перед нами картина слабоумия. Для 7-летнего ребенка олигофреноподобный дефект (если думать именно о дефекте) фантастический. В то же время наблюдается постоянное мерцание сознания. Достаточно сравнить описание обследования психологом неделю тому назад и сегодняшнее состояние: огромная разница, будто бы два разных ребенка. Вероятно, это состояние можно трактовать как определенную степень мерцающего оглушения. Возможно, он может включить сознание в другое время дня. Вечером у ребенка наблюда-

ются сумерки (по 15 минут его надо расталкивать, чтобы он включился), то есть ребенок просто в припадке. Для кататонии характерны замедленная речь, бессодержательные стереотипии. Все то, что мы видим у ребенка, нозологически неспецифично, в том числе и постоянное мерцание. Бывает при шизофрении мерцающий онейроид. Кататония тоже нозологически неспецифична, как и галлюцинации. Например, нидерландские психиатры описывают, что в популяции 15% детей слышат «голоса»; из них только у 15% детей эти «голоса» вызывают беспокойство, а остальные 85% переносят их спокойно, и только малая часть заболевает психически. Здесь действительно не видно депрессии, единственный аффект, который налицо, – это страх.

Как развивалась болезнь? Началось с того, что мальчик стал меняться – стал уходить в себя, стал менее активно взаимодействовать с окружающими, снизилась познавательная активность, нарастала непонятная аутизация. Через два месяца после этого начались приступы – типичные и частые *petit mal*. Прекратились приступы, но не прекратилось снижение. Либо такой процесс привел к регрессу, либо ребенок все еще в психозе. Трудно представить, что так быстро нарастает слабоумие при эпилепсии. Так не бывает. Вот если бы ребенок перенес энцефалит, менингит, то и в течение месяца возможно ослабумливание. Мы знаем точно, что до 6 лет ребенок развивался совершенно нормально, не вызывая подозрений в уровне развития. Отмечались только негрубые органически стигмы, которые не заставляли родителей обращаться за помощью. А в октябре уже сидел и ничего не делал, что никак не коррелируется с тем, как он развивался до 6 лет. Его «шушуканье» нельзя назвать патологическим фантазированием, поскольку патологическое фантазирование – красочное, меняющееся, а здесь, вероятно, образный ментизм на фоне парциального оглушения.

В.В. Грачев: Он все же перевоплощался в героев мультфильмов.

А.А. Северный: Возможно, особое патологическое фантазирование в сочетании с образным ментизмом, но очень бедное, примитивное. Когда мальчик выйдет из психоза, мы узнаем содержание его переживаний, хотя неизвестно, какой уровень воспоминаний останется.

Характерно для эпилепсии: либо припадки, либо психоз. Отмена депакина в данном случае не совсем оправдана. Бывают экзогенно-органические психозы на депакине, но не на таких маленьких дозах, да и не похоже это на экзогенно-органический психоз – сняли депакин, психоз должен был кончиться, а он продолжается до сих пор. Что касается терапии: только сероквель не имеет противопоказаний при эпилепсии. Другие нейролептики, в том числе и rispoleпт, могут провоцировать эпилептические припадки. Можно было бы сочетать сероквель (в качестве антипсихотического лечения) с адекватной дозой противоэпилептического препарата. Какой новый противоэпилептический препарат Вы посоветуете, Виталий Викторович?

В.В. Грачев: В некоторых случаях успешно применяется кеппра.

А.А. Северный: Необходимо сделать ночную электроэнцефалограмму до назначения противосудорожного препарата. Создается впечатление многомесячного эпилептического статуса, поэтому ребенок и производит впечатление слабоумного. Пока мы ничего не можем сказать в отношении прогноза обучения ребенка.

В.В. Грачев: Нужна ли сейчас психолого-педагогическая коррекция?

А.А. Северный: В настоящее время это бессмысленно. Нужно адекватно лечить.

ДИСКУССИЯ

**А.А. Северный, кандидат мед. наук,
ведущий научный сотрудник НЦ психического здоровья РАМН,
Президент Ассоциации детских психиатров и психологов
зам. Главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья
детей и подростков»**

**ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ НА НАРКОТИКИ:
ПРИГЛАШЕНИЕ К ДИСКУССИИ (ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА)**

Уже не впервые за последнее десятилетие на самом высоком властном уровне в России высказывается обоснованная тревога по поводу употребления несовершеннолетними алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ), которое превратилось в проблему, представляющую серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. Принимавшиеся различными государственными ведомствами на различных уровнях решения (в т. ч. Программа профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде, инициированная Министерством образования и науки РФ) не дали ожидаемого эффекта, рост приобщения детей и подростков к ПАВ продолжается. По данным некоторых обследований, опыт употребления наркотиков в различных возрастных группах имеют от 13% (в 12 лет) до 62% (к 18 годам) детей и подростков. Подростки употребляют наркотики в 7,5 раза чаще, чем взрослые. Происходит неуклонное «омоложение» алкоголизма и наркомании. Как отметил Президент РФ, буквально в последние пять лет нижняя планка возраста, с которого наркотики начинают пробовать, опустилась до просто катастрофического уровня – 11–12 лет. При этом, по данным опросов, около 60% детей и подростков и 28% взрослых не представляют, куда можно обратиться при появлении наркотических проблем. Население в основном ориентировано на анонимную наркологическую помощь. В стране только начинают создаваться государственные детско-подростковые реабилитационные центры, а оплачивать услуги коммерческой наркологии большинство граждан не в состоянии.

Среди основных причин, влияющих на распространенность наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде, одно из первых мест занимает легкая доступность ПАВ. Общество столкнулось с реальной незащищенностью детей и подростков от экспансии наркотических средств. Следующими важными факторами наркотизации являются снижение у большинства детей и подростков превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер.

На уровне личностных факторов, являющихся пусковым механизмом начала употребления наркотиков, выделяются индивидуальная дисгармоничность, наследственная генетическая дефицитарность, врожденные аномалии характера, проявляющиеся в виде аффективных и поведенческих расстройств. Большую роль играют и хорошо известные специфические особенности пубертатного периода (оппозиционность, реакции группирования, подражательность и зависимость от референтной группы).

Несомненна ведущая роль семейного фактора, причем, как показывает опыт последних лет, приобщение к ПАВ происходит не только и не преимущественно

в неблагополучных (алкоголизирующихся, асоциальных) семьях, но и в семьях с хорошим достатком, в которых, тем не менее, ребенок испытывает острый дефицит эмпатии, эмоционального отклика, неформальной заинтересованности в его душевных проблемах со стороны близких. По различным исследованиям, до 40% детей подвергаются в семьях насилию; в школах 16% учащихся испытывают со стороны педагогов физическое насилие и 22% - психологическое.

Наконец, с точки зрения психиатра, нельзя не учитывать в проблеме приобщения детей к ПАВ значения **психической патологии**. Известно, что до 80% «не-совершеннолетней» преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии. Психические нарушения являются ведущей причиной инвалидности с детства - в 18,6% случаев, непригодности к военной службе — более чем в 20% случаев¹. Среди детей со школьной дизадаптацией у 93%-95% выявляются те или иные психические нарушения. В общем населении лишь 24% оканчивающих среднюю школу могут быть признаны полностью психически здоровыми².

Таким образом, не диагностированные своевременно и своевременно не скорректированные психические отклонения у детей и подростков, естественно, создают «зону высокого риска» приобщения их к ПАВ. **Всем психиатрам, кто сколько-нибудь занимался детско-подростковой наркоманией, хорошо известно, что дети и подростки, СТАВШИЕ ЗАВИСИМЫМИ от наркотиков, как правило, представляют из себя «микстов», т. е. страдают теми или иными психическими расстройствами, зачастую возникшими задолго до начала употребления наркотиков, а последние оказываются легко доступным средством, с помощью которого ребенок, не получивший своевременной необходимой помощи, пытается компенсировать свой душевный дискомфорт, и при этом наркомания оказывается лишь «фасадом», скрывающим ту или иную психическую патологию, чаще всего пограничного уровня, или глубокую психологическую проблему.**

Причины, по которым дети и подростки не получают своевременной квалифицированной психиатрической помощи многообразны и требуют специального анализа. В то время как решение вопроса об оказании психиатрической помощи ребенку полностью отдано его семье, в **Законо об оказании психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании** никак не учтены ситуации, когда семья (или лица, ее заменяющие) по тем или иным мотивам лишают ребенка возможности получения необходимой психиатрической помощи; никак не определена ответственность детского психиатра первичного звена за состояние психического здоровья детского населения на обслуживаемом участке; никак не учтена необходимость тесного взаимодействия детского психиатра с другими службами и ведомствами (общепедиатрическими, социальными, образовательными и т. д.).

Все эти и другие, более частные, особенности оказания помощи психически больным детям никак не учтены в существующей организации детской психиатрической помощи:

а) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов. В психиатрических учреждениях больные дети не могут получать мультидисциплинарную помощь или коррекцию, поскольку последние ограничены возможностями здравоохранения. И, на-

¹ Из Решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ, 15.05.01 г.

² По данным ежегодных Государственных докладов о положении детей в РФ.

оборот, дети с психическими нарушениями в интернатных и коррекционных учреждениях других ведомств не получают полноценной психиатрической помощи;

б) она фактически **отделена и от общей медицины** (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;

в) **отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы**. Это приводит к неблагоприятным исходам многих психических нарушений в детстве. Вся система ориентирована на помощь уже тяжело психически заболевшим детям, глубоко дизадаптированным, и не имеет никаких организационных основ для их возвращения к нормальной жизни после лечения;

г) при том что многие психические нарушения проявляются в первые годы жизни, **отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста**, в то время как уже 15% из них проявляют отчетливые психические нарушения, а 30% составляют «группу риска»³;

д) **отсутствуют кризисные учреждения** для помощи детям с суицидальными тенденциями - при том что ежегодно в России кончает с собой не одна тысяча детей и подростков;

е) **отсутствует** такое актуальнейшее в современных условиях организационное направление психиатрической помощи, охватывающее громадные контингенты детей, как **детско-подростковая наркология**;

ж) **отсутствуют социальные и юридические службы для детей** с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;

з) **отсутствует взаимодействие** между государственными и негосударственными организациями;

к) **отсутствует научно-методический центр** федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

В связи с этим только 10% нуждающихся в психиатрической помощи детей могут получить ее в государственной психиатрической службе⁴. Кто же входит в остальные 90%? Это:

- дети раннего возраста;
- дети с психическими нарушениями пограничного уровня, распространенность которых в подростковой популяции превышает 70%, в т.ч. дети в состояниях кризиса с суицидальным риском;
- дети с психосоматической патологией, каковых в соответствующем населении до 40%;
- дети-сироты с нарушениями психического развития, находящиеся в интернатных психоневрологических учреждениях, где, по данным специальных исследований, 63% из них не осматриваются психиатром по году и более;
- и, наконец, **дети с алкогольной, наркоманической и токсикоманической зависимостью, поскольку в России отсутствует специальная детско-подростковая наркологическая служба, а существующая детская психиатрическая служба не в состоянии оказывать квалифицированную помощь детям и подросткам с наркологическими проблемами.**

Возникает закономерный вопрос, может ли декларируемое тестирование школьников на наркотики в данных условиях в какой бы то ни было мере спо-

³ Из Решения Коллегии Министерства здравоохранения РФ, 15.05.01 г.

⁴ По данным ежегодных Государственных докладов о положении детей в РФ.

способствовать уменьшению распространения употребления ПАВ в детско-подростковой среде.

Рассмотрение проблемы в других аспектах, где автор не является специалистом, на непрофессиональный взгляд, также требует серьезной дискуссии.

В какой мере психолого-педагогическая система в ее нынешнем виде способна к эффективной профилактической и реабилитационной работе в школьной среде? В какой мере школьный психолог, будучи полностью зависим от педагогической администрации (и организационно, и финансово), способен защитить личность учащегося от средовой и педагогической эмоциональной депривации, своевременно выявить его предкризисные состояния, оказать ему и его семье (что важнее всего!) индивидуальную психокоррекционную помощь? Существуют ли у психолога системы образования реальные нормативные и методические основы для взаимодействия с медицинскими, в том числе детскими психиатрическими и психотерапевтическими, социальными, юридическими службами в профилактической антинаркотической работе? Мы уже не говорим о реабилитационных возможностях системы.

Очевидное даже для неспециалиста положение о том, что невозможно эффективно помочь ребенку, не оказав эффективной помощи его семье, поднимает еще один аспект проблемы – семейный. Известны ли в нашей стране какие-нибудь **системные возможности взаимодействия с семьей** профессионалов (социальных педагогов, семейных терапевтов и др., в том числе во взаимодействии с психиатром и психотерапевтом) все в той же антинаркотической профилактической и реабилитационной работе?

В ситуации тотального правового нигилизма, с одной стороны, и тотального страха населения перед правоохранительной системой, с другой, в какой мере возможно вместить в сознание подрастающей молодежи и родителей нормативное обоснование и гарантии личностной защищенности перед угрозой социальной стигматизации как результата процедуры тестирования, особенно с учетом менталитета чиновничества, унаследованного с тоталитарных времен, – оказаться святее Папы, лишь бы не быть обвиненным в недостаточной святости? В какой мере предлагаемый обязательный модус процедуры согласуется с базисным правовым принципом презумпции невиновности? И насколько опасно для общественного сознания и для будущего общества допущение преступить в частном аспекте один из базисных правовых принципов?

Существует и технологический аспект предлагаемой процедуры. Известны ли на сегодня реальные тестовые наркологические методики, прошедшие валидизацию в представительных клинических испытаниях, в мультицентровых и межнациональных независимых исследованиях, как того требует мировая практика, позволяющие по результатам их применения выстроить индивидуальную профилактическую и реабилитационную тактику в отношении ребенка и его семьи?

Наконец, мы не затрагиваем многомиллиардный⁵ финансовый (коммерческий) аспект, поскольку в современных российских условиях, вне зависимости от профессиональной оценки целесообразности, эффективности и последствий наркологического тестирования школьников, именно он может оказаться решающим непреодолимым обстоятельством для судьбы российских детей.

Тем не менее, мы приглашаем всех к участию в дискуссии по этой проблеме.

⁵ По словам Е.А. Брюна, Главного нарколога Минздравсоцразвития РФ, стоимость одного теста, разработанного компанией «Диамедика», – 300 руб.

**М.М. Безруких, профессор, академик РАО,
директор Института возрастной физиологии РАО
К ВОПРОСУ О ТЕСТИРОВАНИИ НА НАРКОТИКИ**

С чего все началось? 18 апреля 2011 г. Президент России Д. Медведев предложил принять закон, позволяющий проводить тестирование школьников на наркотики и уже в июне в Госдуму внести законопроект, закрепляющий норму об обследовании школьников и учителей. Предполагается, что тестирование будет осуществляться в рамках регулярных школьных медосмотров на добровольной основе.

Госдума готовит закон. Главный нарколог Минздравсоцразвития Евгений Брюн так комментирует решение: «Речь идет о том, чтобы сформировать группу риска и с ними работать прицельно. Предусматривается двухэтапное исследование. Сначала это социально-психологическое тестирование, а затем, когда сформирована группа риска, ее будут тестировать на наркотики на добровольной основе. Разрешение на это тестирование в любом случае будут давать родители».

Оказывается, в Татарстане эта работа ведется не первый год. О самой процедуре можно почитать в Интернете, там все подробно о том, как старшеклассники писают за ширмой и носят стаканчики с мочой. (Хорошо представляю себе что это, т. к. много лет подряд сотрудники нашего института собирали мочу для эндокринологических исследований, как оборудовали кабинки, как убеждали детей и родителей, как старались сделать все корректно. Это было непростой задачей, да и участвовали в исследовании до 50 детей. Было немало казусов и недоразумений, а если все старшеклассники...

И вот последние сообщения: «В Ставрополе состоялось городское родительское собрание, посвященное предстоящей профилактической акции по добровольному тестированию школьников на употребление наркотиков... О полученных результатах будут знать только врач, проводящий тестирование, учащийся и его родители».

«1 Октября в школах С.-Петербурга началось добровольное тестирование на наркотики. Главный нарколог Минздравсоцразвития Евгений Брюн рассказал: Пока речь идет не о клинических анализах, а добровольных письменных тестах. Ученикам предложат ответить на несколько вопросов о запрещенных препаратах и отношении к ним. Е. Брюн подчеркивает: «Школьник может отказаться, однако такой отказ должен стать сигналом (?! – М. Безруких) для родителей и педагогов».

Итак добровольное тестирование на деле – добровольно-принудительное. Мало того, на основе этого первого этапа будут сформированы группы риска и с этой группой будут работать более прицельно.

Интересно кто разрабатывал анкеты, кто апробировал, насколько это тестирование надежно, валидно и т. п.? Хорошо бы обсудить с профессиональным сообществом до того, как формировать «группу риска». На вопрос, что дальше, – ответы разные и действия разные. В Татарстане при положительном тесте подростки ставятся на учет в наркодиспансер и должны приходить туда каждый месяц. Если в течение года тест отрицательный, подросток должен быть снят с учета.

Вы в это верите? Я – нет. Что за этим последует – «Волчий билет» в виде лишения разных прав и ограничений на всю жизнь. А если ошибка? Даже краткий анализ показывает сложность и неоднозначность самой проблемы и подходов к ее решению.

Несмотря на то, что сегодня дискуссии не в моде и основной тренд нашей жизни – выполнение решений (даже тех, которые законодательно не закреплены), считаю, что обсуждение этой проблемы необходимо. Причем обсуждение аргументированное и конструктивное, позволяющее найти возможные пути решения этой проблемы.

Первое, что мне хотелось бы сказать – я согласна с мнением коллеги А.А. Северного, что эта процедура в образовательных учреждениях не способна изменить ситуацию. Наши исследования показывают:

- Становится все меньше подростков, которые считают употребление ПАВ недопустимым. Многие уверены, что можно эпизодически принимать наркотики без последствий для организма.

- Структура потребления ПАВ не изменилась за много лет. По-прежнему, на первом месте алкоголь, на втором – курение, на третьем – наркотики.

- Растет число подростков, имеющих опыт «первой пробы», но количество перешедших на систематическое использование наркотиков практически не меняется.

- Раньше мегаполисы опережали менее крупные города по числу подростков, употребляющих наркотики, - сейчас эти различия стираются.

Эти данные показывают, что сдерживание и сокращение числа подростков, начинающих употреблять наркотики возможно только при проведении грамотной профилактической работы в сочетании с исключением свободного доступа к наркотикам.

Тестирование не может быть отнесено ни к одной, ни к другой сфере влияния на ситуацию, но способно создать комплекс других проблем (вне зависимости от того, будет эта процедура добровольной или добровольно-принудительной).

К сожалению, у нас принято принимать решения (на любом уровне) без учета возможных рисков. Хочу еще раз подчеркнуть некоторые из них.

Первый вариант риска – несовершенство технологии тестирования, а значит – возможности ошибки⁶, которая может в полном смысле этого слова оставить клеймо и сломать жизнь. Нетрудно представить себе состояние самого подростка и его родителей, которые скорее поверят результатам тестирования, чем ребенку, и тот конфликт между школой, семьей и ребенком, который за этим последует. Кто способен разобраться и кто будет разбираться с ситуацией, кто будет за нее отвечать, если «прибор ошибся», «реактивы подвели», «специалист что-то напутал»? Мы знаем, как менее серьезные проблемы приводили подростков к суициду, и даже при тысячных долях процента возможности такой ситуации, тестирование недопустимо.

Второй вариант риска – известно (и это подтверждают исследования),

⁶ Прим. ред.: **М.А. Мягкова**, профессор, доктор биол. наук, генеральный директор компании «Диамедика» (разработавшей метод диагностики, внедряемый Главным наркологом Минздравсоцразвития РФ Е.А. Брюном) – «**Ложноотрицательные результаты** возможны, они, как правило, связаны с иммунодефицитными состояниями человека». - URL: http://dmitryphilipov.blogspot.com/2007/04/blog-post_12.html (дата обращения 24.11.2011); **В.С. Морозова**, директор по развитию компании «Диамедика», кандидат хим. наук – «**Частота ложноположительных результатов - 5%, ложноотрицательных - до 15%**». - URL: <http://www.sudmed.ru/index.php?showtopic=2263> (дата обращения 24.11.2011). (Выделения - ред.)

что первая проба далеко не всегда переходит в наркотическую зависимость (особенно при качественной и своевременной профилактике). Однако ребенок уже в группе риска (или уже на учете в наркодиспансере). И вообще, в любых лабораториях и в любых (особенно массовых) исследованиях возможна ошибка. Разговоры о том, что информация будет доступна только ребенку, врачу и родителям – ложь, а как же списки «групп риска»? И вообще, кто сегодня поверит в закрытую информацию, если наши адреса телефоны и даже банковские счета – в Интернете.

Третий вариант риска – отсутствие квалифицированных специалистов, умеющих работать и с подростками и с родителями на этапе «первой пробы», когда необходимо не лечение, а понимание ситуации, способствующей этой пробе.

Описание рисков можно продолжить, часть из них выделил мой коллега А.А. Северный.

Однако, признавая тестирование бессмысленным, считаю необходимым подчеркнуть значимость профилактической работы (эта работа семьи и школы) и специальной работы по предотвращению доступа наркотиков. К сожалению, профилактическая работа ведется бессистемно, фрагментарно, в основном это «акции» и «страшилки» - самые неэффективные способы профилактики.

Но эту работу нельзя вести без серьезного знания и понимания проблемы, без учета возрастных особенностей, без объединения усилий семьи и школы. Для этого нужно учить и педагогов, и психологов, и врачей. Боюсь, что имитация серьезной и системной работы, связанная с тестированием, сведет на нет даже ту профилактическую работу, которая есть. Не стоит забывать, наркотикам часто предшествуют курение и алкоголь. Но реклама вокруг, а доступ свободный. Это усиливает значимость ранней и системной профилактики.

Все так, но ведь тестирование не только поддерживают, но и настаивают на нем. Кто? Попробуем понять.

1. По данным ВЦИОМ, 83% россиян поддерживают тестирование. Но... социологические опросы – хитрая штука, и характер ответа во многом зависит от того, как сформулирован вопрос. Кроме того, по мнению большинства людей, тестирование позволит оградить от страшной беды. Реакция родителей старшеклассников, с которыми я обсуждала эту проблему в рамках другой темы, оказалась неожиданной: все – за, но ответ на мой вопрос «для чего это тестирование» тоже был единодушным – «чтобы изолировать этих детей», а разъяснение, что не изолируют – «некуда», «не имеют права» вызвало возмущение, которое очень точно сформулировала одна мама: «Тогда это обман».

Уверена, если бы опрошенные россияне знали и понимали суть проблемы, сторонников тестирования было бы много меньше. Минздравсоцразвития РФ и его представители настаивают на тестировании – и это естественно, какое же министерство упустит возможность «освоить» миллионы и миллионы на разработку методик тестирования, оборудование и реактивы, на подготовку и переподготовку специалистов, на создание организационных структур (центров, кабинетов и т. п.)... Впрочем возможностей для подобных закупок (фантастического варианта «распила» средств, о котором буквально кричат десятки СМИ) немерено. А какая видимость деятельности!? При том, что это ведомство не справляется со своей основной функцией, – всеобщей диспансеризацией школьников (по нашим данным, в редкой школе есть все данные о состоянии здоровья детей, если и есть, то это заслуга не медиков, а родителей и учителей). Во многих школах врача нет, есть только медсестра, но есть школы, где нет ни

врача, ни медсестры. Может быть сначала решить эти проблемы? Вопрос разумеется риторический.

Следующая группа сторонников Госнаркоконтроль и наркополицейские. Это ведомство тоже не откажется от дополнительных денег, кроме того создается видимость активной работы и снимается часть ответственности за бездействие по пресечению распространения различного вида наркотических средств.

Недавно большой министерский чиновник сказал мне «Ну что вы так волнуетесь, это очередная кампания... Попробуют, поймут, что дорого и неэффективно и остановятся». Возможно, так и будет (как было много раз), однако если о главной заповеди врача «не навреди» забыли врачи, о ней стоит помнить родителям.

Они должны уповать не на тестирование, не на чутких дядю и тетю, которые будут решать проблемы их ребенка, а на себя. Беда, если мы не знаем своего ребенка, если не видим, не чувствуем его проблемы и не умеем помочь. Но этому никак не поможет тестирование. Это тема другого разговора. А то, насколько это все законно, стоит подумать защитникам прав ребенка, это их прямая обязанность.

Т.В. Клименко – д.м.н., профессор М НИИ психиатрии и ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития РФ
А.А. Козлов – д.м.н., заместитель директора по клинической работе –главный врач МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ
ПРАВОВЫЕ И ПРОЦЕДУРНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ТЕСТИРОВАНИЯ
УЧАЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
НА ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В Стратегии антинаркотической политики РФ до 2020 г., подписанной 12 мая 2010 г. Президентом РФ, злоупотребление наркотиками и наркотическая зависимость рассматриваются как одна из наиболее серьезных современных угроз национальной безопасности страны. В первую очередь это связано с масштабностью немедицинского потребления наркотиков среди населения страны и, особенно среди молодежи [4]. По данным социологического опроса, проведенного по заказу Минобрнауки РФ в 2010 г., в возрастной группе населения от 11 до 24 лет доля лиц, потреблявших когда-либо наркотики, угрожающе высока – 25%. Из них опыт потребления наркотиков от 1 до 3 раз имеют 15% опрошенных, потребляют наркотики с частотой от 2 раз в месяц до 1 раза в неделю — 7%, с частотой 2-3 раза в неделю или ежедневно - 3%. Основная масса наркопотребителей приходится на возраст от 18 до 24 лет. Средний возраст первой пробы наркотика колеблется в пределах 16-16,5 лет [5]. В Российской Федерации количество школьников составляет 13 млн. человек, студентов – 4 млн., из них 25% имеют опыт употребления наркотиков, что составляет 4 млн. 250 тыс. молодых людей [9, 12].

В сложившейся ситуации раннее выявление потребителей наркотических средств без назначения врача посредством организации тестирования на выявление факта возможного потребления ими нелегальных наркотических средств (далее – тестирование) является важнейшим условием кардинального снижения спроса на наркотики среди молодежи. Именно поэтому в Стратегии антинарко-

тической политики РФ до 2020 г. в качестве одного из основных направлений антинаркотической деятельности заявлена профилактика немедицинского потребления наркотиков и его медицинских и социальных последствий, а система как можно более раннего выявления наркопотребителей рассматривается как звено общего комплекса мероприятий по предупреждению немедицинского употребления наркотиков и пресечению их распространения [1].

В соответствии с Решением Совета Безопасности РФ от 8 сентября 2009 г. в настоящее время в стране организуется система тестирования учащихся образовательных учреждений и в первую очередь школьников и студентов на предмет возможного употребления ими наркотических средств и психотропных веществ. Это беспрецедентный в мировой практике случай организации такого рода профилактической работы. За рубежом обычно тестируются на потребление наркотиков работники наиболее ответственных профессий. Во многих странах уже давно законодательно практикуют принудительное обследование на наркотики водителей и других специалистов. В США ежегодно тестируется более 30 миллионов человек, в том числе 1,8 миллиона госчиновников, 7 миллионов транспортных работников и 600 тысяч человек, работающих в атомном комплексе. Там же на регулярной основе тестируются школьники большинства частных школ, а во всех школах, в том числе и государственных, полицейские со специально обученными собаками проверяют на возможный факт хранения наркотических средств индивидуальные шкафчики учащихся. В Англии с 2005 г. учащиеся средних школ подвергаются выборочной проверке на употребление наркотиков. В результате данного эксперимента учащиеся стали меньше прогуливать занятия и показывают более высокие результаты на экзаменах. Ни в одной стране мира широкомасштабного сплошного тестирования учащихся не реализуется. В России, таким образом, фактически предлагается инновационный по своей идеологической сущности и масштабности подход к профилактике наркотизма [6, 7, 10-12].

Большинство возражений против введения общего тестирования в школах основано на требованиях этики, правах человека и ребенка, а также вмешательстве данной процедуры в право на частную жизнь и утрате доверия между учителями и учениками. Во многом существующие возражения против тестирования и настороженное отношение к нему некоторых учащихся и родителей связано с тем, что в связи с отсутствием единой федеральной нормативной правовой базы, регламентирующей основания и порядок проведения тестирования, в каждом из субъектов РФ сформировалась своя правоприменительная практика. При этом в целях реализации поставленных задач издавались нормативные акты различных уровней законодательной и исполнительной власти. В связи с этим правовые, этические и организационные проблемы организации и методологии тестирования на возможное потребление наркотиков является чрезвычайно своевременным.

Необходимость тестирования обусловлена следующими причинами.

Во-первых, вследствие типичного для всех наркологических заболеваний феномена анозогнозии с отвержением наличия самого факта болезни, ее медицинских и социальных последствий и необходимости лечения лиц с наркологическими заболеваниями, которые либо вообще не обращаются за медицинской помощью, либо обращаются, но на отдаленных этапах заболевания [3]. Это приводит к углублению латентности феномена наркопотребления и наркозависимости, что серьезно искажает данные государственной статистики. Кроме то-

го, диагностика заболевания и оказание необходимой медицинской и социальной помощи на отдаленных его этапах неизбежно снижает эффективность проводимых мероприятий [1]. Выявление наркопотребления на начальных этапах зависимости или даже в донозологическом периоде увеличивает эффективность психологических, социальных и терапевтических интервенций [8].

Во-вторых, в отличие от состояния алкогольного опьянения состояние интоксикации наиболее распространенными в РФ наркотическими средствами опиатной группы и каннабиноидами обычно не сопровождается грубыми физическими и психическими расстройствами и поэтому часто остается незамеченным для окружающих. Это является одной из основных причин, почему родители и педагоги длительное время находятся в неведении и не догадываются о формирующейся у ребенка или подростка проблеме, не предпринимают никаких действий для ее решения. Все это опять приводит к тому, что наркологическое заболевание диагностируется на отдаленных этапах его течения.

Кроме того, помимо первичной профилактики, направленной на население в целом и на конкретные коллективы учащихся, необходима организация вторичной профилактики в форме адресной работы с потребителями наркотиков, у которых еще не сформировались явления болезни зависимости [14]. А для этого необходимо выявление учащихся еще на донозологическом этапе в период эпизодического употребления или, по крайней мере, на этапе злоупотребления наркотическими средствами и не позже.

При обсуждении организационных вопросов тестирования учащихся на предмет возможного потребления ими наркотических средств всегда поднимается вопрос о необходимых законодательных и нормативно-правовых изменениях для обеспечения такого вмешательства. Однако анализ имеющихся отношения к этой проблеме законодательных и нормативных актов показывает, что действующее законодательство РФ содержит все необходимые правовые основания для организации тестирования учащихся и не требует в связи с этим каких-либо принципиальных изменений.

Во-первых, широко обсуждаемые в контексте законности тестирования права наркозависимых, по мнению некоторых оппонентов, будто бы нарушающиеся, нигде не прописаны. Есть гарантированные Конституцией РФ права и свободы любого гражданина, но нигде не прописаны отдельно права наркологических больных, права больных, например гипертонической болезнью и т. д. В соответствии с основами законодательства РФ государство обязано защищать права и свободы граждан, под которыми имеется в виду не любое возникающее у гражданина желание и устремление, а только права и свободы, перечисленные в Конституции. Сформулированные в этом основополагающем государственном документе права и свободы гражданина соотносятся с Всеобщей Декларацией прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948 г. Поскольку ни в одном из этих документов права на употребление наркотиков нет, рассуждения о праве на употребление наркотиков являются бессмысленными.

Более того в РФ, в отличие от Франции, Греции и Швейцарии, при отсутствии уголовной ответственности за употребление наркотиков в соответствии со ст. 6.9 КоАП «потребление наркотических и психотропных средств без назначения врача» влечет наложение административного штрафа или административный арест. Таким образом, употребление наркотиков является не «правом человека», а административным правонарушением и наказывается в установленном законом порядке.

Во-вторых, неоднократно было установлено, что наркопотребитель в течение одного года вовлекает в употребление наркотиков до 10-15 интактных лиц. Следовательно, употребляющий наркотики учащийся (школьник или студент) представляет серьезную угрозу для других учащихся. Согласно ст. 17 Конституции РФ, «осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц». Следовательно, попустительство в отношении употребления наркотиков в учебной среде является нарушением прав учащихся, не употребляющих наркотики.

В такой ситуации государство обязано в соответствии со ст. 42 Конституции РФ обеспечить право не употребляющих наркотики учащихся «... на благоприятную окружающую среду...» и предпринять в соответствии с законом все меры по очищению образовательной среды от наркотиков и их потребителей. Поскольку потребление наркотиков без назначения врача в соответствии с КоАП является административным нарушением, в обязанность руководителя каждого учреждения, тем более учебного, входит обеспечение правового режима подведомственного ему учреждения в отношении неупотребления наркотиков. Несоблюдение руководителем учреждения этого режима является попустительством в отношении норм КоАП.

И в третьих, тестирование направлено на выявление наркопотребителя для оказания ему адресной психокоррекционной профилактической помощи (при отсутствии зависимости) или лечения (при сформированной зависимости). Это соответствует ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, согласно которой «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», ч. 2 ст. 41, по которой «...поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека...», и части 1 ст. 38, согласно которой «...детство... находится под защитой государства».

При разработке организационных принципов процедуры тестирования учащихся для выявления возможного употребления ими наркотических средств необходимо разработать и четко прописать все составляющие этой несложной, на первый взгляд, в техническом исполнении процедуры: 1) цель; 2) основные исполнители (кто проводит); 3) способы (методы); 4) используемый биологический материал; 5) место проведения; 6) вмешательства в отношении выявленных потребителей наркотиков.

Определение **цели тестирования** является принципиальным, поскольку от этого зависит его методология. Тестирование – это выявление конкретных наркопотребителей для организации с ними адресной профилактической работы, поэтому оно может и должно быть только персонифицированным.

Не менее важным при организации процедуры тестирования является четкое установление **исполнителей этой процедуры**. Поскольку тестирование на выявление возможного потребления наркотиков является медицинской процедурой, ее могут проводить только сотрудники Минздравсоцразвития РФ. Минобрнауки РФ только предоставляет площадку для тестирования, а отвечать за организацию и проведение тестирования должны сотрудники медицинского учреждения, которые ее проводят. ФСКН РФ как наиболее заинтересованное в нормализации наркоситуации ведомство должно привлекаться к разъяснительной работе по поводу целей тестирования с родителями учащихся, но не к самой процедуре. В отличие от персонифицированного тестирования анонимное анкетирование с целью мониторинга наркоситуации является прямой функцией ФСКН России.

Среди медицинских учреждений к процедуре тестирования могут привле-

каться сотрудники наркологических диспансеров (НД) или сотрудники иных лечебных учреждений, например, поликлиники. Участие в процедуре тестирования сотрудников наркологических учреждений представляется спорным, поскольку в этом случае результаты тестирования оказываются в НД. Этот факт уже сам по себе может насторожить родителей и учащихся, поскольку широко известен факт, что учет наркопотребителей в НД приводит к их поражению в правах. Они не получают медицинской справки для получения водительских прав и права на приобретение оружия, у них могут возникнуть проблемы при поступлении в ВУЗы и при устройстве на работу, поскольку учет в наркологическом учреждении приводит к ограничению на некоторые профессии и виды деятельности.

Более оптимальным представляется проведение тестирования сотрудниками любого лечебно-профилактического, но не наркологического учреждения. Тестирование, например, может проводиться сотрудниками муниципальных поликлиник или больниц. Необходимо также рассмотреть вопрос об участии в тестировании центров «Здоровья», которые были организованы в структуре Минздравсоцразвития РФ и в задачи которых входит диагностика факторов риска развития различных заболеваний инновационными методами. В настоящее время разрабатывается вопрос о создании мобильных центров «Здоровья», которые выезжают на предприятия и в образовательные учреждения для проведения превентивной диагностики, и тестирование может быть включено в объем проводимых ими диагностических мероприятий.

Наиболее спорным вопросом процедуры выявления наркопотребителей в образовательных коллективах является *способ (метод) тестирования*. Тестирование может быть проведено разными методами: 1) социологическое анкетирование; 2) психологическое тестирование; 3) экспресс-тесты; 4) химикотоксикологические методы.

Социологическое анкетирование и психологическое тестирование дают более достоверные результаты по вполне понятным причинам только при анонимном исследовании. Если тестирование проводится персонифицировано, то достоверность социологических и психологических методов снижается. Поэтому их широко используют с целью мониторинга наркоситуации для установления наркологической напряженности в конкретном коллективе или территории, а не для выявления конкретных потребителей. Кроме того, предлагаемая в настоящее время для психологического анкетирования анкета ООН была разработана в исследовательских целях для эпидемиологических исследований. Она содержит много информационного материала о различных наркотических средствах, который может спровоцировать у школьников соответствующий интерес и связанную с этим познавательную активность. Поэтому для использования этой анкеты в массовой процедуре тестирования необходимы соответствующие научные исследования и специальное разрешение для ее применения не только в целях эпидемиологических исследований, как это заявлено ее разработчиками, но и для рутинной практики массового тестирования школьников.

Если целью тестирования является только мониторинг наркоситуации, то в этом случае эти методы социологического анкетирования являются преимущественными. Если же целью государственной программы тестирования является выявление конкретных потребителей наркотиков для последующей адресной профилактической работы с ними, то социологические и психологические методы для этой цели не подходят. Персонифицированное выявление наркопотребителей возможно только химикотоксикологическими методами.

Методы тестирования бывают качественными, когда выявляется только факт употребления наркотика, и количественными, которыми устанавливают конкретное содержание наркотика и его метаболитов в исследуемом биологическом материале и на этой основе могут даже определить давность и кратность потребления наркотика.

Качественные методы, а чаще для массового тестирования предлагаются именно они, позволяют получить результаты разной степени достоверности: по утверждению разработчиков этих методов (тестов) их недостоверность колеблется от 5-10% до 20-30%. Но достоверность результатов в данном случае особенно важна. Например, первое тестирование проведено малодостоверными методами и дало ложноположительный результат. После этого учащийся направляется на тестирование химико-токсикологическими методами, которые первичный положительный результат не подтверждают. В период между получением ложноположительного результата первого тестирования и отрицательного результата химико-токсикологическими методами **родители и сам учащийся подвергаются огромному стрессовому воздействию.** В последующем это может, с одной стороны, стать поводом для судебного иска со стороны родителей и взрослых учащихся к исполнителям процедуры тестирования и ее организаторам за нанесение морального ущерба, а с другой стороны, дискредитирует саму государственную программу тестирования. Даже при формально малой недостоверности методов тестирования (например, не более 5-10%) в масштабах страны абсолютные цифры ложноположительных результатов будут огромными, а это означает, что огромное число учащихся и их родителей будет подвергнуто стрессовому воздействию. Поэтому **в государственных масштабах возможно использовать только способы тестирования или с очень высокой степенью достоверности или абсолютно достоверные.**

В РФ при проведении тестирования учащихся чаще всего применяется иммунохроматографический способ исследования биологических сред при помощи индикаторных тест-полосок. Этот экспресс-метод разрекламирован его производителями как наиболее удобный и доступный для проведения массового или сплошного тестирования. На самом деле тест-полоски первоначально предназначались не для выявления потребителей наркотиков, а для самоконтроля и внутрисемейного контроля. Они малоинформативны и их погрешность может достигать 30% [6, 7, 11].

На кафедре аналитической и судебно-медицинской токсикологии ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития РФ разработан и зарегистрирован в установленном порядке анализатор ИК 200609 (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2010/07075 от 04 июня 2010 г.) и комплект реагентов для лабораторного и мобильного анализа токсических веществ в биологических средах организма человека (моча, кровь, слюна), который представляет собой портативный универсальный аналитический комплекс для проведения экспресс-диагностики потребления никотина, алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ в центрах здоровья и для раннего обнаружения случаев немедицинского потребления наркотиков учащимися в возрасте от 12 до 18 лет. Анализатор позволяет установить количество потребленного наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, а также никотина, алкоголя и т. д. Для работы на анализаторе не требуется специальная подготовка и может привлекаться медицинский персонал со средним специальным образованием. С 2010 г. анализатор ИК 200609 применяется во всех центрах

«Здоровье» г. Санкт Петербурга, оснащенных в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 08.08.2010 г. № 430н.

В текущем году кафедра разработала проект методических требований по выполнению количественного анализа наркотических средств, психотропных веществ, этилглюкуронида (маркер потребления алкоголя) и котинина (маркер табакокурения) в моче и крови человека. Внедрение разработанных методических требований в практику центров здоровья обеспечит повышение эффективности первичной профилактики заболеваний, направленной на сокращение потребления алкоголя и табака. Стоимость анализатора ИК 200609 140 тыс. рублей. Стоимость анализа на одну группу наркотических веществ составляет 18 рублей, что значительно дешевле всех имеющихся на рынке тест-систем. Время регистрации результатов анализа, включая самоконтроль прибора, – менее 1 мин.

Таким образом, рекомендуемый медицинским учреждениям способ тестирования является чрезвычайно ответственным моментом, может нести в себе много непредвиденных негативных последствий, поэтому для установления рекомендуемых способов тестирования на наркотики необходимо провести исследование всех предлагаемых способов тестирования и исследовательским методом установить наиболее оптимальный для массового использования.

Тестирование на установление возможного употребления наркотиков проводится по различным *биологическим материалам* – *слюна, кровь, моча*. Каждый из этих биологических материалов имеет свои преимущества и недостатки, которые также важно учитывать при выборе способа тестирования.

Наиболее простым для получения для целей тестирования является биологический материал слюны, но из слюны наркотические вещества выделяются в течение не более двух часов после их употребления. Если этот материал получен в более поздние сроки, он является неинформативным.

Получение биологического материала для тестирования сопряжено с необходимостью соблюдения четких процедурных условий. Для тестирования необходима кровь, полученная путем внутривенной инъекции. Забор крови из вены является медицинской процедурой, которая согласно нормативным документам Минздравсоцразвития РФ проводится только в процедурном кабинете. Но процедурных кабинетов в образовательных учреждениях нет. Следовательно, использование в качестве биологического материала для тестирования крови создает много дополнительных технических и организационных трудностей: 1) для получения крови необходим процедурный кабинет, и испытуемые должны приглашаться для тестирования в медицинское учреждение, но в таком случае вероятность их участия в тестировании резко снижается; 2) для проведения внутривенных инъекций, особенно у детей и подростков, необходимо большое число специально обученного персонала, что с учетом объемов тестирования в масштабах страны создает серьезные проблемы; 3) вероятность отказов со стороны родителей и самих учащихся на проведение внутривенной инъекции существенно увеличивается.

С учетом организационных и технических проблем, которые возникают при получении слюны и крови, в мире в качестве биологического материала для тестирования чаще всего используют мочу, образцы которой могут храниться при комнатной температуре до суток, а в холодильнике – до трех суток. Но при всей на первый взгляд простоте получения данного биологического материала оно сопряжено с серьезными и неприятными этическими моментами, которые в этом случае как раз и могут рассматриваться в аспекте нарушения прав челове-

ка. Дело в том, что наркопотребители нередко, если не как правило, идут на различные хитрости и уловки для того, чтобы на исследование предоставить не свою мочу. Поэтому для исключения подтасовок материала для исследования при получении мочи необходим контроль, при отсутствии которого процедура тестирования может превратиться в профанацию. Но вопрос контроля над получением мочи сопряжен с серьезными этическими, правовыми и психологическими проблемами: 1) на каком правовом основании посторонний человек будет контролировать у правопослушного учащегося интимную процедуру мочеиспускания; 2) как с этической точки зрения будет выглядеть присутствие постороннего человека при этой интимной процедуре; 3) и сама процедура тестирования, и контроль за мочеиспусканием могут привести у испытуемого к психогенному спазму мочеиспускания, либо к его имитации; простимулировать или принудить учащихся к мочеиспусканию в этих случаях без использования медицинских средств маловероятно. Важно также четко оговорить место, где будет проведен сбор мочи для тестирования. Если это будет проводиться в туалетной комнате, то увеличиваются требования к ее санитарному состоянию и необходимо обеспечить исключение подтасовки биологического материала, предоставляемого для тестирования.

С учетом процедурных особенностей при получении биологического материала для проведения тестирования не менее важным является и место, где это тестирование будет проводиться. Необходимо решить вопрос, возможна ли процедура получения биологического материала на одной базе (например, в образовательном учреждении), а проведение аналитического исследования этого биологического материала – на другой базе, например, в медицинском учреждении. В таком случае необходимо оговорить процесс транспортировки биологического материала с обеспечением его. Если же вся процедура тестирования осуществляется в одном месте, например, в образовательном учреждении, необходимо соответствующее нормативное обеспечение, поскольку НД и муниципальные поликлиники имеют лицензию на медицинскую деятельность на базе своего учреждения, их лицензия не предусматривает оказание медицинских услуг (в данном случае тестирование) на базе другого, например, образовательного учреждения.

За весь период обсуждения необходимости тестирования неизбежно возникал вполне правомерный вопрос о **дальнейшей тактике в отношении выявленных наркопотребителей**. Действующее законодательство не конкретизирует, в каких формах и объеме осуществляется медицинское обслуживание обучающихся, и не предусматривает положения о раннем выявлении заболеваний. При нормативной разработке данного вопроса обязательно необходимо указать, что тестирование ни в коем случае не определяет своей целью наказание за употребление наркотиков, а предусматривает исключительно выявление среди учащихся наркопотребителей для наиболее ранней диагностики у них проблемного потребления наркотиков (эпизодическое употребление, систематическое употребление, наркомания) и оказания им адресной и дифференцированной психологической и медицинской помощи. Еще до начала массового тестирования учащихся необходимо определить, кто конкретно и на базе какого учреждения будет заниматься разными категориями наркопотребителей. Например, психокоррекционной работой с эпизодическими наркопотребителями, а может быть и с наркопотребителями с вредными последствиями может заниматься школьный психолог, для чего должны быть подготовлены соответ-

вующие кадры и программы. Нежелательным представляется направление эпизодического наркопотребителя для психокоррекционной работы в наркологическое учреждение, поскольку сам факт посещения НД является стигматизирующим. Это имеет меньшее значение в больших мегаполисах, но в малых городах и населенных пунктах, где все друг друга знают, посещение подростком НД неизбежно ставит на нем «клеймо», что через стрессовые воздействия может, в свою очередь, стать причинным фактором для начала систематической наркотизации.

Психокоррекционную и медицинскую помощь наркопотребителям с вредными последствиями, которым нужна не только психокоррекционная, но и медицинская помощь, а также наркозависимым должны оказывать психологи и наркологи.

С учетом действующего законодательства процедура тестирования в организованных коллективах учащихся для выявления возможного употребления ими наркотических средств может быть организована следующими способами:

- Обязательное периодическое тестирование на употребление наркотиков вносится отдельным пунктом в устав образовательного учреждения и при поступлении в это образовательное учреждение учащийся или его законный представитель под этим уставом подписываются. Для обеспечения права выбора в каждой территории страны, а для школ – в каждом муниципальном образовании должны быть образовательные учреждения, имеющие данный пункт в своем уставе и не имеющие этого пункта.

- Тестирование проводится после получения информированного согласия родителей или самих совершеннолетних учащихся. Для этого с ними проводится предварительная информационно-разъяснительная работа. В настоящее время по такому варианту организовано тестирование учащихся во многих школах и высших учебных заведениях страны. Как показывает практика последнего года, до 95% родителей школьников и до 90% студентов такое информированное согласие на тестирование дают.

- Тестирование на наркотики вносится в перечень обязательных медицинских процедур в рамках медицинской диспансеризации учащихся. При этом сбор биологического материала для тестирования на наркотики осуществляется одновременно со всеми другими рутинными диагностическими методами.

В настоящее время законодательных препятствий для проведения такого тестирования нет, поскольку наркотическая зависимость в соответствии с МКБ-10 относится к рубрике психических и поведенческих расстройств и как любое другое заболевание может и должна выявляться, в том числе и в рамках ежегодной медицинской диспансеризации, как и любые другие заболевания у детей и подростков.

Оппоненты тестирования утверждают, что на медицинское освидетельствование может быть направлено только «лицо, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача», а статус ученика, абитуриента или студента, работника или просто человека не является таким «достаточным основанием». При этом совершенно неправомерно ставится знак равенства между процедурой тестирования и медицинским освидетельствованием лица на предмет выявления у него наркотического опьянения. В соответствии с зако-

ном, освидетельствование является четко регламентированной процедурой, которая проводится в специальных условиях организацией, имеющей медицинскую лицензию на проведение экспертизы алкогольного и наркотического опьянения, наркологами с оценкой объективного анамнеза (например, есть факты неправильного поведения освидетельствуемого), с оценкой клинических симптомов наркотического опьянения или синдрома отмены и, конечно же, результата исследования биологических жидкостей (мочи, слюны, крови). Процедура тестирования не имеет столь жесткого процедурного регламента, поэтому не является в юридическом смысле освидетельствованием и на нее не распространяются жесткие регламенты освидетельствования.

Таким образом, в современном национальном законодательстве нет ни только никаких законодательных препятствий для организации государственной системы тестирования учащихся на предмет возможного употребления ими наркотических средств, а даже наоборот, есть все конституционные основания для ее реализации. Но от того, каким образом эта деятельность будет организована и внедрена в широкую практику, зависит ее дальнейшая судьба: либо на государственном уровне будет создан эффективный способ профилактики наркотизма, либо сама идея и те, кто ее предложил, будут дискредитированы. Поэтому принципиально важным является создание эффективной и максимально простой в исполнении системы тестирования учащихся, которая будет направлена на предупреждение потребления ими наркотиков, а не на дискриминацию выявленных наркопотребителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии / Фонд «НАН». – М., 1997. – 76 с.
2. Голикова Т.А. Состояние и совершенствование наркологической службы Российской Федерации // Выступление на науч.-практ. конф. «Наркология-2010», посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ. - 5-6 октября 2010 г.
3. Демина М.В. Клинико-динамическая оценка нарушения нозогнозии в эволюции наркологической болезни / М.В. Демина, В.В. Чирко // Российский медицинский журнал: Науч.- практ. журн.. - 2006. - № 3. - С. 31-34.
4. Дмитриева Т.Б., Клименко Т.В., Козлов А.А., Шевцова Ю.Б. Политика государства по преодолению наркомании // Обозреватель. – 2009. - № 3 (230). - С. 31- 42.
5. Иванов В.П. О мерах по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодежи // Доклад на заседании президиума госсовета в г. Иркутске 18 апреля 2011 г.
6. Изотов Б.Н., Козлов А.А., Диденко Е.С. и др. Методы химико-токсикологической диагностики в мониторинге наркологической ситуации в России // Наркология. - 2007. - № 8. – С. 33-36.
7. Изотов Б.Н., Бондарь И.В., Козлов А.А., Клименко Т.В., Носырев А.Е. // Козлов, А.А. Создание системы химико-токсикологического контроля немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ на основе современных методов физико-химического анализа (Часть 1) // Наркология. - 2009. - № 7. - С. 61-68.
8. Клименко Т.В., Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б. и др. Психотерапия и реабилитация наркологических больных с различной степенью социальной дезадаптации / Пособие для врачей. - М., 2009. – 40 с.

9. Козлов А.А. Наркотизация населения России как угроза национальной безопасности / Новые угрозы национальной безопасности Российской Федерации. Под общ. ред. Смутьского С.В. - М., 2008. - С. 48-66.

10. Козлов А.А. Актуальность внедрения мониторинга немедицинского потребления наркотиков в России // Обозреватель. - 2009. - № 7 (234). - С. 60- 65.

11. Козлов А.А. Современные методы химико-токсикологического анализа при выявлении потребителей наркотиков на ранней стадии // Наркомания и противодействие наркопреступности в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Международная науч.-практ. конф. - Владивосток: Изд-во Дальневост. Ун-та, 2009. - С. 238-243.

12. Козлов А.А. Политика государства по противодействию наркотизации населения. - М.: Эко-Пресс, 2009. - 368 с.

13. Ролик А.И., Козлов А.А. К проблеме оценки наркоситуации в свете Стратегии национальной безопасности России // Наркология. - 2009. - № 12. - С. 19-25.

14. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Проблемы профилактики наркомании в подростковом возрасте. Пути решения / В сб. Профилактика наркомании и алкоголизма в подростково-молодежной среде. Методическое пособие под ред. Сирота Н.А., Чисовой Е.А. и др. - М.: Институт молодежи, 2000. - 260 с.

**А.Г. Гофман, доктор мед. наук, профессор,
руководитель отделения МНИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ
КОММЕНТАРИЙ**

В статье Т.В. Клименко и А.А. Козлова, посвященной проблеме тестирования учащихся на употребление наркотиков, содержится множество ошибочных или недоказательных положений.

Об истинной распространенности потребления наркотиков судить крайне трудно, так как отсутствуют надежные способы установления потребления наркотических препаратов. Во всяком случае, из проводимых в статье данных, следует, что потребляют наркотики не 25%, а 9%», так как единичные пробы (15,4%) - это еще не потребление. Да и редкое потребление - понятие крайне неопределенное. А вот систематическое потребление, судя по данным опроса, не превышает 3%.

Авторы исходят из недоказанного положения о том, что само по себе тестирование на наркотики является «важнейшим условием кардинального снижения спроса на наркотики среди молодежи». Это положение никогда в России не было доказано и пока относится к категории бездоказательных утверждений. Действительно, ни в одной стране широкомасштабного тестирования учащихся на наркотики не проводилось. Нужна ли такая «инновация» в России?

Очень сомнительной выглядит аргументация авторов, касающаяся права и свободы любого гражданина. Авторы полагают, что не существуют отдельно права наркологических больных. Это весьма спорное утверждение. В МКБ-10 психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ рассматриваются в качестве психических заболеваний. Это означает, что все положения, касающиеся лиц, страдающих психическими расстройствами, распространяются и на больных наркоманиями. Между тем, в законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», перечислены именно права граждан и гарантии их соблюдения. Без согласия

гражданина его нельзя, за исключением отдельных случаев, подвергнуть психиатрическому освидетельствованию. Видимо, исходя духа закона, нельзя и принудительно подвергнуть тестированию на наркотики. Во всяком случае, тестирование человека, не находящегося в состоянии наркотической интоксикации, если оно проводится не на добровольной основе, выглядит процедурой, находящейся в противоречии с законом о психиатрической помощи.

Вызывают сомнения и рассуждения об отсутствии права на употребление наркотиков. Само по себе их потребление без медицинских показаний влечет за собой возможность административного наказания, но здесь много исключений. Если человек принимает без назначения врача кодеинсодержащие препараты, это может административно наказываться? Если принимаются препараты для устранения боли, которые по действию сходны с морфином, это может административно наказываться? Кроме того, выглядит нелепым принятие каких-либо мер по отношению к человеку, курящему гашиш один раз в квартал, и неприятие никаких мер в отношении человека, два-три раза в неделю потребляющего алкоголь в больших количествах, вызывающих опьянение 2-3-й степени. Может быть, всех тестировать на алкоголь?

Главная цель тестирования - выявление конкретных наркопотребителей для организации с ними адресной профилактической работы. Между тем, отсутствуют разработки реализации этой профилактической работы. Кто должен ее осуществлять, какими методиками надо пользоваться - на эти вопросы авторы не отвечают. Между тем, сам факт обнаружения употребления наркотиков ни о чем не говорит. Совершенно очевидно, что потребление наркотика может предотвратить только соответствующее воспитание, которое направленно на формированием определенной системы ценностей и ценностных ориентаций. Никакое тестирование ничего не изменит в судьбе подростка или юноши, если потребление наркотиков, с его точки зрения, вполне допустимо. Как изменить эту жизненную позицию и кто должен этим заниматься, авторы не разъясняют. Все рассуждения о способе тестирования и обстановке, в которой оно осуществляется, это чисто технические вопросы, которые тоже представит еще тщательно продумать.

Авторы признают, что «необходимо разработать механизмы адресной и дифференцированной психологической и медицинской помощи, и определить конкретных исполнителей по работе «с наркопотребителями».

Спрашивается, если все это не разработано, зачем нужно тестировать? Авторов не смущает то обстоятельство, что оказание помощи больным с различными видами зависимости от наркотиков осуществляется наркологическими диспансерами и наркологическими кабинетами. Известно, что должен делать врач, психолог и социальный работник. Однако, эффективность всех мероприятий, включая лечение в стационарах, недостаточна. Что же предлагают авторы статьи для реализации адресной дифференцированной психологической и медицинской помощи? Ничего конкретного. В статье даже не ставится вопрос о необходимости расширения числа специалистов (психологов, наркологов), которые должны будут заниматься предупреждением формирования зависимости от наркотиков.

В результате получается, что тестирование хорошо само по себе. Что это мера профилактики наркопотребления и формирования наркозависимости. Это никак не доказывается, а между тем массовое тестирование - достаточно дорогостоящая процедура.

В целом создается впечатление, что реальная профилактика формирования наркозависимости, которая состоит прежде всего в борьбе с доставкой наркотиков в России, подменяется процедурой тестирования.

Неразработанными остаются вопросы частоты тестирования (надо же как-то различать эпизодическое потребление и систематическое потребление наркотиков) и эффективности самой процедуры (сможет ли тестирование установить факт эпизодического употребления наркотика, если с момента попадания наркотического средства в организм прошло несколько месяцев).

Если исходить не из недоказанных предположений, а из фактов, процедура поголовного тестирования учащихся на потребление наркотиков пока выглядит всего лишь заменой реальной профилактики наркомании.

**В.Д. Менделевич, доктор мед. 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».**

ТЕСТИРОВАНИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ: БЛАГИЕ НАМЕРЕНИЯ, НЕЗДРАВОМЫСЛИЕ И ПУТЬ В НИКУДА

Для того чтобы быть эффективной, профилактика наркотизации среди подростков и молодежи не может исходить только из принципа общественной целесообразности. Она должна базироваться на научных знаниях о закономерностях психологии молодого человека, его ценностных ориентациях, результативности разнообразных педагогических воздействий, типичных реакциях на социальный прессинг. И главное, на прогностике — как повлияет внедрение новой процедуры (особенно, если она окажется принудительной) на изменение процесса наркотизации в стране.

Традиционно профилактика строилась и строится либо на позитивной, либо на негативной информации, преподносимой подросткам. В России, судя по последним инициативам, выбрана особая тактика профилактики - «на страхе». Предполагается, что запугав подростка «неизбежностью наказания» за употребление наркотиков, можно добиться его отказа от употребления наркотиков и других психоактивных веществ. Из всего многообразия профилактических программ упор сделан исключительно на одном подходе, выглядящем для обывателя просто и убедительно. Формирование страха подкрепляется еще более радикальными предложениями внедрения принудительного лечения для несовершеннолетних.

Государство в лице правоохранительных органов поставило цель посчитать всех школьников и студентов, употребляющих наркотики, заставив их пройти тестирование на наркотики, поставить «провинившихся» на учет в наркологические диспансеры, поразить в правах (или шантажировать этим) и, возможно, принудительно лечить. При этом декларируется (Иванов В.П., 2011), что все это делается в целях общего блага, для раннего выявления склонности к употреблению наркотиков, для пользы родителей. Высказывается мысль о том, что данные тестирования будут известны только родителям и послужат основанием для адекватной профилактики.

В связи с вышеперечисленным зададимся некоторыми вопросами.

Вопрос: *можно ли с помощью одно- или двухразового тестирования молодежи на наркотики получить объективные данные о распространенности их употребления в молодежной среде?*

Ответ: нельзя.

Известно, что наркотики держатся в биологических жидкостях несколько часов или суток (утверждения некоторых «ученых» о том, что возможно обнаружение следов наркотиков — «антител» - в организме через 3-6 месяцев не подтверждено в строгих научных экспериментах и может рассматриваться как неблагоприятная реклама). Продолжительность периода, в течение которого наркотические вещества могут быть обнаружены в организме, зависит от исследуемого материала. Анализ слюны или крови способен достичь результативности, если будет проведен в течение 24 часов после употребления препаратов. В случае, когда образцы крови или слюны для анализа берутся по прошествии большего срока, наркотические вещества, а также продукты их метаболизма практически невозможно обнаружить. Анализ мочи позволяет обнаружить одноразовое употребление наркотических препаратов в течении 1-4-х дней после их приема. Анализ слюны, крови или мочи используется в тех случаях, когда надо установить, находится ли человек под воздействием наркотических препаратов, однако определить, принимал ли человек наркотические вещества ранее, чем в течении последних 4-х дней при помощи этих анализов невозможно, т. к. подавляющее большинство этих веществ, а также продукты их метаболизма выводятся из организма в течении 72-96 часов.

Таким образом, для того чтобы получить реальную картину с наркотизацией подростков, придется проводить тестирование с периодичностью 3-4 дня в течение года, что представляется неэкономичным и нецелесообразным.

Вопрос: *означает ли факт обнаружения в биологических средах протестированного наличие наркотиков, что он страдает наркозависимостью?*

Ответ: нет, не означает.

Так же как регистрация у человека состояния алкогольного опьянения не означает наличие у того алкоголизма, так и наркотическое опьянение позволяет лишь констатировать сам факт опьянения. Как и любая иная зависимость, наркотическая не может появиться от одного или нескольких фактов употребления наркотиков. Необходимым условием для формирования заболевания является генетическая предрасположенность и период психологической зависимости.

Вопрос. *Можно ли подменить биологическую жидкость во время тестирования, обмануть исследователей?*

Ответ. Несомненно, это возможно, и в условиях принуждения даже по механизмам подростковой оппозиционности найдется немало молодых людей, готовых попытаться это сделать. Вскрыть обман несложно. В теории возможно провести специальный углубленный анализ с этой целью, но это дорогое удовольствие. Стоит задуматься над другим. Если подростка уличили в том, что он употреблял наркотики, что делать дальше, если он же все будет отрицать? Вопрос не в организации безошибочного тестирования, а в формировании доверия между взрослым и подростком. Без этого никакая профилактика не будет результативной. Страх перед тестированием – плохой спутник эффективной профилактики.

Вопрос: *допустимо ли лечить с помощью медикаментов потребителя наркотиков, если у него еще не сформировалась болезнь — наркомания?*

Ответ: недопустимо.

Наркомания — хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся в специфических симптомах. Если симптомов крэйвинга (аддиктивного влечения) и/или синдрома отмены у человека не обнаруживается, то врач не вправе назначать ему какие бы то ни было лекарства. Следовательно, вопрос о лечении такого человека ставиться не может. Лечить можно только болезнь.

Вопрос: *почему, имея сегодня возможность самостоятельно провести тестирование подростков на употребление наркотиков, родители этого не делают?*

Ответ. Инициаторы тестирования говорят, что данная инициатива вводится прежде всего в интересах детей и родителей. Но и сегодня родители имеют возможность самостоятельно провести тестирование своего ребенка, если у них есть какие-то подозрения. Мульти тесты на разные наркотики можно купить в любой аптеке. Они действуют по тому же принципу, что и тесты на беременность.

Другой вопрос - почему так мало родителей этим пользуются. Наверное, потому, что думают - «оскорбив подростка подозрением», заставив того пройти тестирование, они рискуют потерять его доверие. Получается, добровольное тестирование в школе для родителей смысла не имеет. При принуждении же к его проведению родители и воспитатели рискуют навсегда потерять доверие ребенка.

Вопрос: *как соотносится с законом обязательное (недобровольное) тестирование?*

Ответ. Недобровольное тестирование, будучи действием, сопряженным с нарушением физической неприкосновенности, является нарушением неотъемлемых прав личности на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ), на неприкосновенность частной жизни, личную тайну (ст. 23 Конституции РФ). Ограничения прав и свобод возможны, в соответствие со ст. 55 Конституции, только на основании федерального закона. Действующее федеральное законодательство не допускает принудительного освидетельствования несовершеннолетних. Согласно ст. 24 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, несовершеннолетние **имеют право на диспансерное наблюдение, но не обременены обязанностью проходить диспансеризацию.** Лица в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (каковым является и тестирование) или на отказ от него. До 15 лет правом согласиться на тестирование ребенка или отказаться от него обладают родители (при этом сведения о результатах экспертизы могут быть сообщены исключительно им).

Ст. 34 Основ законодательства РФ устанавливает случаи, когда проведение медицинского освидетельствования возможно без согласия граждан или их законных представителей: в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, лиц, совершивших общественно опасные деяния. В сфере психического здоровья подобные процедуры регламентирует «Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», распространяющийся и на наркологию. К показаниям для недобровольного освидетельствования в соответствии с ним (ст. 23) относится факт, что «... имеющиеся данные о том, что обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает: а) его не-

посредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи». Использование ни одного из перечисленных параметров в случае внедрения недобровольного тестирования на употребление наркотиков не предусматривается, что выводит данную процедуру за правовые рамки. Следовательно, по закону любой школьник или студент старше 15 лет вправе отказаться от тестирования. **Согласно Конституции РФ, человек имеет право на здоровье, но на него не накладывается обязательство быть здоровым.**

Вопрос: кому могут быть сообщены сведения о результатах тестирования?

Ответ. В случае внедрения недобровольного тестирования полученные экспертами данные не подлежат огласке, поскольку на них распространяется действие понятия «конфиденциальности и врачебной тайны» (ст. 9 «Закона о психиатрической помощи...»). Ст. 8 того же Закона гарантирует обследуемому врачебную тайну. *Если подросток старше 15 лет, то информация о результатах тестирования не может быть сообщена его родителям (или опекунам).*

Вопрос: насколько экономически оправдано внедрение сплошного обязательного тестирования студентов и школьников.

Ответ. Для государства тестирование на наркотики - крайне затратная процедура. Например, внедрение в Республике Татарстан в 2006-2010 гг. тестирования школьников на употребление наркотиков в виде эксперимента проводилось в течение 5 лет. По данным анализа, на одно выявление случая употребления наркотиков потребовалось более 72 тысяч рублей. Так в 2008 г. из бюджета на проведение сплошного тестирования 299 000 учащихся было выделено 30 млн. рублей (по 100 руб. на 1 обследование). Были выявлены 416 случаев употребления наркотиков, т. е. у 0,14% обследованных были выявлены наркотики в биологических средах. По данным социологического анонимного исследования, эта цифра должна была составлять от 25 до 30%. т. е. ошибка составила не менее 214 раз! Условная «эффективность» тестирования могла бы быть достигнута исключительно в случае еженедельного (1 раз в 4 дня) принудительного проведения тестирования всех подростков региона, на что потребовалось бы 2 млрд. 737 млн. 500 тыс. руб. в год (на примере одного российского региона).

Вопрос. Известно ли о международном опыте подобных тестирований? К чему они привели? Какова позиция мирового профессионального сообщества?

Ответ. Нам не известно ни одного государства, которое пошло бы на нарушение прав личности и ввело бы обязательное тестирование для школьников и студентов. Презумпция невиновности — непреложный закон. Ведь в школах принудительно не выворачивают карманы! При этом тестирование в той или иной форме существует в некоторых учебных заведениях. При поступлении в них подросток подписывает договор (устав) и обязуется не принимать наркотики. В уставе может быть прописано, что руководство учебного заведения имеет право в случае веских оснований провести недобровольное тестирование на наркотики и факт употребления может стать основанием для исключения. Получается, что сам подросток добровольно принимает условия.

По мнению европейских экспертов Группы Помпиду, занимающихся вопросами профилактики употребления наркотиков (2008), «профилактическая функция тестирования является бездоказательной» и тестирование не способно оградить молодого человека от употребления наркотиков. С другой стороны, по

мнению экспертов, тестирование имеет высокий риск стигматизации обследованных и нарушения принципов биоэтики.

Выводы. Анализ ситуации с предложениями внедрения и узаконивания обязательного (недобровольного) тестирования студентов и школьников на предмет употребления наркотических веществ, а также оценка эффективности регионального опыта позволяет констатировать, что в настоящее время не имеется правовых (законодательных) оснований для его внедрения. Обязательное тестирование неэффективно, нецелесообразно, неэтично и неэкономично. Кроме того, подобная процедура нарушает принципы медицинской этики и медицинского права, методологически некорректна и не способна достичь поставленной цели. Внедрение подобной процедуры способно лишь углубить «кризис мотивации», дистанцировать область наркологии от пациентов и привести к ухудшению наркотической ситуации в стране.

**ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЧЛЕН ОБЩЕСТВЕННОЙ ПАЛАТЫ**

125993, г. Москва, ГСП-3, Миусская пл., д.7, стр.1, тел./факс: (495) 221-83-63, сайт: www.oprf.ru

«03» мая 2011 г. № **ОПК-4/21**

В связи с обсуждением, прошедшем на заседании президиума Государственного совета 18.04.2011г. в Иркутске, актуализировалась дискуссия о технологии тестирования на наркотики учащихся средней школы и студентов ВУЗов. В последнем случае процедура тестирования и условия ее проведения должны включаться в устав высшего учебного заведения, и у абитуриента в связи с этим сохраняется естественное право отказаться от поступления в данное учебное заведение. Представляется целесообразным ввести указанную процедуру при подготовке определенного перечня специалистов, но не делать это обязательным условием существования всей высшей школы.

Концептуально иной подход должен обсуждаться при введении тестирования в средней школе. Изначально необходимо сформулировать сверхзадачу этого тестирования. Такой сверхзадачей не может являться поиск следов наркотических веществ в биологических жидкостях, поскольку в этом случае не решается основная декларируемая цель – помощь ребенку в трудной жизненной ситуации, так как с ребенком в этом случае эта ситуация не обсуждается и не формируется информационно-организационного ресурса для ее преодоления. Формирование такого ресурса возможно исключительно при личном общении с ребенком, реализованном в определенном профессиональном формате. Этот формат можно определить как психологическое тестирование.

Из предыдущих рассуждений становится очевидно, что основным предметом дискуссии должно быть не обсуждение проблем организации инструментального тестирования, поскольку оно в принципе не оправдано, а вариации использования тех или иных методов психологического тестирования. Ряд общественных организаций, работая в тесном контакте с Общественной палатой РФ, разработал один из вариантов такого психологического тестирования, назвав

его «Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего «Оценка рисков и возможностей» (ОРВ)», рассматривая употребление несовершеннолетним психоактивных веществ как одну из форм асоциального поведения, в том числе в криминальном контексте, что наиболее актуально для нашего общества (описание метода, включая программное обеспечение, прилагается⁷). Данный метод может видоизменяться и специализироваться при уточнении целей и задач тестирования. На площадке Колпинского района Санкт-Петербурга метод ОРВ изначально был использован в контексте тестирования на употребление психоактивных веществ среди учащихся средних школ (описание варианта использования метода прилагается).

Общественная палата РФ рекомендовала метод ОРВ Правительству РФ для широкого внедрения (письмо ОП РФ в адрес Правительства РФ прилагается). Также метод ОРВ был представлен на заседании Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав 09.12.2010г. и рекомендован для использования субъектами федерации (протокол прилагается).

С уважением,

Член ОП РФ

О.Зыков

**С.В. Тетерский, доктор педагогических наук,
профессор МГПИ, директор АНО ДИМСИ
УСИЛЕНИЕ НАРКОМАФИИ КАК РЕЗУЛЬТАТ
МНОГОЛЕТНЕЙ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ**

Негативизм порождает негативизм. Невозможно борьбой с чем-то или кем-то добиться каких-то положительных результатов. Совершенно очевидно, что люди, стоящие за любой войной, получая под нее финансирование, больше всего заинтересованы в нагнетании ситуации и поиске дополнительных страхов, чтобы получить себе еще больше денег. Известно, что одни из самых финансово обеспеченных людей в мире – это представители наркомафии и те, кто с ними борются.

Употребление наркотиков – болезнь, распространение наркотиков – преступление. Для больных людей и для преступников созданы специальные учреждения, целые ведомства, разветвленная система с многочисленными штатами, широкой рекламой, мощнейшей государственной поддержкой. Но они кричат: «Мало!», привлекая к своей борьбе с больными и преступниками родителей, детей, педагогов, деятелей культуры... И вот уже весь здоровый мир начинает водить хороводы вокруг наркоманов и наркобаронов, не обращая внимание на большую часть населения, нуждающуюся в заботе и поддержке. «А что там такое интересное происходит?» - спрашивают нормальные люди, с интересом приглядываясь к наркоманам-героям ТВ и интернета. Больше того, «умные» дяди и тети все, что не связано с наркотиками, объявляют профилактикой наркомании, и вот уже привычные всем социально полезные мероприятия и

⁷ Все прилагаемые материалы находятся в Редколлегии журнала и доступны для ознакомления и применения – прим. ред.

даже простые дискотеки наполняются антинаркотическим смыслом, на них демонстрируют специальные слайды, обучают классификации наркотиков и правилам их употребления.

Мир сошел с ума. Радость и благодарность от здоровой светлой жизни объявляются подготовкой к скорому употреблению наркотиков и поэтому затмеваются жуткими фильмами, рассказами, запугиваниями и ожиданиями всемирной катастрофы. Со всех телеканалов звучит истерическая пропаганда наркомании, наркотиков, наркобизнеса, наркопритонов, преступности, криминала, смерти от передозировки. Вместо того, чтобы поддерживать здоровье, семейный отдых, честный труд и эффективное образование, государство призывает всех бороться с наркоманией. Вместо того чтобы проверять детей и молодых людей на здоровье, Президент поддерживает поголовную их проверку на наркотики, вменяя регулярную наркодиагностику родителям и педагогам.

Анализами невозможно избавиться от болезни или стать здоровым. Ставя в пример «успешной борьбы» обязательную флюорографию, забывают, что затемнение в легких не предполагает уголовного преследования и публичного позора, тем более в случае ошибки. Анализами пугать унизительно. Что же это у нас за такие медицина и образование, если страх становится главным средством оздоровления и воспитания? И ведь совершенно очевидно, что изготовителям наркотиков теперь нужно придумывать новые препараты, которые не будут обнаруживаться в анализах. А это – стимулирование открытий в области наркопроизводства. Миллионы ежегодных анализов у школьников и студентов оттянут бюджетные деньги из модернизации образования на всеобщую наркодиспансеризацию. Результаты анализов (реальные или поддельные) – это дополнительный инструмент для людей, ненавидящих детей, молодежь и их родителей. Потому что это возможность угрожать, манипулировать, вымогать, запугивать. Употребляющим наркотики теперь придется еще больше рисковать, избегая сдачи анализов. Теперь будет важно изобрести инновационные способы обмана врачей, педагогов, полицейских. А это так увлекательно.

А если выйдет случайная ошибка и обвинят в наркомании здорового человека? Полиция? Суд? Но это же стресс, повод для суицида и совершенно ненужное отвлечение от здоровой спортивной жизни.

Всем прекрасно известно, что единственная и совершенно законная альтернатива всеобщей наркодиспансеризации – это справедливый суд. Человек, изготавливающий, распространяющий, употребляющий наркотические вещества, – должен быть осужден в соответствии с законодательством РФ. Все другие суды и пересуды – незаконны. Публично осуждать и бороться с чем-то, за чем нет конкретного человека, – совершенно бесполезно. Только справедливое судебное решение – за конкретный проступок конкретного человека.

Нагнетание негативизма в последнее время становится тенденцией. Нас постоянно призывают с кем-то или чем-то бороться. Терроризм, взяточничество, коррупция, СПИД, национализм... Кто-то упорно, с маниакальным синдромом пытается разжигать ненависть, удаляя нас от добра.

Но как же важно больше внимания уделять своему здоровью, честному заработку, своей любимой семье, служению обществу. Необходимо политическое решение о сокращении затрат времени и финансов на пропаганду зла, чтобы сообща сосредоточить народные ресурсы на любви и добре.

О МНОГООБРАЗИИ ПОДХОДОВ В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕТОДАХ ЕЕ ПРЕПОДАВАНИЯ

(рецензия на учебное пособие «Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы» под редакцией Э.Г. Эйдемиллера, 2010 г., издательство «Речь»)

Рецензируемое издание подготовлено коллективом кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования, возглавляемой профессором Эдмондом Георгиевичем Эйдемиллером – известнейшим ученым, врачом, педагогом и ведущим отечественным специалистом в области семейной психотерапии.

Данное учебное пособие предназначено для врачей и психологов, а также всех интересующихся семейной психологией и семейной психотерапией, а также может быть полезным широкому кругу читателей, интересующихся диагностикой и разрешением семейных проблем.

Первое издание практикума по системной семейной психотерапии вышло в 2002 г. и было широко востребовано специалистами. Накопленный авторами теоретический и практический опыт позволил дополнить второе издание практикума новыми теоретическими положениями, методами и моделями диагностики и коррекции семейной системы. В практикум включены работы современных отечественных специалистов, оказывающих помощь семьям больных с различной нозологией в условиях России. В предисловии ко второму изданию подробно изложены теоретические концепции, объединяющие авторский коллектив и позволяющие целостно воспринимать представленный материал.

Структура практикума включает в себя три главы, последовательно раскрывающие вопросы семейной диагностики, семейной психотерапии и подготовки семейного психотерапевта. Структура изложения каждого занятия предполагает обозначение цели занятия и средств ее достижения, оптимально и доступно дается описание теоретических положений того или иного диагностического или лечебного метода и модели. Для продуктивного освоения материала предлагаются ситуационные задачи, список вопросов в конце каждого занятия, ответы на которые позволяют наиболее полно ассимилировать изученный материал. Репродуктивный вариант обучения представлен множеством иллюстраций случаев семейной диагностики и психотерапии, стенограммами сеансов и комментариями к ним. Этот способ изложения материала по механизмам моделирования позволяет специалисту приобрести необходимые практические умения, а при их воспроизведении и повторении — также и навыки.

Первая глава практикума, посвященная семейному диагнозу и методам семейной диагностики, наряду с теорией включает в себя современные диагностические методики, широко используемые авторами пособия в своей работе на отечественной выборке. Указаны сильные и слабые стороны того или иного метода, приведены иллюстрации использования диагностических процедур, указаны ошибки предшествующего использования методики. Так, полученный авторами практический опыт работы с опросником «Шкала семейной адаптации и сплоченности»(FACES-III) позволил выбрать оптимальный вариант перевода

данного опросника и представить его в пособии, проиллюстрировав работу с ним детальными комментариями.

Вторая глава «Психология семьи и методы (модели) современной семейной психотерапии» дает подробное теоретическое представление о системном подходе, лежащем в основе системной семейной психотерапии. Раскрываются функции симптома в семейном функционировании, иллюстрируются вопросы в семейной психотерапии и реконструирующие техники. Представлены основные современные направления семейной психотерапии: нарративное и системное. Подробно даны описания и стенограммы сеансов аналитико-системной семейной психотерапии Э.Г. Эйдемиллера, Н.В. Александровой, раскрыты вопросы семейного консультирования с использованием метода И.М. Никольской «Серийные рисунки и рассказы», изложены теория и практика перинатальной семейной психотерапии, представлен гештальт-подход в семейной психотерапии. Показаны модели семейной психотерапии при ряде нозологий: психосоматических расстройствах у детей и подростков, шизофрении, героиновой наркомании, ВИЧ-СПИДе. Изложение ярко иллюстрировано примерами, рисунками пациентов, стенограммами и исчерпывающими комментариями к ним.

Третья глава посвящена вопросам подготовки и обучению специалистов семейной психотерапии. Изложена программа и структура циклов усовершенствования специалистов по семейной психотерапии, основанные на опыте преподавания данной дисциплины на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Министерства по здравоохранению и социальному развитию РФ». Представлены теория и практика супервизии в семейной психотерапии.

Практикум содержит список рекомендованной литературы. В конце даны варианты правильных ответов на вопросы к темам и заданиям, позволяющие обеспечить самоконтроль в освоении материала.

Методический уровень изложения материала соответствующий современным образовательным технологиям позволяет считать целесообразным присвоение грифа «учебное пособие» Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию ВУЗов России работе авторского коллектива под редакцией Э.Г. Эйдемиллера «Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы», предназначенного для врачей и психологов, обучающихся по специальности психотерапия и медицинская психология.

Ю.С. Шевченко

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ **Институт Гармоничного Развития и Адаптации – «ИГРА» (Москва).**

Программа обучения психотерапии специалистов, работающих с детьми и подростками, задумывалась давно. В настоящее время существует большой выбор краткосрочных курсов и семинаров, однако довольно трудно найти долгосрочные программы. Поэтому возникла потребность в объединении отдельных семинаров и тренингов в области детской и подростковой психотерапии в единый курс.

В работе детского психотерапевта необходимо иметь знания во многих смежных науках: психологии, клинической психологии, психиатрии, социологии и философии. И это не считая того, что специалист, работающий с детьми,

должен иметь представление и практические навыки в основных современных направлениях психотерапии, применяемых в работе с детьми и подростками. Детскому психотерапевту также необходимы знания в области семейной психотерапии, так как в большинстве случаев корни детских проблем кроются в семейных взаимоотношениях. Именно поэтому программа составлялась таким образом, чтобы она включала все эти необходимые составляющие и получила название «Детско-подростковая и семейная психотерапия».

Проект осуществили Институт гармоничного развития и адаптации «ИГРА» при поддержке и непосредственном участии Ассоциации детских психиатров и психологов и Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи».

После написания программы и получения государственной лицензии в марте 2010 года мы начали совместный образовательный проект. Программа рассчитана на профессиональную переподготовку психологов, психиатров, социальных работников и педагогов. Условиями приема является наличие высшего психологического, медицинского или педагогического образования; зачисление производится на основании собеседования. Обучение идет в течение 2 лет и включает 520 академических часов, из них 320 часов семинаров и тренингов. Лекционная и тренинговая программа состоит из 3 основных разделов – возрастной психологии и патопсихологии, основ психиатрии и собственно психотерапии.

Курс обучения построен таким образом, чтобы работающим людям, которые обучаются в программе, было удобно его посещать - 1 раз в месяц по выходным дням (суббота и воскресенье). В начале курса даются основы психологии, патопсихологии, затем - психиатрии и психосоматики детского и подросткового возраста. Далее слушатели переходят к освоению знаний в области основных психотерапевтических направлений детского и подросткового возраста и семейной психотерапии, куда входят: когнитивная, поведенческая, юнгианская (песочная), игровая, телесно-ориентированная, групповая, семейная психотерапия, арт-терапия, нарративная терапия, сказкотерапия, психотерапия потери и разводов, психотерапия суицидального поведения, перинатальная психотерапия, психотерапия посттравматических стрессовых расстройств, психотерапия аддиктивного поведения.

Кроме того, обязательным условием является прохождение каждым слушателем личной терапии в объеме 30 часов.

Семинары проводят ведущие специалисты Москвы, Санкт-Петербурга, Минска – психологи, психиатры, психотерапевты - профессор И.В. Вачков, профессор Н.В. Зверева, профессор Н.М. Иовчук, профессор С.К. Нартова-Бочавер, профессор Е.О. Смирнова, А.А. Северный, А.В. Черников, О.Я. Андреева (Минск), В.Ю. Сидорова, И.В. Добряков (Санкт-Петербург), А.Ф. Шадура и др.

Проект осуществляется на базе Института гармоничного развития и адаптации (ИГРА). Руководитель программы – психиатр, психотерапевт, к.м.н. Н.К. Кириллина, куратор программы – психолог О.Ф. Бородкина.

Занятия программы «Детско-подростковая и семейная психотерапия» - это не только лекции и тренинги, но и чтение и реферирование специальной литературы, междисциплинарные консилиумы, супервизорские группы, возможность посещать консультации лучших специалистов.

В качестве дипломной работы слушателям предлагается ведение и, затем, представление своего случая («case study»). Успешно прошедшие курс семи-

нарских и практических занятий и защитившие свой случай слушатели получают диплом государственного образца о профессиональной переподготовке в области детско-подростковой и семейной психотерапии.

Мы уверены, что наша программа обучения детских психотерапевтов позволит подготовить квалифицированных специалистов, отвечающих всем современным требованиям.

Отзывы слушателей программы

Мария Икович, социальный психолог (Москва):

«Потребность получить дополнительное образование в области детской и семейной психотерапии возникла давно. Периодически просматривала разные программы обучения в Москве и Санкт-Петербурге. Если в одном месте предлагали специализироваться только в детской психологии, то в другом гарантировали обучение по программе семейной психотерапии. Да и соотношение цены и уровня преподавательского состава было не в пользу последнего. Хотелось учиться у лучших практических психологов и получать знания из первых уст. С большой радостью я начала обучение, и мои ожидания от курса оправдались. Благодаря всеобщим усилиям этот курс стал богат не только на имена, он стал богат и практическим содержанием».

Наталья Федотова, психолог, к. психол. н. (Москва):

«Каждый блок семинаров очень насыщен по содержанию, практические знания преподносятся не в отрыве от теории, что существенно облегчает понимание излагаемой информации. Просто и доступно объясняются сложные вещи, есть возможность на практике в результате проигрывания определенных жизненных ситуаций попробовать применить полученные знания, что вселяет уверенность в собственные силы. Очень важным в курсе считаю возможность присутствовать на консилиумах, где рассматриваются конкретные случаи, а также на консультациях у ведущих специалистов в области психиатрии и семейной психотерапии. В группе царит доброжелательная атмосфера, что, на мой взгляд, также является немаловажным фактором».

Анна Иванова, психолог (Москва):

«В первую очередь, хотелось бы отметить высокое качество работы коллектива, который так бережно «взращивает» нашу группу, всегда протягивает руку помощи. Безусловным достоинством программы является подобранный состав педагогов. Профессиональный подход к подбору программы лекций и практических занятий, на мой взгляд, очень педагогически грамотен, так как последовательность подачи курсов позволяет более целостно воспринимать материал. Еще одним важным моментом является творческий подход организаторов программы к каждому студенту, и здесь на высшем уровне проявляется взаимоуважение в проблемных ситуациях. Сюда же можно отнести высокую гибкость организаторов, связанную с пожеланиями студентов в рамках чтения курсов, а также организации практических занятий».

Светлана Каширина, психолог (г. Москва):

«Уже прошел год, как мы проходим обучение. И я могу с уверенностью сказать, что не только овладеваю новыми знаниями и техниками, но еще испытываю огромное удовольствие от общения со специалистами-профессионалами, которые не просто сухо начитывают нам лекции, а делятся с нами опытом работы, готовы выслушать наше мнение и дискутировать. Я чувствую себя не просто студентом, а полноправным участником процесса».

Н.К. Кириллина, О.Ф. Бородкина

ВНИМАНИЕ! РЕДКОЛЛЕГИЯ НАПОМИНАЕТ:**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ
«БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА» ГОСТ Р 7.05.- 2008.**

Настоящий стандарт устанавливает общие требования и правила составления библиографической ссылки: основные виды, структуру, состав, расположение в документах.

Стандарт распространяется на библиографические ссылки, используемые в опубликованных и неопубликованных документах на любых носителях.

По составу элементов библиографическая ссылка может быть полной или краткой.

По месту расположения в документе может быть:

- **Внутритекстовой** (помещенной в тексте документа)
- **Подстрочная** (вынесенная из текста вниз полосы документа (в сноску))
- **Затекстовой** (вынесенная из текста документа или его составной части (в выноску) или (отсылку))

Выбор ссылки и применение – прерогатива автора. **Использование различных ссылок в одной научной работе недопустимо.**

В ссылках допускается **предписанный знак (. -)**, разделяющий области библиографического описания, **заменять точкой (.)**.

Состав ссылки должен содержать в себе «Совокупность библиографических сведений, обеспечивающих идентификацию и поиск объекта ссылки»

ВНУТРИТЕКСТОВАЯ ССЫЛКА.

Внутритекстовую библиографическую ссылку (б/с) **заключают в круглые скобки.**

Внутритекстовая б/с содержит сведения об объекте ссылки, не включенные в текст документа.

Например:

Английский психолог Чарлз Спирмен разработал цикл статистических методов с целью измерения структуры интеллекта и в своей книге предложил двухфакторную теорию интеллекта (Способности человека. 1927).

(Аренс В. Ж. Азбука исследователя. М. : Интермет Инжиниринг, 2006)

(Потемкин В. П., Казаков Д. Н. Социальное партнерство: формирование, оценка, регулирование. СПб., 2002. 202с.)

(Библиография. 2006. № 3. С. 4-16)

(Иркутск: энциклопедия. Иркутск. 2002. 1 электрон.опт. диск (CD-ROM))

(Собрание сочинений. М. : Экономика, 2006. Т. 1. С. 24-36)

ПОДСТРОЧНАЯ ССЫЛКА

Подстрочная библиографическая ссылка (**сноска**) оформляется как примечание, вынесенное из текста документа вниз полосы.

Для связи подстрочных ссылок с текстом документа используют знак сноски, который приводят в виде цифр (порядковых номеров), звездочек, букв и др. знаков, и располагают на верхней линии шрифта.

При нумерации подстрочных б/с применяют единообразный порядок для

всего документа: сквозную нумерацию по всему тексту, в пределах каждой главы, раздела или данной страницы документа.

Например:

2. Егоров В. В., Грибкова И. В. Упущенные возможности экономического роста России // Экономика. 2003. № 2.

15. URL: <http://vernadsky.lib.ru> (дата обращения: 25.11.2006)

32. Тарасова В. И. Политическая история Латинской Америки. М., 2006. С. 305.

ЗАТЕКСТОВАЯ ССЫЛКА

Совокупность затекстовых библиографических ссылок (б/с) (отсылок) оформляется как перечень библиографических записей, помещенных после текста документа или его составной части. Затекстовая ссылка визуально разделена с текстом документа. Порядковый номер биб. записи в затекстовой ссылке указывают **в знаке выноски на верхней линии шрифта или в отсылке, которую приводят в квадратных скобках** в строку с текстом документа.

Например: в тексте.

«Изучением данного вопроса занимались такие ученые, как А. И. Пригожин [25], Л. Я. Колалс [26], Ю. Н. Фролов [27] и многие другие »

В затекстовой ссылке:

25. Пригожин А. И. Инноваторы как социальная категория // Методы активизации инновационных процессов. М., 1998. С. 4-12.

26. Колалс Л. Я. Социальный механизм инновационных процессов. Новосибирск, 1989. 215с.

Если затекстовую ссылку приводят на конкретный фрагмент текста документа, в отсылке указывают порядковый номер и страницы, разделенные запятой.

Например: в тексте:

[10, с. 81]

[10, с.101]

В затекстовой ссылке:

10. Бердяев Н. А. Смысл истории. М. : Мысль, 1990. 175 с.

или

в тексте:

[Бахтин, 2003, с. 18]

В ссылке:

Бахтин М. М. Формальный метод в литературоведении: критическое введение в социальную поэтику. М. : Лабиринт, 2003. 192с.

или

в тексте:

[Целищев, ч.1, с. 17]

В зат. ссылке:

Целищев В. В. Философия математики. Новосибирск: Изд-во НГУ, 2002. Ч. 1-2.

Если отсылка содержит сведения о нескольких затекстовых ссылках, группы сведений разделяют знаком точка с запятой.

[Сергеев, Латышев, 2001; Сергеев, Крохин, 2000]

Необходимо знать! Что совокупность затекстовых библиографических ссылок не является библиографическим списком литературы, как правило, помещаемом после текста документа. Список литературы является самостоятельным справочным аппаратом.

Перечень затекстовых ссылок составляется отдельно.

ПОВТОРНАЯ ССЫЛКА

Повторные библиографические ссылки на один и тот же документ приводят в сокращенной форме при условии, что все необходимые для поиска сведения указаны в первичной ссылке.

При последовательном расположении первичной и повторной ссылки текст повторной ссылки заменяют словами:

«Там же», «Ibid»; «Указ. соч.»; «Цит. по », «Op. cit.» «Его же», «Ее же».

СТАТЬИ ИЗ ЖУРНАЛОВ И СБОРНИКОВ:

Адорно Т. В. К логике социальных наук // Вопр. философии. – 1992. – № 10. – С. 76–86.

Crawford, P. J. The reference librarian and the business professor: a strategic alliance that works/P. J. Crawford, T. P. Barrett//Ref. Libr. -1997. –Vol. 3, № 58. -P. 75-85.

Заголовок записи в ссылке может содержать имена одного, двух или трех авторов документа. Имена авторов, указанные в заголовке, могут не повторяться в сведениях об ответственности.

Crawford P. J., Barrett T. P. The reference librarian and the business professor: a strategic alliance that works // Ref. Libr. 1997. Vol. 3. № 58. P. 75-85.

Если авторов четыре и более, то заголовок не применяют (ГОСТ 7.80-2000)

Корнилов В.И. Турбулентный пограничный слой на теле вращения при периодическом вдуве/отсосе // Теплофизика и аэромеханика. - 2006. - Т. 13, №. 3. - С. 369-385.

Кузнецов, А. Ю. Консорциум - механизм организации подписки на электронные ресурсы // Российский фонд фундаментальных исследований: десять лет служения российской науке. -М.: Науч. мир, 2003. -С. 340-342.

МОНОГРАФИИ:

Тарасова В. И. Политическая история Латинской Америки : учеб. для вузов. – 2-е изд. – М.: Проспект, 2006. – С. 305–412.

Допускается предписанный знак точку и тире, разделяющий области библиографического описания, заменять точкой

Философия культуры и философия науки: проблемы и гипотезы : межвуз. сб. науч. тр. / Саратов. гос. ун-т; [под ред. С. Ф. Мартыновича]. Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 1999. - 199 с.

Допускается не использовать квадратные скобки для сведений, заимствованных не из предписанного источника информации

Райзберг, Б. А. Современный экономический словарь/Б. А. Райзберг, Л. Ш. Лозовский, Е. Б. Стародубцева. -5-е изд., перераб. и доп. -М.:ИНФРА-М, 2006. -494 с.

Заголовок записи в ссылке может содержать имена одного, двух или трех авторов документа. Имена авторов, указанные в заголовке, не повторяются в сведениях об ответственности. Поэтому:

Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Е. Б. Современный экономический словарь. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ИНФРА-М, 2006. 494 с.

Если авторов четыре и более, то заголовок не применяют (ГОСТ 7.80-2000)

АВТОРЕФЕРАТЫ

Глухов В.А. Исследование, разработка и построение системы электронной доставки документов в библиотеке: Автореф. дис. канд. техн. наук. - Новосибирск, 2000. -18 с.

ДИССЕРТАЦИИ

Фенухин В. И. Этнополитические конфликты в современной России: на примере Северо-Кавказского региона : дис. ... канд. полит. наук. - М., 2002. - С. 54–55.

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ:

Экономика и политика России и государств ближнего зарубежья : аналит. обзор, апр. 2007 / Рос. акад. наук, Ин-т мировой экономики и междунар. отношений. - М. : ИМЭМО, 2007. - 39 с.

ПАТЕНТЫ:

Патент РФ № 2000130511/28, 04.12.2000.

Еськов Д.Н., Бонштедт Б.Э., Корешев С.Н., Лебедева Г.И., Серегин А.Г. Оптико-электронный аппарат//Патент России № 2122745. 1998. Бюл. № 33.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

Археология: история и перспективы: сб. ст. Первой межрегион. конф., Ярославль, 2003. 350 с.

Марьянских Д.М. Разработка ландшафтного плана как необходимое условие устойчивого развития города (на примере Тюмени) // Экология ландшафта и планирование землепользования: тезисы докл. Всерос. конф. (Иркутск, 11-12 сент. 2000 г.). - Новосибирск, 2000. - С.125-128.

ИНТЕРНЕТ-ДОКУМЕНТЫ:

Для электронных ресурсов удаленного доступа вместо слов «Режим доступа» используется **аббревиатура «URL»** - унифицированный указатель ресурса. После электронного адреса **в круглых скобках** приводят слова (**дата обращения**), указывают число, месяц, год.

Например:

Дирина А. И. Право военнослужащих Российской Федерации на свободу ассоциаций //Военное право: сетевой журнал. 2007. URL: <http://www.voennoepravo.ru/node/2149> (дата обращения: 19.09.2007).

или

Русское православие: [сайт]. URL: <http://www.ortho-rus.ru>

Ссылки на электронные ресурсы могут быть внутритекстовые, подстрочные и затекстовые.

Официальные периодические издания : электронный путеводитель / Рос. нац. б-ка, Центр правовой информации. [СПб.], 2005–2007. URL: <http://www.nlr.ru/lawcenter/izd/index.html> (дата обращения: 18.01.2007).

Логинова Л. Г. Сущность результата дополнительного образования детей // Образование: исследовано в мире: междунар. науч. пед. интернет-журн. 21.10.03. URL: <http://www.oim.ru/reader.asp?nomer=366> (дата обращения: 17.04.07).

<http://www.nlr.ru/index.html> (дата обращения: 20.02.2007)

Рынок тренингов Новосибирска: своя игра [Электронный ресурс]. -Режим доступа: <http://nsk.adme.ru/news/2006/07/03/2121.html> (дата обращения: 17.10.08).

Литчфорд Е. У. С Белой Армией по Сибири [Электронный ресурс] // Восточный фронт Армии Генерала А. В. Колчака: сайт.- URL: <http://east-front.narod.ru/memo/latchford.htm> (дата обращения 23.08.2007).